



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

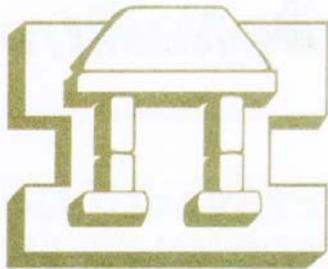
**FACULTAD DE ESTUDIO SUPERIORES  
CAMPUS IZTACALA**

**TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON  
HIPERACTIVIDAD (TDAH). DIAGNÓSTICO Y  
TRATAMIENTO. UNA PERSPECTIVA TEÓRICA.**

**TESINA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA PRESENTA  
**CARLOS ALBERTO SANTANA MORA**

LA COMISIÓN DICTAMINADORA:  
MTRA. ANTONIA RENTERÍA RODRÍGUEZ  
LIC. MARCO VINICIO VELASCO DEL VALLE  
LIC. MARÍA SALOME ÁNGELES ESCAMILLA



**TLALNEPANTLA, MÉXICO, 2004**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*Los niños nos aman, no por lo que somos  
sino por lo que les hacemos sentir.....*

La realización del presente trabajo no hubiese sido posible sin la ayuda de las personas a quienes amo y que ahora deseo agradecerles en lo particular:

En primer lugar deseo agradecerle a

**Dios**

Por su amor y presencia constante a mi lado.

A mis padres

**Laura y Neto**

Por su cariño y ejemplo de trabajo, dedicación y entrega de la vida entera por un amor sin morir. Gracias eternas por todo.

A mi Esposa y a mi Hijo

**Sandy y Dieguito**

Por su amor, comprensión y motivación para luchar y superarme en la vida.

Soy todo suyo.

A mis hermanos y familiares

**Lauris, Betito y Baruch**

Por su cariño y ayuda. Somos y seremos una familia unida en Dios.

Y finalmente quiero agradecer a las autoridades y docentes de la

**H. Universidad Nacional Autónoma de México**

Por capacitarme y darme la oportunidad para servir a mis semejantes profesionalmente.

# ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	10
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	11
<b>CAPÍTULO 1 PERSPECTIVA HISTÓRICA DEL TDAH</b>	
1.1 Antecedentes históricos.....	12
1.2 Fundamentos teóricos y empíricos.....	18
<b>CAPÍTULO 2 ETIOLOGÍA DEL TDAH</b>	
2.1 Mitos en torno a la etiología del TDAH.....	24
2.2 Causas prenatales, perinatales y postnatales del TDAH.....	26
2.3 Lesión cerebral como factor etiológico del TDAH.....	28
2.3.1 Lesión cerebral prenatal y perinatal.....	28
2.3.2 Lesión cerebral postnatal.....	30
2.4 Factores hereditarios generadores del TDAH.....	31
2.5 Causa Bioquímica.....	32
<b>CAPÍTULO 3 CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TDAH</b>	
3.1 Definición del TDAH.....	35
3.2 Sintomatología y Características Diagnósticas del TDAH.....	36
3.2.1 Características diagnósticas de la desatención según el DSM – IV.....	37
3.2.2 Características diagnósticas de la hiperactividad según el DSM – IV.....	39
3.2.3 Características diagnósticas de la impulsividad según el DSM – IV.....	41
3.2.4 Subtipos del TDAH.....	42
3.2.5 Procedimiento de tipificación.....	43
3.2.6 Sintomatología y trastornos asociados.....	44
3.2.7 Prevalencia del TDAH.....	45
3.2.8 Diagnóstico diferencial del TDAH.....	47
3.3 Instrumentos de evaluación diagnóstica.....	49
3.3.1 La observación clínica.....	50
3.3.2 La historia clínica.....	52
3.3.2.1 Etapas de desarrollo del TDAH.....	53
3.3.3 Evaluación psicométrica.....	60
3.3.3.1 Test gestáltico visomotor de Lauretta Bender.....	61
3.3.3.2 Test de percepción visual de M. Frostig.....	62
3.3.3.3 Test de la figura humana de Goodenough – Harris.....	63
3.3.3.4 Escalas de Inteligencia de Wechsler (WISC – WPPSI).....	63
3.3.3.5 Pruebas grafoproyectivas.....	65
<b>CAPÍTULO 4 TRATAMIENTO CLÍNICOS DEL TDAH</b>	
4.1 Tratamiento psicopedagógico.....	68
4.1.1 Entrenamiento psicomotor.....	69
4.1.2 Entrenamiento en habilidades matemáticas, lectoescritura y procesamiento perceptual.....	72
4.1.3 Tratamiento psicolingüístico.....	80

4.2	Terapia cognitivo-conductual en el tratamiento del TDAH.....	84
4.2.1	Técnicas terapéuticas conductuales.....	84
4.2.2	Técnicas terapéuticas cognitivo-conductuales.....	86
4.3	Tratamiento Farmacológico.....	96
4.3.1	Efectos terapéuticos del tratamiento farmacológico en la Conducta.....	97
4.3.2	Efectos terapéuticos del tratamiento farmacológico en el aprendizaje...	98
4.3.4	Selección del fármaco.....	100
4.3.5	Efectos colaterales del tratamiento farmacológico.....	103
4.4	Participación de la familia en el tratamiento clínico.....	105
4.4.1	Actitudes de la familia ante el diagnóstico y el tratamiento del TDAH....	106
4.4.2	Asesoría a padres de familia.....	108
4.4.3	Re-estructuración del ambiente familiar.....	112
4.5	Participación de la escuela en el tratamiento clínico.....	118
4.5.1	Conductas y actitudes del maestro ante el TDAH.....	119
4.5.2	Participación del maestro en el tratamiento clínico del TDAH.....	122
 <b>CAPÍTULO 5 EL TDAH DE TIPO RESIDUAL</b>		
5.1	Características diagnósticas del TDAH residual.....	129
5.2	Tratamiento clínico del TDAH residual.....	137
5.2.1	Tratamiento psicopedagógico.....	138
5.2.2	Tratamiento farmacológico.....	142
 <b>CONCLUSIONES GENERALES.....</b>		
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>		
<b>ANEXOS.....</b>		

## RESUMEN

---

La presente investigación abordó el tópico del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en el marco de la Psicología Cognitivo – Conductual, cuyo objetivo fue *efectuar una revisión teórica acerca del TDAH, su diagnóstico y sus principales alternativas de tratamiento, como un apoyo didáctico a Psicólogos clínicos y educativos, Pedagogos, Profesores y Padres de familia.*

Esta tesina se desarrolló en base a una investigación documental en libros, revistas científicas, folletos y revistas electrónicas. La información que de dichas fuentes se obtuvo referente al tópico del Diagnóstico y Tratamiento del TDAH, se analizó y se integró por escrito en base al *método analítico - sintético* (Moreno, 1998), el cual permite separar los principales elementos del tópico seleccionado, identificar sus relaciones lógicas, las cuales posteriormente se integró para obtener una visión global, completa e integrada del fenómeno en cuestión. Esta metodología de análisis y síntesis permitió identificar las causas, efectos y los principios del tópico elegido.

De esta forma el presente escrito constituye una aportación a la bibliografía existente en el mercado, ya que a través de la condensación y el tratamiento de la información existente en diversos textos, ha llegado a constituir un *manual de apoyo* para los lectores y profesionales implicados con dicho trastorno. En orden al objetivo planteado, la presente investigación integró un Directorio de sitios web en los cuales se aborda este importante trastorno, pues directorios como éste hacen falta no solo de este tópico sino de muchos otros, así de esta forma se facilitarán los procesos de consulta y capacitación.

Así mismo, se permitió obtener una clara definición del TDAH, los principales criterios clínicos y sintomatología que le define como un trastorno con una etiología neurobiológica, sus antecedentes históricos, teóricos y empíricos. De igual forma se han estipulado los criterios clínicos para el diagnóstico del TDAH y las principales alternativas para el tratamiento integral de esta patología.

# INTRODUCCIÓN

---

La presente Tesina aborda el tópico de una de las patologías infantiles más importantes y digna de estudio, tanto por su sintomatología que genera pautas de conducta sumamente desadaptativas, así como el alto porcentaje de menores que lo padecen tanto en nuestro país como en el mundo entero y es el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

Las líneas que a continuación se presentan constituyen un esfuerzo por compilar en un mismo material los principios fundamentales para comprender, identificar, diagnosticar y rehabilitar dicha patología.

En el primer capítulo se aborda todo lo referente a la perspectiva histórica del TDAH. El objetivo particular de este capítulo es efectuar una breve revisión de los antecedentes históricos del TDAH e identificar los fundamentos que le definen como una psicopatología.

El capítulo segundo versa sobre todo lo referente a las causas generadoras del TDAH, es decir, su etiología.

El siguiente apartado, tercer capítulo, se establecen los criterios clínicos que permiten al clínico identificar y diagnosticar al TDAH, tomando como base y referencia la sintomatología estipulada por el DSM – IV. Así mismo, se estudian los instrumentos clínicos más útiles para su diagnóstico.

El cuarto capítulo se avoca al estudio de las diferentes alternativas de intervención y tratamiento multidisciplinarias del TDAH, dada su naturaleza. Se especifican los procedimientos terapéuticos farmacológicos, psicopedagógicos, psicoterapéuticos y la orientación a padres de familia y profesores.

En el quinto y último capítulo se aborda el tema del TDAH en adultos, también tipificado como TDAH residual. Se abordan aspectos tales como las características diagnósticas, procesos de evaluación y tratamiento.

Finalmente se presentan las conclusiones generales, dos apéndices y las referencias bibliográficas para su consulta por parte del lector.

De esta forma, se desea con toda sinceridad que la presente investigación, efectuada con tanto trabajo y dedicación, sirva al lector en su quehacer profesional.

# CAPÍTULO 1

## PERSPECTIVA HISTÓRICA DEL TDAH

*El objetivo particular de este capítulo es efectuar una breve revisión de los antecedentes históricos del TDAH e identificar los fundamentos que le definen como una psicopatología.*

---

### 1.1 Antecedentes históricos.



*Figura 1.1 A principios del siglo XX la Psiquiatría sostuvo tesis psicoanalistas, las cuales consideraban a la infancia como el periodo de la vida en el cual se desarrolla la etiología de los trastornos psicológicos.*

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es una psicopatología que no es actual y por la cual desde principios del siglo XX, ha existido un gran interés y controversia.

Este trastorno ha recibido diferentes denominaciones y diversas reconceptualizaciones. Su primer mención aparece hacia el año de 1902 por el médico inglés G.F. Still, donde se le consideró y se le denominó como *Déficit del control moral* debido a un patrón de comportamientos disruptivos y desobediencia patológica

(McKeegan, 2000). Así, con el correr de los tiempos el actual TDAH se le llamó de otras formas: *“Síndrome de daño cerebral”, “Daño cerebral mínimo”, “Disfunción cerebral”, “Hiperkinesia”, “Niño hiperactivo”,* etc. denotándose con ello la controversia que existió sobre la legitimidad de darle un sitio en la nosografía (Ruiz, 1997 y Tanner y Hanmer, 1998).

Esta diversidad de nomenclaturas diagnósticas obedecen a la razón de que todos los conceptos en la ciencia cambian con el tiempo y por ende para cada concepto aparece o aparecieron intentos correctivos o tratamientos, de manera que durante algún tiempo para el TDAH se utilizaron los castigos, en otra época la psicoterapia, en otra los medicamentos, etc.

Durante la primera mitad del siglo XX, la Psiquiatría estuvo dominada por las tesis psicoanalíticas. A través del análisis de los adultos se aprendió mucho acerca de la vida

infantil y gran parte de los estudios sobre el desarrollo psíquico del niño se sustentaron en el Psicoanálisis, ocurriendo lo mismo con los trastornos psicopatológicos, cuya etiología llegó a considerarse exclusivamente emocional. Desde esta óptica psicológica, los problemas infantiles tenían su antecedente siempre en las interacciones con los padres, primordialmente con la madre. El tratamiento típico fue entonces, la psicoterapia aplicada al niño individualmente en diversas formas y variedades y la ayuda psicológica dirigida separadamente a los padres. El relativo éxito de este enfoque llevó a la conclusión, obviamente equivocada, de que todos los problemas psicológicos de los niños (trastornos de conducta, problemas de aprendizaje, psicosis, neurosis) tenían esencialmente la misma patología y requerían de el mismo tipo de tratamiento.

Esta es la causa por la cual las observaciones clínicas del Dr. Still en 1902 se retomaron hacia los años 20's por algunos cuantos autores, por ejemplo: Burt, 1922; Hohman, 1922; Kennedy, 1924; Stryker, 1925; Strecker, 1929 (Ruiz, op.cit.).

Según el Dr. Víctor Uriarte (1998), es partir de las observaciones de Hohman en 1922, acerca de las alteraciones conductuales que aparecían en los niños atacados por la Encefalitis de Von Economo, es que se puede proponer de manera congruente una etiología para el TDAH. En tales observaciones se describió cómo los niños afectados por el proceso inflamatorio cerebral desarrollaban, con el tiempo y de por vida:

1. Trastornos de la conducta antisocial,
2. Hiperquinesia,
3. Incapacidad para concentrarse en actividades intelectuales,
4. Impulsividad,
5. Labilidad emocional,
6. Amplia gama de trastornos intelectuales.

Años más tarde, Dolly y sus colaboradores en 1932, encontrarían conductas similares en los niños que habían sufrido un traumatismo craneoencefálico.

En 1923 el Dr. Ebaugh se refirió a las secuelas neuropsiquiátricas de ciertos padecimientos como la Encefalitis, sintomatología que coincide con el TDAH:

- Inatención,
- Irritabilidad,
- Hiperactividad, entre otras (Ruiz, op.cit.).

A finales de los años 30's y principios de los años 40's, solo un reducido número de psiquiatras e investigadores médicos se enfrascaron en el estudio de los factores orgánicos en la etiopatogenia de los cuadros patológicos infantiles, quienes fueron duramente criticados e inclusive repudiados en las instituciones especializadas, debido a la predominancia psicoanalítica en la práctica clínica. El Dr. Laufer, estudioso del síndrome de la *Disfunción cerebral mínima*, narra que era una situación incómoda, hasta el simple hecho de insinuar de que en algún caso la causa se debiera a factores orgánicos (Ibid.).

Hacia 1934, los Drs. Kahn y Coehn encontraron que el trastorno de Hiperquinesia se debía a trastornos orgánicos del tallo cerebral. Con ello, paulatinamente la discusión se derivó a la posibilidad de la etiología de carácter orgánico ya fuera de los núcleos basales o en la misma corteza cerebral.

Contribuyó notablemente a ello, el trabajo del Dr. Bradley hacia 1937, sobre el uso de anfetaminas en los trastornos de la conducta infantil. El éxito paradójico de los estimulantes en los niños cuyo comportamiento parecía más bien necesitar medicación sedante, así como el desarrollo de exitosas modalidades terapéuticas en el campo de la educación especial, hechos ambos que se enfrentaron al fracaso de la psicoterapia analítica al administrarse a niños hiperactivos, hicieron girar la atención hacia los factores orgánicos (Ibid.).

Los profesionales clínicos pusieron sus ojos en las dificultades en el aprendizaje que presentaban comórbidamente estas personas teniendo como explicación las secuelas postencefálicas, lesiones cerebrales perinatales y el retraso maduracional descrito por la Dra. Laretta Bender y la posible transmisión genética de un síndrome de Daño Cerebral, postulado por los Drs. Strauss y Lehtinen en 1947, que se podría sustentar cuando se cumplieran estos cuatro elementos:

1. Una historia de lesión o de proceso inflamatorio cerebral pre, peri y posnatal.
2. Signos neurológicos blandos.
3. Inteligencia normal del niño y de su familia inmediata.
4. Presencia de trastornos psicológicos, de la percepción y del pensamiento conceptual, del orden de los que provocan problemas de aprendizaje (Ibid.).

Hacia 1955, Ounsted en un estudio con niños epilépticos, enlistó las manifestaciones de conducta de los niños con daño cerebral:

Distractibilidad, inatención, amplia discrepancia en las pruebas de inteligencia, irritabilidad, agresividad, disminución de la conducta afectiva espontánea, y pérdida del miedo.

Después de éstas y otras muchas observaciones clínicas de los niños con daño cerebral comprobable, la atención volvió a centrarse en el *fondo orgánico* de los trastornos de conducta. Especialmente en las instituciones de salud y educativas públicas, más que en la clínica particular, empezó a ponerse el acento en las *explicaciones somaticistas*.

Muy pronto, sin embargo, los médicos se percataron que muchas patologías infantiles no siempre tenían un correlato orgánico responsable de la sintomatología.

Entonces se buscaron otros nombres menos comprometedores para estos cuadros, llegándose al conocido *Síndrome de Disfunción Cerebral mínima*, pero casi siempre teniendo como premisa que si bien el daño físico no era demostrable, las características de los niños que lo sufren hacen pensar que los cambios estructurales o funcionales, existen (Uriarte, 1998; McKeegan, op.cit.; Ruiz, op.cit.).

Así, Clements y Peters en 1962 enlistaron los síntomas y signos de la *Disfunción cerebral*, muy similares a la de Ounsted:

1. Hiperactividad,
2. Problemas de aprendizaje con inteligencia normal,
3. Impulsividad,
4. Inestabilidad emocional,
5. Inatención,
6. Incoordinación muscular,
7. Distractibilidad,
8. Signos neurológicos blandos y
9. Anormalidades electroencefalográficas frecuentes (Ruiz, op.cit.).

Como se deduce de lo anterior, la hipótesis de que éste síndrome tiene un componente orgánico esencial, no fue gratuita. No obstante, hasta hace pocos años perduró en muchos profesionales (psiquiatras, pedagogos, psicólogos) la idea que el Síndrome de disfunción cerebral mínima, hoy Trastorno por Déficit de Atención, era un mito (Ross y Ross, 1976), frente a los profesionales que le reconocieron como una entidad nosológica con un componente orgánico en su etiología. Ciertamente, muchos de quienes negaron la existencia de este trastorno de la patología infantil, lo hacen porque no siempre se puede demostrar la existencia del daño cerebral. En otras palabras, hacen depender la

existencia del síndrome a la demostración de la lesión estructural del cerebro. Pero dicho planteamiento es equivocado y se hace a partir de un prejuicio sobre la etiología de los trastornos psicopatológicos (cf. Uriarte, op.cit.).



Fig. 1.2 Transcurrió largo tiempo para que se aceptase la tesis de un componente orgánico en la etiología del TDAH.

A pesar de la falta de unanimidad de la definición del síndrome, aquellos investigadores que han estudiado clínicamente, al margen de su etiología, a grandes grupos de niños hiperactivos, obtuvieron una definida e indudable consistencia con las características conductuales de las muestras y de los resultados del tratamiento con estimulantes.

En 1963, como resultado de una reunión de especialistas sostenida en Washington, se integraron dos grupos de trabajo para esclarecer la terminología empleada, la identificación del síndrome y las posibilidades y validez del diagnóstico.

Clements encabezó uno de estos grupos y en 1966 propuso en su reporte final una definición descriptiva del síndrome:

*“ ... El término 'Disfunción Cerebral Mínima' se refiere a un cuadro clínico que presentan ciertos niños cuya inteligencia es normal o muy cercana a la normal, que sufren trastornos de aprendizaje que van de moderados a severos, asociados a discretas anormalidades del sistema nervioso central. Tales desviaciones se manifiestan como trastornos de la percepción, conceptualización, lenguaje, memoria, atención y control de los impulsos motores. Las anormalidades parecen estar relacionadas con variaciones genéticas, irregularidades bioquímicas, lesiones cerebrales perinatales, otras enfermedades que afectan al sistema nervioso central durante periodos críticos de su maduración, o bien causas desconocidas ...”* (Ruiz, op.cit., pág. 15). Los 10 rasgos más consistentes, hallados por estos estudiosos fueron:

1. Hiperactividad,
2. Impedimentos perceptivos – motores,
3. Labilidad emocional,
4. Incoordinación muscular,

5. Inatención,
6. Impulsividad,
7. Desórdenes de la memoria y el pensamiento,
8. Trastornos específicos del aprendizaje,
9. Desórdenes del lenguaje y signos neurológicos blandos,
10. Irregularidades electroencefalográficas (Ibid.).

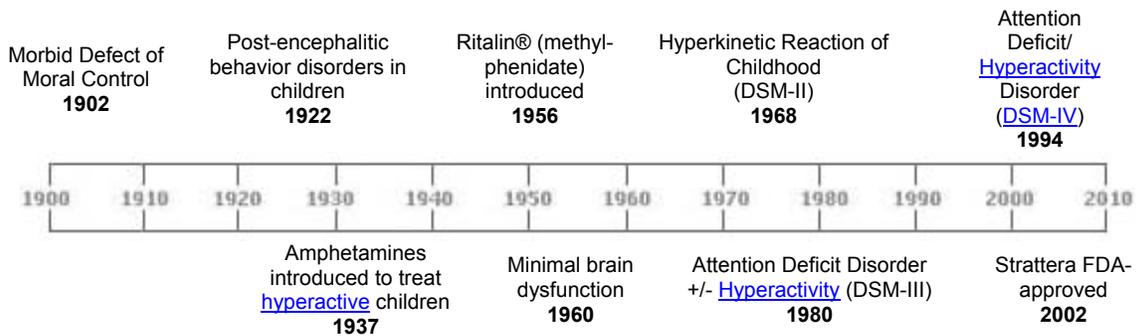
Para Gross y Wilson en los años 70's, entre otros muchos autores, el cuadro que integran síntomas y signos es tan característicos que resultaba difícil no llegar a un diagnóstico en los menores, que no fuera el de la Disfunción cerebral mínima. Inclusive, llamaban clásico a éste cuadro clínico que comprendía los siguientes datos:

1. Hiperactividad (no situacional),
2. Inatención,
3. Distractibilidad,
4. Hiper - reactividad a los estímulos,
5. Impulsividad,
6. Inconsistencia y conducta impredecible,
7. Dificultad para comprender tareas,
8. Incoordinación,
9. Defectos del lenguaje,
10. Incapacidad para advertir el peligro (temeridad),
11. Incapacidad para aprender de la experiencia,
12. Respuestas inadecuadas al castigo,
13. Déficit senso-perceptivos,
14. Rabietas o berrinches (cf. McKeegan, op.cit.)

Posteriores estudios e investigaciones de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) se plasmaron en el DSM – II (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) postulando este trastorno con el nombre *Reacción Hiperkinética de la infancia* y hacia 1980 con la publicación del DSM – III se le denominó *Trastorno por Déficit de Atención*. Por su parte, la *Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (ICD - 9)* lo denominó como *Reacción Hiperkinética de la infancia*.

La sintomatología que define al TDAH sigue estando intacta pasando por el DSM – III R y hasta el actual DSM – IV (1995), principal instrumento diagnóstico de éste trastorno:

desatención desadaptativa, impulsividad y sobreactividad o hiperactividad, síntomas presentes antes de los 7 años. El DSM – IV , como en las ediciones anteriores, lo incluye en la sección de trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia que se abordará en los siguientes capítulos (McKeegan, op cit).



Cuadro 1. Historia del TDAH (Barkley, 2000)

## 1.2 Fundamentos Teóricos y Empíricos.

Todos los conceptos en la ciencia cambian con el tiempo, y el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) no es la excepción. La curiosidad tenida por éste trastorno no es puramente semántica, sino que se ha sustentado con el correr de los tiempos, en la necesidad de definir con precisión el cuadro clínico en cuestión, así como suministrar las medidas terapéuticas que proporcionen un mayor beneficio (cf. Uriarte, op. cit.).

Sin embargo, intentos teóricos muy interesantes por parte de sociólogos, psicoanalistas, bioquímicos y otros, aun sin haber encontrado la madurez conceptual que se traduce en acciones prácticas y benéficas para el paciente, han afrontado este problema gallardamente, y quizá algún día logren reconceptualizar este trastorno.

De esta forma se puede observar que la idea de que el TDAH tiene un sustrato biológico se elaboró en base a un gran conflicto teórico entre los profesionales de la salud, muchos de los cuales consideraban hasta hace unos años una noción mítica de este trastorno. (cf. Uriarte, op.cit.).

La evidencia clínica obtenida y que permite fundamentar la noción de que el TDAH es una patología cuya etiología puede ser orgánica, es la siguiente:

- a. Los Antecedentes del TDAH, sitúan los primeros síntomas en una edad muy temprana de la vida del niño.
- b. La cualidad de los síntomas, especialmente los que explican las dificultades en el aprendizaje (inatención, problemas visomotores ...) se explican mejor por una disfunción en ciertas áreas del cerebro.
- c. La naturaleza de la hiperquinesia o hiperactividad, diferenciable de otras formas de hiperactividad en que los factores emocionales son predominantes.
- d. La incidencia de numerosos signos neurológicos, coincidente con severos trastornos de conducta.
- e. La frecuencia de anomalías electroencefalográficas, significativamente mayor que la que ocurre en otros trastornos de la conducta infantil.
- f. El efecto terapéutico producido por los psicoestimulantes, distinto a las respuestas que se obtienen en otros cuadros clínicos o en niños normales (Ruiz, op.cit.).

La experiencia clínica acumulada, las observaciones repetidas y la investigación científica realizada permiten asegurar que el TDAH existe como tal, como un trastorno en sí mismo, frente a los teóricos y estudiosos quienes, como se ha revisado, a lo largo de la historia postularon la idea de que dicho síndrome era un mito.

No se trata de una *nueva* entidad patológica producto de los cambios ocurridos en el hombre y su habitat en el curso de la historia, sino de una condición que probablemente ha existido siempre, pero que hasta el siglo XX no fue abordada sistemáticamente (ibid.).

La vertiginosidad de la vida actual, la competitividad intelectual contemporánea, la sobreestimulación, la época del pragmatismo, de la rapidez y la especialización, la sociedad de hoy día exige al niño mayor responsabilidad, atención, obediencia y alto rendimiento intelectual, con el fin de que el individuo desarrolle las habilidades que una sociedad altamente competitiva requiere, han resaltado esta patología infantil con repercusiones en la edad adulta (Uriarte, op.cit.).

El TDAH ha recibido diversas nomenclaturas con el correr de los años, pero vale la pena comentar que el término *mínimo* empleado en la denominación *Daño Cerebral Mínimo*

hacía referencia a una alteración que no implicaba funciones como déficit intelectual y/o parálisis, pero que creaba confusión por su doble sentido: por una parte se refería a la destrucción neuronal y por otra se implicaba el déficit de la atención sin base fisiológica. Esta denominación poco exacta desencadenaba reacciones inadecuadas de los padres, pues formulaban con frecuencia ideas irracionales como que su hijo tenía retardo mental, o que no tenía remedio, etc.

Debido a la fragilidad conceptual de Daño Cerebral Mínimo, se propuso el término *Disfunción Cerebral Mínima* cuyo principal objetivo era negar ese supuesto daño, el cual no se podía comprobar, además de señalar que entre las funciones cerebrales, *algo* se encontraba mal. Sin embargo, bajo esta denominación clínica se podían incluir muchas patologías sin base fisiológica como dislalias, dislexias, dispraxias, neurosis, hallazgos electroencefalográficos sin patología clínica, etc. Pues se trataba de una definición poco descriptiva, ya que no permite saber cuales son los síntomas principales (Ibid.).

La actual denominación de *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*, es una nomenclatura por demás interesante ya que tiene la enorme ventaja de describir cada uno de los signos cardinales y comportamientos disruptivos definitorios de dicha patología.

Además, resulta un término muy cómodo pues no se estigmatiza al niño como sucedía con los términos Daño cerebral o Disfunción cerebral, que para el grueso de la población resulta peyorativo, debido tal vez a la naturaleza del lenguaje científico empleado en el ámbito clínico.

Entender el TDAH tiene una gran importancia, explican el Dr. Uriarte y el Dr. Rafael Velasco (Ibid.), no sólo por que se encuentra uno frente al trastorno clínico más común en la edad preescolar y escolar, que irrisoriamente es uno de los menos entendidos y que por ende en su tratamiento tantos errores se cometen, la trascendencia práctica de entenderlo radica en lo siguiente:

1. Constituye el más amplio grupo de niños seriamente alterados de la población escolar: del 3% al 5%.
2. Frecuentemente se diagnostica mal.
3. Cuando son bien diagnosticados, el tratamiento es inadecuado.
4. El manejo inapropiado es caro e ineficiente
5. El tratamiento adecuado tiene alta efectividad, además de ser barato y accesible.

6. Aunque las manifestaciones del síndrome se modifican pueden persistir toda la vida (Uriarte, op.cit.; Fundación D.A., 1995; Carrizosa, 2000; Ruiz op.cit.).

A juicio de los autores, los factores que han incrementado recientemente el interés por el TDAH, son a saber:

- a) *El cambio en la concepción etiológica*, dejando de lado las concepciones analíticas; ya que sin menospreciar las aportaciones del psicoanálisis, ésta corriente psicológica se ha visto superada, pues argumenta que dicho trastorno se genera por una inadecuada interacción con los progenitores, en especial con la madre. Este desplome desencadenó una reconsideración de los factores implicados en la psicopatogénesis infantil y reforzó el concepto de que un trastorno es producto único de una alteración orgánica, asumiéndose una percepción del ser humano como entidad compleja Bio-Psico-Social.
- b) *Los cambios fundamentales en la educación Infantil*. Las grandes demandas educativas de la sociedad han presionado a psicólogos y pedagogos para generar procedimientos educativos altamente eficaces y dinámicos, lo que ha puesto al descubierto múltiples problemas de aprendizaje y conducta (cf. Bauermeister, 1999).



Fig. 1.3 La importancia del estudio del TDAH radica en el alto porcentaje de infantes en nuestro país que ya lo padecen.

Como se puede observar, es evidente la trascendencia y la importancia del estudio del TDAH, ya que más del 5% de los infantes en edad escolar en México, (DSM – IV, 1995; Fundación D.A., op.cit.; Baren, 2000), un 8% (Chapman, 2001) y hasta un 10% (Mendoza 1995) padecen éste trastorno, principalmente varones (cf. Arcia y Conners, 1998).

Este déficit en los repertorios conductuales básicos necesarios en los ámbitos educativos pueden dar explicación de los bajos niveles de aprovechamiento académico los altos índices de reprobación y la deserción escolar en México, de ahí la necesidad del psicólogo clínico y educativo de tener un profundo conocimiento de ésta patología, así como las alternativas

clínicas para su efectiva rehabilitación, pues la literatura expone en cuanto a la perspectiva evolutiva del TDAH, que los infantes con éste déficit no tratados clínicamente, presentan en la edad adulta conductas delictivas, comportamientos adictivos, deserción escolar entre otros, aunado a los trastornos emocionales y conductuales colaterales que complejizan dicha sintomatología generando en los individuos patrones comportamentales desadaptativos, por lo cual es necesaria una intervención clínica multidisciplinaria. (McKeegan, op. cit, DSM-IV, op.cit.).

## CAPÍTULO 2 ETIOLOGÍA DEL TDAH

***En este apartado se pueden identificar las diversas causas generadoras del TDAH.***

---

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad es una entidad nosológica, que como se revisó en el capítulo anterior, se ha venido reconceptualizando con el devenir del tiempo y que se ha hecho más patente en las últimas décadas debido a la vertiginosidad de la vida actual. Pero, si el cuadro nosológico es controvertido, la etiología lo es aún más.

Desde inicios del siglo XX (Still, 1902) se reconoce que el TDAH tiene diferentes etiologías, por lo que se ha convenido en atribuirle causas orgánicas e inorgánicas.

Al respecto, Bender (1953) considera que la etiología se puede separar en categorías: Orgánicas, constitucionales y ambientales.

Por su parte, Howell y sus colaboradores (1972) proponen una hiperactividad primaria y otra secundaria, e intentan aplicar una terapéutica para cada caso: en la primera hacia el paciente y en la segunda hacia las causas que la provocan.

A su vez, Marwit y Stennen (1972) hacen una separación semejante, en la que un grupo muestra un alto nivel de actividad, además de problemas de aprendizaje – preceptuales y otro grupo se caracteriza sólo por intranquilidad y responde a las dificultades de su ambiente.

Por su lado, Ney (1974) propone cuatro etiologías:

- *Genética*: cuya manifestación es temprana, así como ausencia de eventos perinatales notorios.
- *Conductual*: provocada por manejo familiar.
- *Disfuncional cerebral*: con inicio temprano y eventos perinatales importantes.
- *Reactiva*: en medios familiares caóticos.

Uriarte (1998) propone que para comprender fácilmente los factores etiológicos del TDAH, conviene dividirlos en dos grandes grupos: factores orgánicos y factores psicológicos. Por factor orgánico se entienden no sólo las lesiones, sino también cualquier factor físico o bioquímico que modifique las funciones cerebrales. Por factor psicológico se consideran fundamentalmente los problemas emocionales y de aprendizaje.

Esta división es ficticia dado que las causas se superponen en el entendido de que cualquier lesión o alteración orgánica acarrea una psíquica y viceversa.

Para este autor, los factores etiológicos predominantes son:

1. La Herencia genética.
2. La lesión cerebral.
3. Los factores emocionales (Ibíd.).

## 2.1 Mitos en torno a la etiología del TDAH.

Pese a la gran multitud de estudios que se han efectuado a lo largo de los años y que han ido demostrando científicamente las causas que pueden generar y mantener este trastorno, muchos estudiosos han publicado supuestas etiologías sin demostrarlas empíricamente quedándose en meras hipótesis y que han hallado eco en el grosor de la población debido a la necesidad de la gente de dar explicación a un trastorno tan desadaptativo como es el TDAH.

Baren (2000) expone que existen una gran cantidad de mitos acerca de los factores que generan el TDAH, por ejemplo:

- Ingerir grandes cantidades de azúcar o por el contrario no ingerir las cantidades suficientes de glucosa.
- Sensibilidad a los alimentos.
- Consumir alimentos con ciertos conservadores o colorantes.
- Consumo excesivo de suplementos vitamínicos.
- Ver televisión y jugar video juegos por tiempos prolongados.
- Alergias.

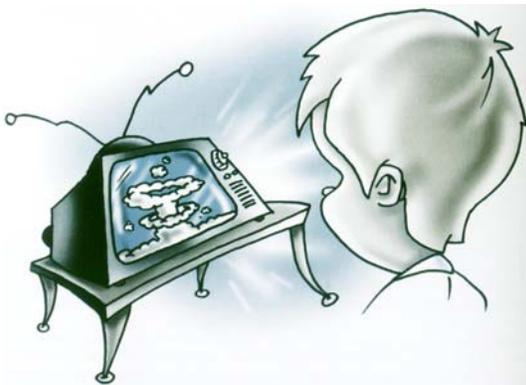


Fig. 2.4 Durante algún tiempo se creyó que observar la TV por periodos prolongados generaba TDAH

Estas y otras situaciones si bien pueden alterar el comportamiento de infantes menores a los 5 años de edad, no se ha comprobado que generen el TDAH.

Un estudio interesante, pero que no tuvo grandes aportaciones fue el de Loch y colaboradores (1978) quienes propusieron que

la etiología del TDAH radicaba en la desnutrición, postulado que si bien es cierto, los

autores jamás expusieron de manera clara de que forma un cuadro severo de desnutrición puede generar dicho trastorno.

Kubala y Katz (1971) por su parte propusieron que la administración de megadosis de vitamina C, contribuía en el mejoramiento de la hiperactividad.

Por otra parte, cabe mencionar la hipótesis de Feingold (1974), la cual afirmaba que una alimentación sin colorantes, edulcorantes ni saborizantes artificiales, así como carentes de salicilatos y otros conservadores mejora a los niños hiperactivos de un 30 % a un 50%. Estos resultados no han sido corroborados por múltiples investigaciones subsecuentes (Harley y colaboradores, 1978), lo cual ha provocado el descrédito de esta hipótesis.

Booth y colaboradores (2001) enuncian también una serie de mitos en torno al TDAH:

- Mito #1. *El TDAH es un trastorno fantasma.* La realidad, exponen, es que es un desorden neurobiológico que afecta las funciones ejecutivas de los individuos manifiestas en ambientes estructurados.
- Mito #2. *El ritalin es un tipo de cocaína cuya medicación genera adicción y trastornos psicóticos.* La realidad es que el metilfenidato o ritalin es un estimulante médico que es químicamente diferente a la cocaína y no genera adicción ni ningún trastorno mental siempre y cuando no se automedique y se administre conforme a las prescripciones médicas.
- Mito #3. *Ningún estudio ha demostrado efectos duraderos de la medicación en la conducta o beneficios educativos de niños TDAH.* La realidad es que hay una gran cantidad de estudios que han demostrado enormes beneficios en el desarrollo de comportamiento adaptativos bajo los efectos de la medicación.
- Mito #4. *El TDAH solo sirve para excusar a los infantes y no hacerles responsables de su conducta.* El TDAH es un trastorno neurobiológico que afecta ciertas habilidades cognitivas y motrices generando conductas desadaptativas en los individuos sin que estos así lo quieran.
- Mito #5. *El TDAH es básicamente un problema de conducta y educación, por lo que se requiere para su tratamiento una férrea disciplina, más que terapias.* El TDAH es un trastorno que no siempre posee un sustrato biológico, por lo que su tratamiento debe ser multidisciplinario y en el cual se incluya una reorganización

de la dinámica familiar del infante, pero sin descartar el papel trascendental en la rehabilitación de la terapia psicopedagógica y la medicación.

- Mito #6. *El ritalin genera una serie de trastornos como pérdida de peso, alteración de los hábitos alimenticios, síndrome de Tourette, muerte inexplicable, etc.* Se ha demostrado científicamente que el metilfenidato genera grandes beneficios en el tratamiento de las personas con el TDAH y no existe alguna publicación de algún estudio que corrobore estas ideas de daños colaterales, si bien es cierto que todo medicamento, todo, genera ciertas consecuencias.
- Mito #7. *Los maestros deben proporcionar a los niños desatentos o hiperactivos ciertas pastillas para disciplinarlos.* El maestro no es el profesional encargado de diagnosticar y mucho menos medicar para este trastorno, pero si es su deber moral y profesional canalizar a estos menores con un psicólogo (Ibíd.).

Estos y otros estudios constituyen algunos de los intentos por discernir las verdaderas causas generadoras del TDAH

## **2.2 Causas prenatales, perinatales y postnatales del TDAH.**

Los factores tanto orgánicos como psicológicos que pueden generar el TDAH pueden presentarse antes, en el momento o después del parto, es decir, prenatales, perinatales y postnatales (Uriarte, Ibíd.).

Para Mendoza (1995), las causas del TDAH también pueden enmarcarse en el momento de su aparición y por tanto ser prenatales, perinatales y postnatales.

Entre las causas prenatales se halla la causa principal del TDAH, que es la genética, la cual se desarrollará más adelante.

Ciertas acciones de la madre durante la gestación pueden repercutir en la química cerebral, por ejemplo: Fumar, beber en excesos bebidas alcohólicas, deficiencia en la alimentación, deficiencias de hierro y hemoglobina, consumo de narcóticos, alteraciones emocionales de la madre como estrés y depresión, exceso de arintio carbamidas por ingesta excesiva de col y brócoli e infecciones virales (Uriarte, Ibíd..).

Entre las causas perinatales se pueden presentar complicaciones en el proceso de parto pueden afectar la química cerebral del nuevo ser, por ejemplo:

- a) Sufrimiento fetal

- b) Falta de oxigenación
- c) Defecación del feto
- d) Hipertensión del infante

Para Mendoza, entre las causas postnatales generadoras del TDAH se pueden hallar:

- a) Infecciones cerebrales: encefalitis, meningitis, golpes y lesiones
- b) Exposiciones al plomo y otras sustancia químicas y radioactivas
- c) Consumo de drogas
- d) Trastornos emocionales
- e) Familias disfuncionales
- f) Deficiencias educativas: educación sin límites ni reglas
- g) Abuso sexual (Ibíd.).

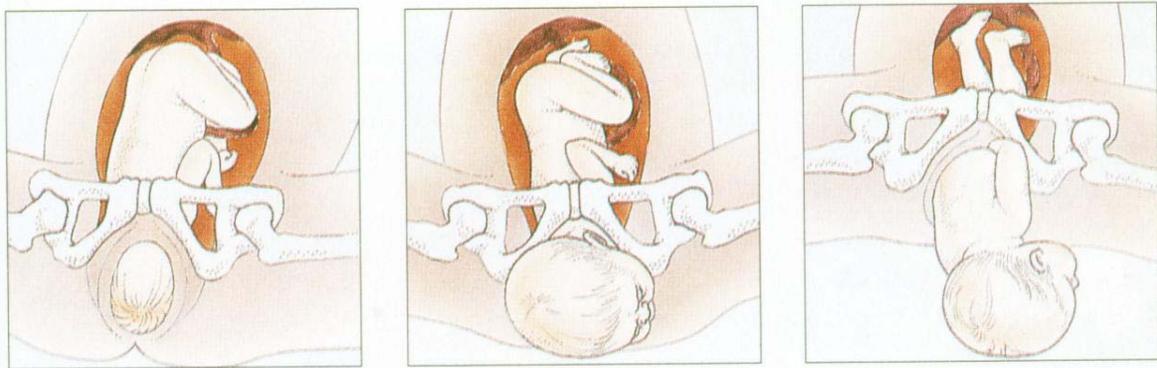


Fig. 2.5 El sufrimiento fetal es una causa perinatal del TDAH.

El TDAH y otros trastornos clínicos se pueden generar por: Sufrimiento fetal, hipertensión, alteraciones morfológicas (exceso y/o ausencias de circunvoluciones), hidrocefalia (ventrículos inflamados por contener el líquido cefalorraquídeo, lesiones en el tallo cerebral (que puede generar narcolepsia), ciertas alteraciones en los lóbulos temporales pueden generar alteraciones del humor, enojo, irritabilidad y pobre control de impulsos, la toxoplasmosis: el protozooario (toxoplasma) que genera daño cerebral conocido popularmente como cisticercos. Este protozooario es adquirido por el ratón y las ratas, el cual le hace perder el miedo a los gatos, ello hace que los gatos los cacen y adquieran el toxoplasma y que a su vez infecta al hombre por su cercanía a éste felino, cuerpos de Negri: producen la hidrofobia o rabia y que puede causar la muerte si no se trata oportunamente. (Cf. Baren, 2000)

## 2.3 Lesión Cerebral como factor etiológico del TDAH.

Para comprender las implicaciones relacionadas con la alteración orgánico-estructural que provoque el cuadro clínico que se está abordando, vale la pena exponer la interesante correlación llevada al cabo por Towbin (1981). Este autor compara los accidentes cerebrales del adulto con la lesión cerebral perinatal, en ambos se observa un compromiso del tejido nervioso, y considera que en los dos casos existen tres rasgos básicos y distintivos:

- a) Naturaleza mínima de los síntomas. Las lesiones como resultado de una lesión cerebral presentarán un conjunto de signos y síntomas casi imperceptibles como defectos sensoriomotores, afectivos o intelectuales.
- b) Variabilidad. Tanto en el cerebro del recién nacido como en el del adulto, el tipo de lesión es muy variable y las manifestaciones clínicas tendrán un correlato con el área o áreas involucradas, así como con su extensión.
- c) Latencia. En ambas edades, los síntomas sobre todo los psíquicos, no se manifestarán inmediatamente después de la lesión cerebral, sino que después de meses e inclusive años, se expresarán en toda su magnitud.

De lo anterior se deduce que el TDAH podría ser una reacción inespecífica cuando el cerebro es lesionado por cualquier agente nocivo (Norton, 1980).

### 2.3.1 Lesión cerebral prenatal y perinatal.

La gestación es el periodo crítico en el que el producto podría verse afectado en sus estructuras cerebrales por ser extremadamente delicadas. Por lo tanto, la desnutrición, la hipovitaminosis, las infecciones, las toxemias, las enfermedades maternas y otras condiciones que trastornen las variables fisiológicas de la madre repercutirán directamente en el organismo del producto, sobre todo en su cerebro, ya que ésta es una estructura muy delicada. Lo cual podría traducirse en encefalopatías más severas que el mismo TDAH (Uriarte, op.cit.).

En este síndrome, el compromiso neurológico al nacer no es tan severo lo cual dificulta su diagnóstico temprano, por ello la sintomatología de un niño con TDAH se manifiesta en la edad escolar, entre los 6,7 u 8 años en donde las alteraciones psíquicas son más significativas.

Algunos de los diferentes factores que pudieran considerarse significativos son:

- *Administración de medicamentos* durante el primer trimestre de gestación, fundamentalmente los antibióticos y los anticonvulsivos.
- *Complicaciones relevantes* como preclampsia, eclampsia, sangrados vaginales, traumatismos, infecciones o también inmadurez del aparato reproductor en los casos de madres adolescentes, o bien productos de mujeres gestantes después de los 35 años de edad. Cabe destacar, que aunque estos son considerados factores de riesgo, los estudios estadísticos muestran que no son determinantes.
- *Duración del embarazo.* La duración del embarazo tiene que ver directamente con la maduración del producto, ya que el ser prematuro inmiscuye complicaciones en la gestación como desprendimiento de la placenta y por ello falta de oxigenación.
- *Parto.* Si se piensa en el parto como un evento particularmente agresivo, puede afirmarse que durante el cual es factible que se presenten diversas lesiones tanto a nivel cerebral como a cualquier otra estructura orgánica. La mayor parte de la literatura coincide en relacionar las vicisitudes del parto



con lesión cerebral. Las anomalías que pudieran presentarse podrían ser dificultad para iniciar y mantener la respiración después del nacimiento,

temblor, asimetría en la motilidad, postura y respuesta, hipotonía, hipertermia, etc. los cuales tienen alto valor predictivo, no obstante, no son signos patognómicos del TDAH.

- *Anestesia utilizada durante el parto.* A pesar que no está ciento por ciento comprobado que el tipo de anestesia utilizada, en caso de ser así, sea un factor etiológico del TDAH, las investigaciones muestran que gran porcentaje de los niños con TDAH habían recibido los efectos de una anestesia general durante su nacimiento además de observarse en ellos un desarrollo psicomotor deficiente.
- *Hipoxia durante el parto.* Esta complicación es la más común del daño cerebral en el recién nacido ya que ante la falta de oxigenación cerebral se puede presentar muerte de la población neuronal hasta un 30 % siendo las alteraciones clínicas muy evidentes. El que el niño al nacer presente hipoxia puede que en un 26% halla riesgo de TDAH aunque las manifestaciones abarca diversos aspectos del desarrollo pero no de una manera severa. El sufrimiento fetal provocado por un parto prolongado más allá de 12 horas facilita complicaciones tales como la hipoxia; otra causa de éste sufrimiento podría ser que el producto fuera el primer parto de la mujer, teniendo que pasar el producto a través de paredes vaginales no flexibles, las cuales ofrecen mayor resistencia de dicho paso.
- *Infecciones del Sistema Nervioso Central.* Algunas infecciones del S.N.C. que pudieran provocar TDAH sería la encefalitis viral y la meningoencefalitis (Cf. Mendoza, op.cit.; Ruiz, op.cit.; Uriarte, op.cit.).

### **2.3.2 Lesión cerebral postnatal.**

Los traumatismos craneoencefálicos son la causa más frecuente de lesión cerebral que causa desde la muerte hasta alteraciones neuropsiquiátricas residuales como consecuencia del traumatismo. Una de estas causas es el TDAH; no solamente contienen un compromiso neurológico sino conductual como impulsividad e hiperactividad, trastornos de la atención y cefalea.

Estadísticamente los niños con TDAH han sufrido mayor número de traumatismos que acrecientan sus manifestaciones. Cabe mencionar que el traumatismo craneoencefálico tiene una participación leve si es un factor desencadenante (Cf. Mendoza, op.cit.).

## 2.4 Factores Hereditarios generadores del TDAH.

Otro factor etiológico de la patología que se está abordando es la Hereditaria. Más y más evidencia proveniente de recientes investigaciones apuntan al hecho de que el TDAH es generado por la herencia genética.

Para Mendoza (op.cit.), una de las causas principales del TDAH es la genética. Esta teoría argumenta que al parecer existe una alteración del cromosoma sexual **X**, por ello se da predominantemente en varones (80% varones, 20% mujeres).

Dicha alteración del cromosoma X #11 es generada por deficiencias en el nivel de dopamina, por ello es importante la medicación de Ritalin (metilfenidato), pues incrementa los niveles de dopamina. Sin embargo no se ha hallado aun, el gen específico causante que transmite este déficit de la atención. Es altamente probable que la fragilidad del cromosoma X genere el TDAH y que en ciertos casos genera esquizofrenia y retraso mental (Cf. DSM-IV, op.cit.)

Atendiendo este factor hereditario en la etiología del TDAH, Ruiz (op.cit) considera que psicopatologías el alcoholismo, las conductas antisociales, los problemas de aprendizaje, afectivos y motores y el mismo TDAH son algunas alteraciones que pueden transmitirse tanto a nivel genético como a nivel educativo.



Fig. 2.7 Recientes investigaciones han demostrado que el factor hereditario da respuesta al hecho de que el TDAH se presente con mayor frecuencia en varones.

Uriarte (op.cit.) por su parte, en sus estudios encontró que consideradas las patologías neuropsiquiátricas como pareja o de manera independiente, los padres de niños con TDAH presentan mayor número de psicopatologías

clínicamente significativas que el grueso de la población. Así mismo, el Dr. Uriarte concluye que tanto los factores genéticos como los educativos influyen para que ésta patología aparezca.

El Dr. Barkley (1998) recientemente ha encontrado un vínculo entre el gen llamado DRD4 y el TDAH, tal parece que este es el gen que proporciona la información genética del TDAH y que se hereda principalmente en varones. Además, el gen DRD4 se relaciona directamente con personalidad.

Por otra parte, Barkley efectuó un estudio con gemelos monocigóticos versus gemelos heterocigóticos con TDAH y encontró que es más factible hallar síntomas del TDAH en gemelos monocigóticos, por lo que concluye que en la sintomatología del TDAH la herencia genética juega un papel trascendental.

Concluyendo, el TDAH no sólo es resultado de la herencia genética, del temperamento o de una lesión intercraneal, sino también del ambiente familiar y la capacidad educativa de los padres, maestros, la calidad de la escuela y el ambiente sociocultural (*cf.* The ADHD Molecular Genetics Network, 2002).

## **2.5 Causas Bioquímicas del TDAH**

Existe una gran diversidad de teorías alrededor de la verdadera causa del TDAH. Hasta la década de los años 70's, los expertos encontraron que muchos sujetos que sufren del TDAH habían sufrido algún tipo de daño cerebral o bien que el cerebro de éstos tenía algún tipo de desorden.

Más recientemente sin embargo, se ha esclarecido que el problema no radica en la estructura del cerebro en sí mismo, si no en la química del cerebro en las sustancias que transmiten los mensajes en el cerebro (llamadas neurotransmisores), tales como la dopamina y la serotonina. Si uno o más de estos neurotransmisores por alguna razón no realizan su trabajo, es entonces que se generan los síntomas y signos del TDAH (Ibíd.).

Estas conclusiones se han podido elaborar gracias al proceso de investigación de la bioquímica cerebral y su ingerencia en el TDAH, así Wender (1971) y Lerer y colaboradores (1979) encontraron que la medicación suscita una serie de cambios sumamente notorios: tranquiliza a los infantes, mejora su atención, su arreglo personal, la escritura, la conducta general, las relaciones familiares, escolares y disminuye la agresividad. Otro hallazgo importante fue que en los monos normales, la

dextroanfetamina decrece la actividad, mientras que el metilfenidato no la altera (Isaac y Kalleman, 1979).

Estas entre otras investigaciones, permitieron elucubrar que dadas las características de los anfetamínicos administrados, el TDAH presenta un sustrato bioquímico que modifica el estimulante a nivel cerebral.

Wender (op.cit.) propuso entonces, al efectuar observaciones clínicas con animales experimentales, que los chicos TDAH tienen una lesión en el Haz Medial Telencefálico (HMT), dado que al igual que aquellos animales no aprenden al castigo, no miden los riesgos ni el peligro y presentan un patrón de conducta impulsivo e hiperactivo. Por otra parte, la rata con lesión HMT presenta conductas similares a los niños TDAH, poca precaución para afrontar los peligros, falta de ansiedad ante un estímulo doloroso lo cual dificulta el condicionamiento clásico (Brady y Nauta, 1953).

Este hecho se demuestra si se estimulan eléctricamente áreas cerebrales de placer (HMT) en animales de experimentación y se administran sustancias que elevan la noradrenalina (NA) y la dopamina (DA) cerebral, como las anfetaminas, entonces se producirán respuestas de auto estimulación (Cf. Stein, 1966), por lo que se hipotetizó válidamente que la etiología del TDAH radicaba en un alteración del HMT y en las aminas cerebrales, siendo la Dopamina el neurotransmisor comprometido en esta patología (Uriarte, op.cit.).

Esta teoría dopaminérgica se puede corroborar con los estudios de Shaywitz (1976) y

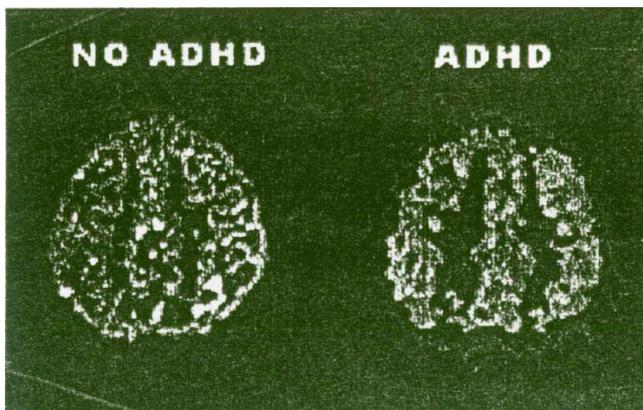


Fig. 2.8 El TDAH es un trastorno bioquímico caracterizado por una baja en los niveles de dopamina.

Norton y colaboradores (1976). Estos investigadores generaron daños en las estructuras cerebrales de ciertas ratas y mediante la aplicación de medicación estimulante elevaron los niveles de dopamina principalmente en los lóbulos frontales y las áreas en las cuales se compromete la atención y la motricidad.

Las más recientes investigaciones muestran que los síntomas característicos del TDAH son causados por un desbalance químico en el cerebro, por lo que a juicio de Chapman (2001), el TDAH es un trastorno neurobiológico. Para entender cómo este trastorno afecta las capacidades de atención, concentración y las demás funciones cognitivas

superiores, es necesario entender como el cerebro comunica su información. Cada célula cerebral, neurona, posee un *axón*, que es la parte de las neuronas que envía mensajes a otras células, y además posee cada neurona un cierto número de *dentritas*, que es la parte celular que recibe el mensaje de las otras neuronas. Existe un espacio entre las neuronas, por lo que emplean para enviar los mensajes unas sustancias químicas llamadas *neurotransmisores* (Martínez et.al., 1993).

Tanner y Hanmer (1998) coinciden con los estudios antes expuestos y comentan que la génesis del TDAH radica en un problema del funcionamiento de los neurotransmisores cerebrales.

Cuando la persona padece TDAH, se genera una baja en los niveles de los neurotransmisores, especialmente de Dopamina, por lo que las neuronas no se interconectan entre sí, causándose una desbalance en la química cerebral y por ende una alteración en las funciones cognitivas superiores como la atención, la concentración, la memoria, hasta patrones comportamentales disfuncionales como la hiperactividad o la impulsividad.

A 10-year study by National Institute of Mental Health (NIMH) scientists has found that brains of children and adolescents with [Attention Deficit Hyperactivity Disorder \(ADHD\)](#) are 3-4 percent smaller than those of children who don't have the disorder — and that medication treatment is not the cause. Another ones NIMH researches have shown the Reticular Activating System (It keeps higher brain centers alert and ready for input) is not working properly in ADHD

*Cuadro 2. The Neurology of ADHD (Castellanos et.al, 2002).*

Por los estudios hasta ahora realizados, se puede concluir que el TDAH es un trastorno caracterizado por un desorden neurobiológico (Chapman, 2001). Por otra parte, la etiología del TDAH es muy diversa y puede incluir factores genéticos, orgánicos y ambientales de tal forma que su interrelación genera un desbalance en la química cerebral a nivel de los neurotransmisores (principalmente de dopamina) en los lóbulos cerebrales encargados de los procesos cognitivos de la atención y el control de impulsos.

## CAPÍTULO 3

# CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TDAH

*En este capítulo se establecen los criterios clínicos que permiten al clínico identificar y diagnosticar al TDAH, tomando como base y referencia la sintomatología estipulada por el DSM – IV. Así mismo, se estudian los instrumentos clínicos más útiles para su diagnóstico.*

---

### 3.1 Definición del TDAH.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es la actual y más reciente denominación de una patología de la cual se tiene noticia desde hace más de un siglo y a través del cual se ha reconceptualizado en diversas ocasiones bajo diferentes marcos teóricos.

La presente nomenclatura aparece en el DSM – IV<sup>1</sup>, que es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales elaborado por la APA (Asociación Americana de Psiquiatría, 1995).

En el DSM – IV se emplea lamentablemente el término *trastorno mental* que hace referencia a un anacronismo reduccionista del dualismo *mente/cuerpo*, siendo que los conocimientos científicos actuales han demostrado que hay mucho de físico en los trastornos mentales y a la inversa, pero desafortunadamente no se ha encontrado otra terminología que pueda sustituirlo (op.cit.).

En este manual el *trastorno* se conceptualiza como un *síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de la libertad. Además este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p.ej. la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. El DSM – IV lo que hace es clasificar los trastornos de las personas, no a las personas* (Introducción, pág. XXI).

---

<sup>1</sup> La denominación del trastorno que se está estudiando como TDAH apareció por vez primera en el DSM III y ha permanecido prácticamente intacta la sintomatología que le define como entidad nosológica.

La característica esencial y definitoria del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad – impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar (DSM – IV, op.cit.).

Los niveles inapropiados de Atención, Hiperactividad e Impulsividad hacen de este trastorno una entidad psicopatológica de las más comunes en la edad preescolar y escolar, que irrisoriamente es uno de los menos entendidos y que por ende en su tratamiento tantos errores se cometen.

TDAH es una nomenclatura por demás interesante ya que tiene la enorme ventaja de describir cada uno de los signos cardinales y comportamientos disruptivos definitorios de dicha patología, además resulta un término muy cómodo pues no se estigmatiza al niño con otros conceptos clínicos que para el común de la población resultan peyorativos o insultativos.

### **3.2 Sintomatología y características Diagnósticas del TDAH.**

El principal instrumento clínico empleado mundialmente por psicólogos, psiquiatras, médicos, pedagogos y demás profesionales para diagnosticar el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es el **DSM – IV**, que es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales elaborado por la APA (Asociación Americana de Psiquiatría, 1995).

Cabe destacar, que como expone Ruiz (op.cit), la patología del niño con TDAH es la exageración o deficiencia de las conductas normales que manifiestan todos los niños. De este modo, la designación de patológico se sustenta en la cantidad y no en la calidad.

La sintomatología, para su mayor estudio, podría dividirse de acuerdo a los estudios de los doctores Bender, Velasco, Ruiz, Uriarte y el sistema AMP de la siguiente manera:

- **Síntomas Primarios:** Que comprende los síntomas de desatención, impulsividad e hiperactividad, los cuales tienen un sustrato bioquímico y fisiológico.
- **Síntomas Secundarios:** Que comprenden la sintomatología que depende o es resultado de las alteraciones básicas. Estos síntomas se modifican lentamente cuando los trastornos primarios se han corregido o están corrigiéndose terapéuticamente (ibid.). Un ejemplo de ello es la mitomanía, que se presenta en

la mayoría de los casos (Uriarte, op.cit.), esta actitud es la respuesta que da el niño como intento para encubrir o justificar sus deficiencias en cada área del desarrollo humano y gira principalmente en torno a sus trabajos escolares, ya que para el menor es difícil aceptar que no tiene capacidad para realizar sus actividades académicas. Otros síntomas secundarios son la enuresis, comportamiento impredecible, ansiedad, depresión, déficit de habilidades sociales.

El DSM – IV tipifica este trastorno en el apartado de Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. El DSM – IV desarrolla las características diagnósticas a través de las tres características componentes del TDAH: la desatención, la hiperactividad y la impulsividad.

### **3.2.1 Características diagnósticas de la Desatención, según el DSM – IV.**

La característica esencial del TDAH es un patrón persistente de desatención y o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar (Criterio A).

Algunos síntomas de hiperactividad, impulsividad o de desatención causantes de problemas pudieron haber aparecido antes de los 7 años de edad. Sin embargo, bastantes sujetos son diagnosticados habiendo estado presentes los síntomas durante varios años (Criterio B).

Algún problema relacionado con los síntomas debe producirse en dos situaciones por lo menos (p.ej. el hogar y la escuela o el trabajo) (Criterio C).

Otro criterio es que deben haber pruebas claras de interferencia en la actividad académica, social o laboral propia del nivel de desarrollo (Criterio D).

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

Las deficiencias de la desatención pueden manifestarse en situaciones académicas, laborales o sociales. Los sujetos afectos a este trastorno pueden no prestar atención

suficiente a los detalles o cometer errores por descuido en las tareas escolares o en trabajos (Criterio A1a).

El trabajo suele ser sucio y descuidado y realizado sin reflexión. Los sujetos suelen experimentar dificultades para mantener la atención en actividades laborales o lúdicas, resultándoles difícil persistir en una tarea hasta finalizarla (Criterio A1b).

A menudo parecen tener la mente en otro lugar, como si no escucharan o no oyeran lo que se está diciendo (Criterio A1c).

Pueden proceder a cambios frecuentes de una actividad no finalizada a otra. Los sujetos diagnosticados con este trastorno, pueden iniciar una tarea, pasar a otra, entonces dedicarse a una tercera sin llegar a completar ninguna de ellas. A menudo no siguen instrucciones ni órdenes y no llegan a completar tareas escolares, encargos u otros deberes (Criterio A1d).

Para establecer este diagnóstico, la incapacidad para completar tareas sólo debe tenerse en cuenta si se debe a problemas de atención y no a otras posibles razones (p.ej. incapacidad para comprender instrucciones). Estos sujetos suelen tener dificultades para organizar tareas y actividades (Criterio A1e).



*Fig. 3.9 La desatención es el componente conductual predominante y más difícil de identificar por parte de familiares y profesores del infante.*

Las tareas que exigen un esfuerzo mental sostenido son experimentadas como desagradables y sensiblemente aversivas. En consecuencia, estos sujetos evitan o experimentan un fuerte disgusto hacia actividades que exigen una dedicación personal y un esfuerzo mental sostenidos o que implican exigencias organizativas o una notable concentración (p.ej. tareas domésticas o tareas de papel y lápiz). (Criterio A1f).

Esta evitación debe estar causada por las deficiencias del sujeto relativas a la atención y no por una actitud negativista primaria, aunque también puede existir un negativismo

secundario. Los hábitos de trabajo suelen estar desorganizados y los materiales necesarios para realizar una tarea acostumbran estar dispersos, perdidos o tratados sin cuidado y deteriorados (Criterio A1g).

Los sujetos que sufren este trastorno se distraen con facilidad ante estímulos irrelevantes e interrumpen frecuentemente las tareas que están realizando para atender a ruidos o hechos triviales que usualmente son ignorados sin problemas por los demás (p.ej. el ruido de un automóvil, una conversación lejana). (Criterio A1h).

Suelen ser olvidadizos en lo concerniente a actividades cotidianas (p.ej. olvidan citas, olvidan llevarse el bocadillo). (Criterio A1i).

En situaciones sociales, los déficit de atención pueden expresarse por cambios frecuentes en la conversación, no escuchar a los demás, no atender a las conversaciones y no seguir los detalles o normas de juegos o actividades (DSM – IV, op.cit).

Resulta evidente que el principal problema de las personas con TDAH, el más sobresaliente y el más duradero, es una alteración de la capacidad para concentrarse en tareas de tipo intelectual, ya que en actividades no estructuradas esta habilidad no se manifiesta. Este trastorno de la atención afecta las capacidades de la memoria, no porque esta esté afectada directamente, si no porque la desatención irrumpe en los mecanismos de almacenamiento y recuperación (cfr. Ávila y Polaiono-Lorente, 2002).

### **3.2.2 Características diagnósticas de la Hiperactividad, según el DSM – IV.**

La hiperactividad puede manifestarse por estar inquieto o retorciéndose en el asiento, a menudo mueve en exceso manos o pies y se remueve en su asiento (Criterio A2a).

No permanece sentado cuando así se espera que lo haga. A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones formales (Criterio A2b).

Los sujetos que sufren este trastorno a menudo corren o saltan excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos pueden limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud) (Criterio A2c).

Suelen tener dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio (Criterio A2d).

Los individuos con este trastorno frecuentemente *están en marcha* o suelen actuar como si tuvieran un motor (Criterio A2e).

A menudo hablan en exceso (Criterio A2f).

La hiperactividad puede variar en función de la edad y el nivel de desarrollo del sujeto; el diagnóstico debe establecerse con cautela en niños pequeños. Los niños pequeños o preescolares con este trastorno difieren de los pequeños normalmente activos por estar constantemente en marcha y tocarlo todo; se precipitan a cualquier sitio, salen de casa sin ponerse el abrigo, se suben o saltan sobre un mueble, corren por toda la casa y experimentan dificultades para participar en actividades sedentarias de grupo en las actividades preescolares (p. ej. escuchar un cuento). Los niños de edad escolar despliegan comportamientos similares, pero usualmente con menos frecuencia que los más pequeños. Tienen dificultades para permanecer sentados, se levantan a menudo, se



Fig. 3.10 La hiperactividad es el componente conductual más llamativo y conflictivo para la familia del paciente.

retuercen en el asiento o permanecen sentados en su borde. Trajinan objetos, dan palmadas y mueven sus pies o piernas excesivamente. A menudo se levantan de la mesa durante las comidas, mientras miran la televisión o durante la realización de tareas escolares. Hablan en exceso y producen demasiado ruido durante actividades tranquilas.

En los adolescentes y adultos, los síntomas de hiperactividad adoptan la forma de sentimientos de inquietud y dificultades para dedicarse a actividades sedentarias tranquilas (DSM – IV, op.cit).

Saldkind y Poggio (1977) midieron el movimiento de niños diagnosticados con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad comparativamente con niños normales, y no encontraron diferencia alguna en lo que se refiere a la cantidad, la disimilitud se hallaba en la calidad del movimiento: el niño TDAH se mueve sin propósito aparentemente útil, *solo por moverse*, en tanto que el resto de los niños lo hacía con un fin lógico o por lo menos intencional. También, estos estudiosos del trastorno encontraron que en un medio estructurado, como es el salón de clases, el infante con TDAH efectivamente se movía en mayor cantidad, mientras que en un medio no estructurado, como es el patio de recreo, la cantidad de movimiento fue similar al resto de sus compañeros.

Se puede concluir que un comportamiento hiperactivo es aquel en el cual los movimientos constantes e incansables del infante parecieran no tener un propósito o un fin, manifiestas en un medio estructurado, lo cual hace de este síntoma componente el más notorio sin lugar a dudas (Wender, 2002).

### **3.2.3 Características diagnósticas de la Impulsividad, según el DSM – IV.**

La impulsividad se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas, dar respuestas precipitadas antes de que las preguntas hayan sido completadas (Criterio A2g).

Los sujetos con este trastorno presentan dificultades para esperar un turno (Criterio A2h) e interrumpir o interferir frecuentemente a otros hasta el punto de provocar problemas en situaciones sociales, académicas o laborales (Criterio A2i).

Los sujetos afectados de este trastorno típicamente hacen comentarios fuera de lugar, no atienden las normas que se les dan, inician conversaciones en momentos inadecuados, interrumpen a los demás excesivamente, se inmiscuyen en los asuntos de los demás, se apropian de objetos de otros, tocan cosas que no debieran, hacen *payasadas*.

La impulsividad puede dar lugar a accidentes, por ejemplo golpearse con objetos, golpear a otras personas o agarrar una cazuela caliente, y a incurrir en actividades potencialmente peligrosas sin considerar sus posibles consecuencias.

Las manifestaciones comportamentales suelen producirse en múltiples contextos, que incluyen el hogar, la escuela, el trabajo y las situaciones sociales. Para establecer el diagnóstico, se precisa que exista alguna alteración en al menos dos de tales situaciones, como se expuso en el criterio C. Es muy poco frecuente que un sujeto despliegue el mismo nivel de disfunción en todas partes o permanentemente en una misma situación. Habitualmente, los síntomas empeoran en las situaciones que exigen una atención o un esfuerzo mental sostenidos a que carecen de atractivo o novedad intrínsecos, por ejemplo el escuchar al maestro en clase, hacer los deberes, escuchar o leer textos largos o trabajar en tareas monótonas o repetitivas.

Los signos del trastorno pueden ser mínimos o nulos cuando la persona en cuestión se halla bajo un control muy estricto, en una situación nueva, dedicada a actividades

especialmente interesantes, en una situación de relación personal de uno a uno (p.ej. en el despacho de un clínico) o mientras experimenta gratificaciones frecuentes por el comportamiento adecuado. Los síntomas tienden a producirse con más frecuencia en situaciones de grupo (p.ej. en grupos de juego, clases o ambientes laborales). Por consiguiente, el clínico debe investigar el comportamiento del sujeto en distintas circunstancias dentro de cada situación (DSM – IV, op.cit).



Fig. 3.11 La impulsividad en los infantes con TDAH se caracteriza por una incapacidad para visualizar las consecuencias de sus actos, dificultad para aplazar respuestas y una baja tolerancia a la frustración.

La literatura abocada al estudio del TDAH, tiende a considerar como parte del concepto global de los trastornos del impulso la baja tolerancia a la frustración. La baja tolerancia a la frustración se refiere a una pobre capacidad para tolerar los fracasos y controlar los impulsos. Es un individuo demandante y exige que sus deseos se cumplan en el acto (Ruiz, op.cit).

El niño TDAH se ve totalmente sumergido en sus emociones, no puede posponer sus sentimientos y deseos y la menor dificultad lo

irrita fácilmente perdiendo el control de sí mismo; esto le acarrea agresividad y dificultades en sus relaciones con los demás.

Tanner y Hanmer (1998) definen la impulsividad como la conducta emitida por un sujeto sin pensar en las consecuencias de éste. La impulsividad hace del niño con TDAH, un niño temerario provocándole no sólo problemas psicosociales sino físicos como lesiones y fracturas frecuentes (Mendoza, op.cit).

### 3.2.4 Subtipos del TDAH, según el DSM – IV.

Aunque la mayor parte de los individuos tienen síntomas tanto de desatención como de hiperactividad – impulsividad, en algunos predomina uno u otro de estos patrones. El subtipo apropiado (para un diagnóstico actual) debe indicarse en función del patrón sintomático predominante durante los últimos seis meses.

El DSM - IV asigna un código a cada subtipo:

- **F90.0 Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo combinado.** Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos 6 meses (o más) síntomas de desatención y 6 meses (o más) síntomas de hiperactividad-impulsividad. La mayor parte de los niños y adolescentes con este trastorno se incluyen en el tipo de combinado. No se sabe si ocurre lo mismo con los adultos afectados de este trastorno.
- **F98.8 Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo con predominio del Déficit de Atención.** Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos 6 meses (o más) síntomas de desatención (pero menos de 6 síntomas de hiperactividad-impulsividad).
- **F90.0 Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo.** Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos 6 meses (o más) síntomas de hiperactividad-impulsividad (pero menos de 6 síntomas de desatención). (ibid.).

### 3.2.5 Procedimiento de tipificación, según el DSM – IV.

Según el DSM-IV algunos sujetos que en un primer estadio del trastorno presentaban el tipo con predominio del déficit de atención o el tipo con predominio impulsivo-hiperactivo pueden llegar a desarrollar el tipo combinado y viceversa. El subtipo apropiado para un diagnóstico actual, debe indicarse a partir del patrón sintomático predominante durante los últimos 6 meses. Si se mantienen síntomas clínicamente significativos, pero ya no se cumplen los criterios de ninguno de los subtipos, el diagnóstico apropiado es el de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en remisión parcial. Cuando los síntomas de un sujeto no cumplen actualmente todos los criterios del trastorno y no queda claro si tales criterios se cumplían con anterioridad, debe diagnosticarse de la siguiente manera:

- **F90.9 Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, no especificado.** Esta categoría incluye trastornos con síntomas prominentes de desatención o hiperactividad-impulsividad que no satisfacen los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (DSM – IV, op.cit).

### 3.2.6 Sintomatología y trastornos asociados al TDAH.

Las características asociadas varían en función de la edad y del estado evolutivo, pudiendo incluir baja tolerancia a la frustración, arrebatos emocionales, autoritarismo, testarudez, insistencia excesiva y frecuente en que se satisfagan sus peticiones, labilidad emocional, desmoralización, disforia, rechazo por parte de compañeros y baja autoestima. Con frecuencia el rendimiento académico está afectado y devaluado, lo que conduce típicamente a problemas familiares y el profesorado. La inadecuada dedicación a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido es interpretada con frecuencia por los demás como pereza, escaso sentimiento de responsabilidad y comportamiento oposicionista.

Las relaciones familiares acostumbran a caracterizarse por resentimientos y antagonismos, especialmente a causa de la variabilidad de las características sintomáticas, lo que facilita la creencia de que todo el comportamiento anómalo es voluntario.

Los sujetos con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad pueden alcanzar niveles académicos inferiores a los obtenidos por los compañeros y conseguir rendimientos laborales inferiores. Su desarrollo intelectual, verificado por test de CI individuales, parece ser algo inferior al de los otros niños, sin embargo ya se ha comprobado que su CI es igual e inclusive superior al de otros compañeritos.



Fig. 3.12 El TDAH generalmente se presenta con trastornos colaterales tales como Problemas de aprendizaje, trastornos del estado de ánimo, etc.

En su forma grave, el trastorno suele ser muy perturbador, afectando la adaptación social, familiar y social. Una sustancial proporción de niños atendidos en centros clínicos a causa de este trastorno sufren también un trastorno negativista desafiante o un trastorno disocial.

En los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad puede presentarse una elevada prevalencia de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del aprendizaje y trastornos de la comunicación.

No es raro este trastorno entre sujetos con trastornos de la Tourette.

Puede haber una historia infantil de maltrato o abandono, diferentes situaciones de adopción o acogida, exposición a neurotóxicos, por ejemplo envenenamiento por plomo, infecciones como la encefalitis, exposición *in útero* a fármacos, escaso peso en el nacimiento y retraso mental (DSM – IV, op.cit).

Los sujetos con TDAH pueden así mismo, presentar torpeza motora o dispraxia e inmadurez perceptual (Uriarte, op.cit.), un patrón comportamental de baja tolerancia a la frustración en el cual el sujeto desconoce su conducta como propia, lo cual es denominado por Wender (1971) como *distonicidad yoica*. En consecuencia, no es de extrañar, como ya se ha comentado, que el menor con TDAH presente dificultades psicosociales y emocionales debido a que en los juegos *no sabe perder*, transgreda las normas sociales debido a su desinhibición.

Jonson (1998) efectuó un estudio en el cual encontró que al parecer las personas con TDAH presentan cierta hipersensibilidad a ciertas texturas en especial las de las prendas de vestir y a ciertos alimentos.

En términos generales, la literatura especializada en este trastorno de inicio en la infancia muestra una gran cantidad de trastornos asociados, por mencionar los menos: Mitomanía, disminución de la capacidad para experimentar el dolor y el placer, rasgos obsesivos-compulsivos, alteración del sueño y la vigilia, labilidad emocional, impredecibilidad de la conducta, sentimientos de culpa, enuresis y más, lo cual permite admitir y apoyar la tesis de la singularidad de cada caso clínico en su sintomatología y por ende en su tratamiento. (Ávila y Polaina-Lorente, op.cit.).

### **3.2.7 Prevalencia del TDAH.**

Se sabe que el TDAH ocurre en distintas culturas, con variaciones en su prevalencia entre distintos países occidentales, probablemente a causa de que las prácticas diagnósticas son distintas, y no a consecuencia de diferencias en la presentación clínica del cuadro.

Es especialmente difícil establecer este diagnóstico en niños de edad inferior a los 4 ó 5 años, porque su comportamiento característico es mucho más variable que el de los niños de más edad, pudiendo incluir características similares a las del TDAH. Además, ciertos síntomas de desatención en niños pequeños o preescolares no suelen observarse con facilidad, puesto que dichos niños habitualmente experimentan pocas exigencias de atención sostenida. Sin embargo, incluso la atención de los pequeños puede mantenerse con cierta persistencia en algunas circunstancias (p.ej. el niño promedio de 2 ó 3 años de edad típicamente puede sentarse junto a un adulto y mirar los garabatos de un libro).

Por el contrario los pequeños con este trastorno se mueven excesivamente y suelen ser difíciles de contener y controlar. En el caso de un niño pequeño, para asegurar la

obtención de un cuadro clínico completo es útil interrogar acerca de comportamientos muy distintos.

A medida que los niños maduran, los síntomas tienden a ser menos conspicuos. En el último período de la infancia y el inicio de la adolescencia son menos frecuentes los síntomas de actividad motora excesiva, de modo que los signos de hiperactividad pueden limitarse a inquietud motora o a un sentimiento interno de desazón (ibid).

En niños de edad escolar, los síntomas de desatención afectan las tareas en clase y el rendimiento académico. Los síntomas impulsivos también pueden dar lugar a alteraciones de las normas familiares, interpersonales y escolares, especialmente en la adolescencia. En la vida adulta la inquietud motora puede dar lugar a dificultades para participar en actividades sedentarias, así como en la evitación de pasatiempos y ocupaciones que permitan pocas oportunidades para el movimiento espontáneo (p. ej. Tareas de despacho). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es mucho más frecuente en varones que en mujeres, con proporciones varón a mujer que oscilan entre 4:1 y 9:1 (en función de si la población es general o clínica). (DSM – IV, op.cit).

Se estima que la prevalencia del TDAH se sitúa en el 3% y el 5% en los niños de edad escolar. Los datos de su prevalencia según el DSM – IV, en la edad adulta y la adolescencia son imprecisos (ibid).

La mayor parte de los padres observan la actividad motora excesiva cuando sus hijos son muy pequeños, coincidiendo frecuentemente con el desarrollo de la locomoción independiente. Sin embargo, puesto que muchos niños pequeños sobreactivos no llegan a desarrollar un TDAH, es preciso ser cauteloso al establecer este diagnóstico en los primeros años de la vida. Habitualmente, el trastorno es diagnosticado por vez primera en los años de la enseñanza elemental, cuando queda afectada la adaptación escolar.

En la mayoría de los casos visitados en centros clínicos, el trastorno se mantiene relativamente estable a lo largo de los primeros años de la adolescencia. En muchos sujetos los síntomas se atenúan a medida que avanza la adolescencia y durante la vida adulta, debido a los cambios bioquímicos de la adolescencia, aunque una minoría experimenta el cuadro clínico completo en plena edad adulta. Otros adultos pueden mantener sólo alguno de los síntomas, en cuyo caso debe utilizarse el diagnóstico de **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en remisión parcial**, o de tipo residual. Este diagnóstico se aplica a sujetos que ya no sufren el trastorno completo, pero que todavía presentan algunos síntomas que causan alteraciones funcionales (ibid).

En lo que respecta al patrón familiar el DSM – IV expone que el TDAH es más frecuente en los familiares biológicos en primer grado de niños con TDAH. Los estudios realizados también sugieren la existencia de una mayor Prevalencia de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del aprendizaje, trastornos relacionados con sustancias y trastorno antisocial de la personalidad en miembros de la familia de personas con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ibid).

### **3.2.8 Diagnóstico diferencial del TDAH.**

Una de las principales problemáticas de este trastorno tan de boga en nuestro tiempo, es que es mal diagnosticado y por ende mal atendido clínicamente, por lo cual es indispensable que el clínico logre efectuar un diagnóstico diferencial que le reduzca la probabilidad de error e incremente las probabilidades de éxito.

Durante la *primera infancia* puede ser difícil distinguir los síntomas del TDAH de ciertos comportamientos propios de la edad en niños activos (p. ej. corretear sin cesar o actuar ruidosamente).

En niños con *CI bajo* situados en centros académicos inadecuados para su capacidad intelectual son frecuentes los síntomas de desatención. Estos comportamientos deben distinguirse de signos similares en niños con TDAH.

En niños con *retraso mental* debe establecerse un diagnóstico adicional de TDAH sólo si los síntomas de desatención o hiperactividad son excesivos para la edad mental del niño. También es común observarse desatención en el aula en infantes con una elevada inteligencia situados en ambientes académicos poco estimulantes.

De igual forma debe el profesional distinguir el TDAH de la dificultad experimentada en comportamientos dirigidos a un objetivo por niños *pertenecientes a ambientes inadecuados, desorganizados o caóticos*.

Los datos suministrados por distintos informadores como niñeras, abuelos o padres de otros niños, son útiles en cuanto que suministran una confluencia de observaciones concernientes a la desatención, hiperactividad y capacidad del menor para autorregularse adecuadamente en distintas situaciones (ibid).

Los sujetos con *comportamiento negativista* pueden resistirse a realizar tareas laborales o escolares que requieren dedicación personal a causa de su renuencia a aceptar las exigencias de otros. Estos síntomas deben diferenciarse de la evitación de tareas escolares observadas con sujetos con TDAH. El diagnóstico diferencial puede complicarse cuando algunas personas con TDAH presentan secundariamente actitudes negativistas hacia dichas tareas y devalúan su importancia, a menudo como una racionalización de su fracaso.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad no se diagnostica si los síntomas se explican mejor por la presencia de *otro trastorno mental*, por ejemplo un trastorno del estado de ánimo, un trastorno de la personalidad, un trastorno disociativo, etc. en dichos trastornos los síntomas de desatención tienden típicamente a un inicio posterior a los 7 años de edad y en general la historia infantil de adaptación escolar no se caracteriza por comportamiento perturbador o por quejas de los maestros concernientes a un comportamiento desatento, hiperactivo o impulsivo.

Cuando coexiste un trastorno del estado de ánimo o un trastorno de ansiedad con un TDAH, debe diagnosticarse cada uno de ellos. El TDAH no se diagnostica si los síntomas de desatención o hiperactividad se producen exclusivamente durante el curso de un *trastorno generalizado del desarrollo* o un *trastorno psicótico*.

Los síntomas de desatención, hiperactividad o impulsividad relacionado con el uso de medicamentos (como los broncodilatadores, isoniacida, acaticia por neurolépticos) en niños menores de 7 años de edad no se diagnostica como TDAH, sino que se diagnostica como *trastorno relacionado con otras sustancias no especificado* (DSM – IV, op.cit.).

El Dr. Víctor Uriarte expone las circunstancias más frecuentes que generan errores diagnósticos de este trastorno:

- 1.- Infantes con un CI inferior e insuficiente, que desarrollan tal cuadro cuando las exigencias académicas van más allá de sus capacidades.
- 2.- Infantes con un CI elevado o con conocimientos suficientes para el nivel en que se encuentran, lo cual hace que concluyan sus trabajos antes que el resto y perturben por su vivacidad, la dinámica del grupo.
- 3.- Niños con un CI normal, pero con dificultades familiares importantes.
- 4.- Niños con buena capacidad intelectual, pero que por diversas razones no se acoplan a un maestro.

5.- Cualquier factor que desencadene ansiedad (compañero agresivo, maestro exigente, estructura escolar demasiado exigente, etc.) (Ibid.).

Es indispensable que el psicólogo clínico y educativo tengan en cuenta estas observaciones para efectuar un adecuado diagnóstico.

### **3.3 Instrumentos de evaluación diagnóstica.**

La naturaleza del trastorno por déficit de atención con hiperactividad hace de éste una patología que debe ser evaluada, diagnosticada y tratada clínicamente de forma multidisciplinaria.

Por ello, el TDAH deberá diagnosticarlo un profesional del comportamiento, un psicólogo clínico o educativo, además puede intervenir en el proceso de evaluación diagnóstica un psiquiatra, un médico y más específicamente un neurólogo, pues en primer lugar deben eliminarse las alteraciones médicas y psicológicas que hacen confuso este síndrome. De igual forma es necesario efectuar un diagnóstico nosológico que incluya antecedentes de desarrollo, inicio y evaluación de síntomas, estudios de laboratorio y pruebas psicométricas. Todo ello con la finalidad de efectuar un diagnóstico diferencial con parasitosis, epilepsia, inmadurez neurológica, hipoacusia, hipotiroidismo, trastornos visuales y deficiencia mental (Mendoza, op.cit).

Lo ideal, es que clínicamente el paciente con TDAH fuera atendido por un cuerpo multidisciplinario que valore y estudie concienzudamente cada caso y así obtener un diagnóstico acertado que finalmente redunde en un tratamiento adecuado.

El principal instrumento clínico empleado mundialmente por psicólogos, psiquiatras, médicos, pedagogos y demás profesionales para diagnosticar el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es el **DSM – IV**, que es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales elaborado por la APA (Asociación Americana de Psiquiatría, 1995).

El maestro Armando Ruiz (1997) sugiere además para su diagnóstico una valoración neurológica, observación clínica, batería psicométrica completa y una adecuada historia clínica.

Uriarte (op.cit.) por su parte propone el siguiente procedimiento de evaluación diagnóstica para este trastorno:

1. Observación clínica.
2. Entrevista y aplicación de cuestionarios a padres y familiares.

3. Historia clínica.
4. Evaluación psicométrica.
5. Diagnóstico en base al DSM – IV.
6. Tratamiento psicopedagógico.
7. Canalización a otro profesional: neurólogo, pediatra, etc.
8. Tratamiento farmacológico.

### **3.3.1 La Observación clínica.**

El TDAH es una patología caracterizada además de los trastornos de la atención, por desórdenes en los procesos cognitivos y perceptuales que producen tanta inquietud en padres y maestros debido a que repercuten directamente en el rendimiento académico, por ello para su detección oportuna es indispensable la observación clínica, la cual sea efectuada por el terapeuta en colaboración con el reporte de padres, familiares, maestros y demás personas que interactúen con el menor.

La detección precoz de posibles problemas de aprendizaje en un infante diagnosticado con TDAH, tendrá que realizarse no sólo a nivel de gabinete, a juicio de Ruiz Anaya (op. cit.), sino también a través de la observación de logros en el desarrollo psicomotor, cognitivo y socioemocional tanto en el aula como en el hogar.

Si se piensa que la maduración hará que el niño esté listo para la experiencia escolar con un buen número de conquistas académicas, la detección de indicadores de riesgo será a través de logros madurativos del sistema nervioso central; sin embargo esta detección temprana deberá hacerse con reservas ya que durante los primeros años de la vida del niño suele ser muy peculiar y discrepante en algunos casos por ejemplo al desarrollar gran habilidad en un área específica (lenguaje) y habilidades limitadas en otra área (motricidad fina).

Algunos indicadores que el terapeuta puede solicitar que observen padres, familiares y maestros son los siguientes:

#### **a) En el Hogar.**

- 1.- Problemas prenatales, perinatales y postnatales.
- 2.- Pobreza en el contacto visual.
- 3.- Impulsividad.

- 4.- Inquietud constante.
- 5.- Atención simultánea de varios estímulos.
- 6.- Incomprensión e incumplimiento de órdenes.

**b) En el aula.**

- 1.- Inquietud. Conductas sin objetivo aparente.
- 2.- Manifestación inadecuada de la agresión.
- 3.- Memoria deficiente.
- 4.- Dificultades en la adquisición de la lectoescritura y en el manejo de conceptos numéricos.
- 5.- Necesidad de supervisión constante.
- 6.- Incomprensión de instrucciones.
- 7.- Incapacidad para esperar turnos.
- 8.- Impulsividad.

**c) Actividades cotidianas.**

- 1.- Hiperverbalización.
- 2.- Falta de modulación en el tono de voz.
- 3.- Incomprensión de cualquier correctivo.
- 4.- Falta de límites en espacios estructurados (restaurante, sala de espera, etc.).
- 5.- No respetan el espacio de los demás.
- 6.- Deambulación sin objetivo.
- 7.- Ansiedad extrema (Ruiz, op.cit.).

El reporte observacional tanto de padres de familia como de profesores, es vital para efectuar el diagnóstico de este trastorno, ya que como se expuso en los apartados anteriores un criterio indispensable de acuerdo al DSM – IV es que las características de inatención, impulsividad e hiperactividad se manifiesten en al menos dos ambientes.

Por otra parte, resulta trascendental que el terapeuta se cerciore de una adecuada comprensión del proceso observacional que se le solicita tanto a padres como a maestros: conductas manifiestas, estados de ánimo, etc. De tal manera que el registro sea lo más objetivo posible.

Aunado al reporte de observación se debe solicitar a los padres el llenado de una serie de cuestionarios que complementan la observación clínica y favorecen un acertado diagnóstico. Existen una gran variedad de formatos de cuestionarios que se solicitan complementen padres y maestros, todos ellos elaborados en base a los criterios diagnósticos del DSM – IV, en la sección final de apéndices se incluyen una muestra de estos cuestionarios.

### 3.3.2 La Historia clínica.

A pesar del gran avance científico y tecnológico existente hoy día en las ciencias de la salud y las ciencias médicas, la historia clínica es hoy día el instrumento más útil que se



*Fig. 3.13 La historia clínica permite identificar las diferentes etapas de desarrollo del TDAH que va presentando el paciente*

halla disponible para elaborar los diagnósticos en psiquiatría y psicología, particularmente con el trastorno que se está abordando.

El TDAH es una de las entidades nosológicas más dinámicas que se conocen, de manera que durante décadas no se pudo percibir el cambio de la patología del estado de ser niño al adulto, dándose por hecho que las alteraciones desaparecían en el transcurso de la adolescencia (Uriarte, 1998). En efecto, es en la adolescencia que gran parte de la sintomatología de muchos trastornos desaparecen, se abaten o bien se incrementan. En lo referente al TDAH, sus síntomas

componentes presentan dicha evolución y dinamismo: la hiperactividad disminuye en la

adolescencia con el advenimiento de las hormonas sexuales, en tanto que la agresividad puede incrementarse y convertirse en un patrón comportamental sumamente desadaptativo, en tanto que la inatención no se modifica.

Durante mucho tiempo se ha tratado de esquematizar las fases de desarrollo del TDAH. Según Wender (op.cit.) existen tres razones fundamentales para explicar los cambios diferentes que sucederán con el TDAH:

- a) Tratándose de inmadurez fisiológica, el mismo tiempo facilitará la incorrección.
- b) Como una respuesta a las conductas inadecuadas, se añadirá una psicopatología.
- c) Dado que los problemas se deben definir socialmente, depende de tal expectativa el que se exprese o no dicha patología.

Realizar una historia clínica adecuada significa escoger, entre los múltiples acontecimientos de la vida de un individuo, aquellos que tengan gran importancia, para con ellos construir un buen diagnóstico y como consecuencia encaminar el objetivo a un tratamiento apropiado.

Uriarte y Gajardo (1981) proponen la guía para elaborar una historia clínica, cuidando de no incorporar algún ítem de ciertas posturas psicológicas que recopilan información innecesaria para la patología que se está abordando. Dicha historia clínica se presentan en los apéndices.

### **3.3.2.1 Etapas de desarrollo del TDAH.**

La consolidación de la historia clínica permite identificar las diferentes fases del trastorno por déficit de atención que ha manifestado el sujeto, su intensidad, así como la edad en que comenzaron a presentarse los síntomas.

Como se mencionó, el TDAH es uno de los trastornos más dinámicos y cambiantes, de tal forma que sus manifestaciones varían de acuerdo con las diferentes transformaciones físicas, psíquicas y ambientales por las cuales atraviesa el individuo (Uriarte, op.cit).

Arnold (1973) señala que las manifestaciones del TDAH aparecen desde el tercer trimestre de embarazo y pueden perdurar hasta la vejez, es decir, que pueden observarse durante toda la vida. Ello no obstante, en la mayoría de los casos la ayuda profesional se requiere sólo por un breve período de la vida, fundamentalmente en la infancia, porque la sintomatología se hace más notoria debido a las condiciones en que el niño es sometido en la escuela con la disciplina y la concentración para las tareas intelectuales (Huessy, 1974).

Durante los tres primeros años de vida, las manifestaciones suelen ser exiguas y por lo general no se requiere tratamiento alguno, inclusive difícilmente se pueden llamar

patológicas. Ross y Ross (1976) señalan que los niños con TDAH manifiestan su inquietud desde el momento en que nacen. Dichas autoras relatan la anécdota de una enfermera pediátrica, quien podría reconocer que uno de los niños que estaba en el cunero era particularmente gritón e inquieto, había dificultad para alimentarlo, bañarlo y sus hábitos de sueño y vigilia mostraban patrones diferentes, aun cuando el niño había nacido de un parto normal. Posteriormente se indagó que este menor presentó problemas de atención en la escuela.

En lo que concierne al grito de los niños TDAH, Wolff (1969) señala que lo emiten con una frecuencia e intensidad mayores.

Nichamin (1972) por su parte, realizó un hipnograma y encontró que el sueño de los niños TDAH es más superficial, se presenta demasiada inquietud, el sujeto puede despertar con mayor facilidad, amanece en posiciones extravagantes y destapado.

Brazelton (1961) señala que los niños con TDAH presentan hipermotilidad al momento de alimentarles, por lo que sus madres tienen que sujetarles con firmeza ante el movimiento de cabeza hacia atrás que efectúan, se tuercen y se escurren por los brazos.

Posteriormente con el inicio del gateo, el infante puede desplazarse a diversos sitios, algunos inclusive de difícil acceso, de tal forma que la madre no logra explicarse cómo se salió de la cuna, bajó las escaleras o como es que ya se encuentra en el patio. Ante todo ello, Greenspan (1979) argumenta que la relación afectiva de la madre con su hijo puede verse afectada, comprometiéndose el factor emocional del menor y por ende de la madre.

No obstante las peculiaridades del niño TDAH, difícilmente se pueden realizar un diagnóstico en el primer año de vida, lo cual dificulta aún más la investigación, el tratamiento prematuro y posiblemente preventivo.

Otro período que requiere de una aproximación más detallada es del 1° al 5° año de vida. Es en este lapso de tiempo que inicia la bipedestación en los infantes, lo cual permite el incremento de los márgenes de desplazamiento, de tal manera que resulta una tarea ardua y difícil el consignar a un niño TDAH en un solo lugar. Esta intranquilidad motora puede hacer que el menor camine a más temprana edad que sus hermanos, actividad que puede sugerir a los padres cierta precocidad en su desarrollo, sin embargo por su misma inquietud, la familia piensa que el niño caminó antes, pues al recordar su gran desplazamiento, lo relacionan con una precocidad que realmente no existió, de manera que al recabar la historia clínica este dato puede sufrir una deformación importante (Uriarte, op.cit.). Estas características, aunadas a la osadía favorecen, como ya se dijo, la

alta frecuencia de accidentes (Nichamin, 1972). El alto riesgo para lesionarse se puede verificar en el interrogatorio a los padres.

En la infancia también destaca la desobediencia patológica, la cual es manifestación directa de la incapacidad del menor para aprender de las experiencias; así el niño puede quemarse o golpearse y continuar realizando la misma actividad de riesgo. Esto puede llevar a la madre o a ambos padres a asumir un patrón de crianza de sobrecontrol y sobrevigilancia (Ross y Ross, 1976).

En lo concerniente al área verbal, Uriarte (op.cit.) informa que la edad en que los niños TDAH emiten sus primeras palabras es igual al del promedio de la población, sin embargo, presentan mayores problemas de pronunciación, así como en la capacidad expresiva global.

Estos resultados confirman lo hallado por Kagan (1971) quien halló en sus estudios que los niños con TDAH presentan dificultades en su comunicación verbal, asignando como factor de riesgo la inadecuada relación entre madre e hijo TDAH. Así mismo, manifiesta que las niñas tienen una mayor capacidad de lenguaje social que los niños varones.

Burns (1972) propone que existe una correlación inversa entre la capacidad verbal y la tendencia a manipular objetos, lo cual significa que en el momento en que el niño incrementa su capacidad para *decir*, inhibe su tendencia de *tocar*. Esta proposición puede dar explicación de la enorme frecuencia con que el niño TDAH coge los objetos que tiene a su alcance, de tal forma que dicha sobremanipulación genera destructividad, problemas en la visualización de límites, reglas y respeto a una figura de autoridad, aunado al rezago verbal.

Drash (1975) recabó anécdotas familiares sobre los niños TDAH de entre 2 y 6 años de edad y encontró que en las múltiples travesuras que con enorme frecuencia emiten, éstos infantes no son conscientes de ellas, así tampoco cuando se lastima a alguien. Ello hace que el menor se convierta en el *terror del vecindario* y causar indirectamente graves dificultades a sus padres.

Otra conducta significativa de este trastorno y que con frecuencia emiten los padres por no considerarla importante, es el marcado egoísmo observado en los niños TDAH, quienes desean tener toda para sí y son poco compartidos. Esta conducta es una expresión directa de los trastornos afectivos que comórbidamente se desarrollan con el TDAH (Mendoza, op.cit.). Por ello, los padres no pueden manifestar su afecto hacia otros de sus hijos en presencia del menor TDAH, ya que éste lo desapruueba y puede llegar a agredir al hermano o enojarse en forma extrema.

Estas conductas van marcando las evidentes dificultades de estos niños para socializarse. Los niños normales excluyen a los niños con TDAH de sus actividades, porque *no saben jugar o siempre quieren ganar* y cuando no lo logran hacen trampa y explotan en rabietas, luego entonces los padres con frecuencia les comparan y el menor puede desarrollar un sentimiento de baja autoestima y demás trastornos emocionales (cf. Uriarte, op.cit.). Pese a la magnitud de los síntomas, tanto padres como maestros no canalizan al menor a un tratamiento psicológico profesional. Por ello, este período del 1° al 5° año de vida se ha conocido como el *período silencioso*.(Ibíd.).

El período comprendido de los 6 a los 12 años, es el periodo de la enseñanza primaria y es el estadio más valorado debido a que en esta edad escolar los padres canalizan al psicólogo clínico o educativo a sus hijos para su tratamiento. Las alteraciones en el comportamiento son evidentes, haciéndose necesario el tratamiento y cuyas características diagnósticas ya se han expuesto.

Según el Dr. Uriarte (Ibíd.) el 75% de los niños TDAH, en sus estudios, acudían a tratamiento clínico entre los 6 y los 9 años de edad por vez primera, principalmente el grupo de los menores de 8 años de edad. Estas cifras coinciden con el estudio realizado por Gross y Wilson (1974), el cual además revela la similitud en las dificultades que afrontan los niños TDAH en diversos países, pese a las diferencias económicas y socioculturales.

Quizá a muchos infantes TDAH se les pueda soportar durante la preprimaria y los primeros años de la primaria, pero en cuanto el maestro se percató de las incapacidades de alumno, así como de su propia incapacidad para ayudarlo, es entonces que se busca ayuda profesional, aunque son pocos los chicos TDAH que son realmente bien diagnosticados y por ende tratados clínicamente para su rehabilitación.

En los estudios antes mencionados, también se puede observar que si se correlaciona la edad con la severidad del padecimiento, se puede percibir que los niños llevados a tratamiento a edades tempranas (5 a 6 años) tienen un grado mayor de patología, en tanto que aquellos llevados posteriormente (de los 9 a los 12 años) mostraban un patrón conductual de patología mínima. Si se correlaciona la edad con el sexo de los infantes, se puede observar que las niñas fueron enviadas más tardíamente que los niños, hallazgo que coincide con el hecho de que ellas generalmente manifiestan menor grado de patología conductual y más bien un trastorno exclusivamente de inatención (Wilens, 2002).

Uriarte (Ibíd.) concluye de su estudio los siguientes datos, de gran relevancia en la consolidación de la historia clínica:

1. Un gran porcentaje de niños TDAH hincan la bipedestación antes que los normales y que éstos muestran una mayor severidad en el trastorno hipermotor.
2. El niño TDAH puede hablar y caminar en un rango tiempo que se puede considerar normal, pero en mayor proporción presentan torpeza en tales ejecuciones que el promedio de infantes. No se tienen hallazgos de que la hipoxia o antecedentes de lesión cerebral puedan generar estos trastornos.
3. El TDAH tiene escasa correlación con una incapacidad esfinteriana completa.
4. En cuanto a la preferencia manual, los casos más graves de TDAH se presentaron en infantes diestros vs los zurdos o ambidiestros.
5. En lo que respecta a la habilidad motriz, se concluye que no hay alteraciones en la motricidad gruesa, pero sí y bastante, en la motricidad fina.
6. El espasmo del sollozo consiste en suspender bruscamente la respiración cuando el niño se enfrenta a una situación desagradable, y se presenta en mayor proporción que los niños normales, pero los niños TDAH con antecedentes de espasmo del sollozo, al menos en este estudio presentaron una mayor tolerancia a la frustración y poco apego a los objetos.
7. Se encontró que los diferentes grado de severidad de la hiperactividad se mejoran con el tratamiento farmacológico.
8. Respecto del número de embarazo se halló que existe más riesgo de TDAH en cualquiera de los 3 primeros embarazos de la madre, por lo tanto:
  - a) Hay mayor riesgo de lesión cerebral por canal vaginal estrecho.
  - b) Mayor riesgo de alteración psicógena, debido a la inexperiencia de la madre.
  - c) Otras causas desconocidas.
9. En lo referente a los hermanos, el autor reporta que a mayor número de hermanos, menores son las manifestaciones del TDAH, ya sea por que realmente disminuya o que se oculte.
  - a) Al observarse a dos pares de gemelos monocigóticos, se pudo constatar que la actividad TDAH parecía alternarse en cada sujeto, la hiperactividad se alternaba, pero los cuatro manifestaron inatención.

- b) La inatención se puede presentar en varios hermanos, pero la hiperactividad sólo en uno, además al trastorno de la atención se le adjudica una mayor carga genética y a la hiperactividad una mayor carga ambiental
  - c) Los chicos TDAH presentan menor tolerancia a la frustración cuando tienen un solo hermano o bien si tienen 5 o más.
10. La sintomatología del TDAH es más severa si el menor es hijo único.
  11. En lo referente al género, la sintomatología del TDAH es más severa en varones y 10 veces más frecuente. En las mujeres aparece más tardíamente y se manifiesta como impulsividad, intolerancia y diversos trastornos de la personalidad. El motivo de consulta clínica es en varones la conducta disruptiva y en las mujeres problemas de atención y aprendizaje.
  12. Las primeras manifestaciones del TDAH aparecen en el tercer trimestre de embarazo y pueden durar hasta la vejez. El 75% de los niños TDAH llevados por vez primera a tratamiento tenían entre 6 y 9 años de edad, siendo el promedio de 8 años.
  13. Respecto del autoconcepto, los niños y adolescentes TDAH se perciben como *latosos, traviesos, malos, no queridos, tontos, sin amigos...* lo cual genera sentimientos de minusvalía. Debido a tal cúmulo de características los niños y jóvenes TDAH se sienten como individuos raros y diferentes. Este autoconcepto se reafirma debido a que no existen terrenos en los que pueda desarrollar un concepto favorable de sí mismo. Las conductas compensatorias para tales sentimientos son con frecuencia negativas y destructivas (cf. Passow, 1972).

En la adolescencia, la hipermotilidad decrece y muestra en mayor medida la agresividad, la impulsividad y los trastornos de la concentración, lo cual se diagnostica como un TDAH residual.

Mendoza (op, cit) y Ruiz (op.cit) expresan que la escuela secundaria y preparatoria constituyen un **desafío** para el joven adolescente, pues en ésta etapa académica se requiere de muchísimo orden, de lo cual carecen éstos muchachos, en síntesis: el adolescente está desorganizado. Se amplían sus círculos sociales: interactúa con muchos chicos de diferentes etnias, costumbres y clases sociales, hay una gran cantidad de maestros con diferentes exigencias y requerimientos, se dan toda una serie de cambios y transiciones que implican un duelo: dejar los privilegios de ser niño para

comenzar a ser adulto, falta de identidad y problemas existenciales, por lo que hay sensaciones de soledad y anonimato, existen enormes presiones sociales de padres, adultos y compañeros, por lo que se desarrolla el sentido de pertenencia e identificación con un grupo de amigos, aunado a los cambios físicos y ansiedades de la adolescencia y el momento de aprender entre el *deber* y el *querer* hacen que los chicos TDAH padezcan estas dificultades y las propias de su trastorno.

En el período de la adultez, la patología se expresa básicamente en conductas antisociales, alcoholismo y rasgos neuróticos (síndrome de Briquet) pérdida del empleo, trastornos emocionales, de ansiedad y de la personalidad. (Uriarte, op.cit).

Finalmente es importante considerar las reacciones emocionales de los padres ante el hecho de tener un hijo que padece TDAH.

Las principales reacciones de los padres y familiares son:

- \*Culpa.
- \*Enojo.
- \*Decepción.
- \*Ansiedad.

Los padres pueden inclusive caer en episodios depresivos debido a las pérdidas constantes, sin ganancias, sin esperanzas ni ilusiones. De ahí que la labor clínica con los padres sea de darles esperanzas e ilusiones. Una técnica altamente efectiva es la del Análisis del error para lograr la auto-corrección: todos nos equivocamos pero debemos darnos el espacio para corregirlo.

El trabajo clínico con los padres debe incluir: Aceptación del problema de su hijo, orientaciones sobre como ayudar al menor y tener paciencia (Mendoza, Ibíd.).

Las reacciones emocionales de los hermanos y otros miembros de la familia pueden ser:

- Temor a tener el mismo problema.
- Culpables por su éxito escolar.
- Celos por que su hermano es más atendido.
- Compasión.
- Rencor hacia él por provocar problemas familiares.
- Culpa.
- Ansiedad.

- La reacción de los abuelos es de decepción por romper la tradición familiar, el abolengo y el prestigio familiar (Mendoza, *Ibíd.*).

Entender todas estas preocupaciones y síntomas, permitirán elaborar una adecuada historia clínica y por ende la formulación de un adecuado tratamiento.

### **3.3.3 Evaluación Psicométrica.**

En el diagnóstico preciso y confiable del TDAH se reviste de gran importancia la evaluación del psicólogo clínico auxiliándose de una batería de pruebas psicológicas además de la historia clínica, que ya se ha expuesto y en donde se valora al niño, obteniéndose así una visión evolutiva del paciente en cuanto a sus habilidades preceptuales, visomotrices, académicas, emocionales, etc.

Existen diversidad de pruebas psicológicas que el psicólogo puede elegir según sean las características específicas del infante a evaluar, como podrían ser la edad del menor, problema por el que le fue remitido, problema conductual, problema emocional, etc. Por lo que la selección de la batería psicométrica está supeditada a las características del paciente y la problemática que presenta.

Las pruebas más socorridas y que arrojan un mayor número de indicadores del TDAH son:

- a) Test Gestáltico visomotor de Laretta Bender.
- b) Test de Percepción visual de Marianne Frostig.
- c) Test de la figura humana de Goodenough – Harris.
- d) Las escalas de inteligencia de Wechsler: WICS – WPPSI.
- e) Pruebas grafoproyectivas (Ruiz, *op.cit.*).

Cabe señalar, que esta serie de pruebas psicológicas si bien no permiten directamente diagnosticar el TDAH, puesto que el principal instrumento es el DSM – IV, si permiten tener un panorama clínico más completo para la estructuración adecuada y funcional del tratamiento clínico.

### 3.3.3.1 Test gestáltico visomotor de Lauretta Bender.

El test Gestáltico visomotor de L. Bender ayuda a descubrir dificultades visomotoras, preceptuales y gestálticas, mismas que se relacionan directamente con las dificultades académicas, sobre todo en la adquisición de la lecto-escritura puesto que impiden la reproducción de tareas de ejecución fina.

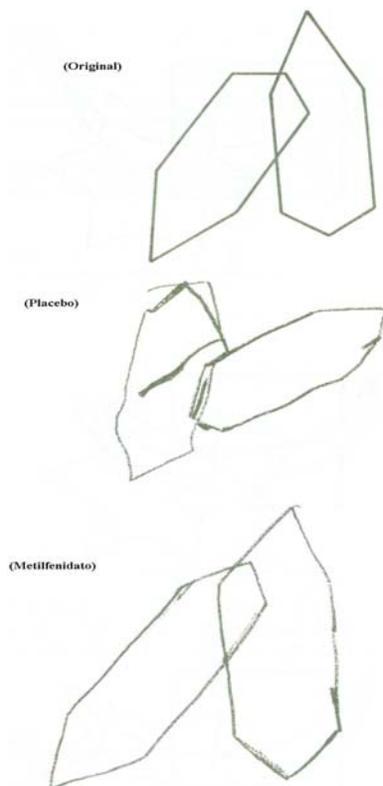


Fig. 3.14 Aplicación del Test de Bender y la mejoría en la ejecución con la administración de medicamentos.

La prueba consiste en mostrar una serie de figuras al menor, mismas que deberá ir copiando.

En la reproducción que el niño TDAH hace de las figuras que conforman este test, las fallas más comunes son:

- a) Rotaciones de más de 45°.
- b) Perseveraciones A y B,
- c) Regresiones.
- d) Distorsión de la forma.
- e) Desproporción de la forma.
- f) Fragmentación y desintegración.

La rotación de una figura afecta principalmente la comprensión y la escritura en un infante. Las fallas de integración, las regresiones y las angulaciones pueden estar relacionados con los errores en la lectura, especialmente en el espaciado entre palabra y palabra, siendo igualmente en la lectura al no hacer alto al leer cada palabra separadamente de la otra.

Cuando existe falla en la capacidad de formar palabras completas y comprender conceptos numéricos se relaciona con una distorsión de la gestalt, es decir, la capacidad de integrar las partes de un todo.

Aunque esta prueba sumamente útil para la predicción de problemáticas en el aprendizaje, no debe abusarse en su administración y en los resultados, sino debe considerársele en conjunto con los resultados de las demás pruebas, la observación clínica, la historia clínica y el DSM – IV.

Además de observar trastornos visomotores, Bender puede ser utilizado para detectar problemas emocionales (Ibíd.).

### 3.3.3.2 Test de Percepción visual de Marianne Frostig.

El Test de Percepción visual de Marianne Frostig, permite obtener básicamente un cociente de percepción visual y arrojar datos más finos del estado de las constancias perceptuales, lo cual permite pronosticar dificultades de aprendizaje, sobre todo en niños preescolares y escolares de 1° años, además de ser de suma utilidad como elemento clínico con niños y adolescentes aun de secundaria cuando existan trastornos graves de aprendizaje.

Las constancias de percepción visual que maneja M. Frostig son:

- a) Coordinación motora de los ojos.
- b) Discernimiento de figuras.
- c) Constancia de la forma.
- d) Posición en el espacio.
- e) Relaciones espaciales.

Las perturbaciones de la percepción visual, como ya se mencionó, parecen contribuir a los trastornos del aprendizaje. La falla en la coordinación motora de los ojos se asocia con dificultades en la escritura. Los

trastornos en el reconocimiento de palabras o letras sugieren problemas de discernimiento de figura y constancia de formas. Las fallas disléxicas en escritura son indicativas de una dificultad en el área de posición en el espacio, en tanto el orden de letras en una palabra indicarían trastornos en el análisis de las relaciones espaciales.

Un niño TDAH aparece en Frostig principalmente afectado en coordinación de los ojos, así como en la posición en el espacio, sin embargo, los trastornos se encuentran en todas las áreas (Ibíd.).

Aunque esta prueba sumamente útil para la predicción de problemáticas en el aprendizaje, no debe abusarse en su administración y en los resultados, sino debe

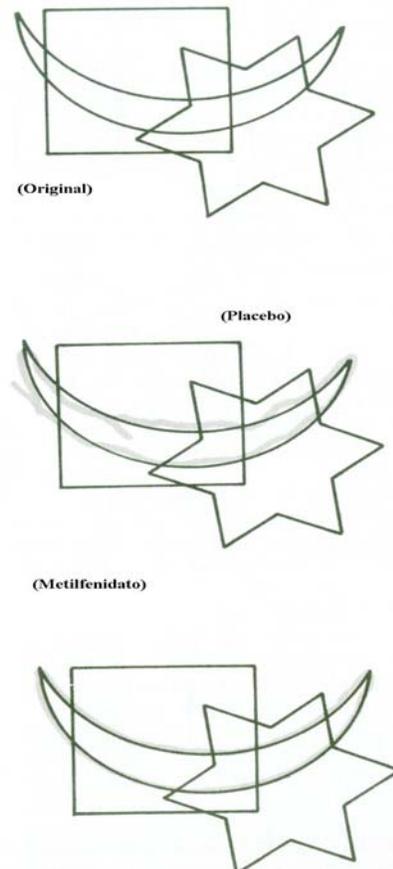


Fig. 3.15 Aplicación del Test de Frostig y la mejoría considerable en su ejecución cuando se administra el tratamiento farmacológico

considerársele en conjunto con los resultados de las demás pruebas, la observación clínica, la historia clínica y el DSM – IV.

### **3.3.3.3 Test de la figura humana de Goodenough – Harris.**

El Test de la figura humana de Goodenough – Harris es una prueba de inteligencia que permite obtener datos relativos a la maduración, a la imagen y al esquema corporal, elementos en los cuales el niño TDAH presenta confusión y distorsión.

Los niños TDAH presentan una figura humana poco integrada y primitiva (Ibíd.).

### **3.3.3.4 Escalas de inteligencia de Wechsler (WISC – WPPSI).**

El WISC y el WPPSI son escalas de inteligencias elaboradas por Wechsler y se utilizan principalmente para obtener un coeficiente de inteligencia necesario en niños TDAH, ya que es bien sabido que si bien su nivel de aprovechamiento académico es bajo o deficiente, su CI es absolutamente normal ya que no se encuentra afectado.

Los subtest que conforman la prueba revelan indicadores del estado de los factores que constituyen los procesos mentales superiores. Se dividen en 2 rubros principales:

- a) La escala verbal: escala relacionada con la habilidad mental que implica pensamiento y uso del lenguaje.
- b) La escala de ejecución: escala relacionada con la capacidad de llevar a cabo tareas específicas o la reproducción de situaciones y objetos concretos.

En el niño TDAH, los protocolos exhiben una discrepancia altamente significativa entre los puntajes verbales y de ejecución, esto quiere decir que su dotación natural se encuentra intacta, sin embargo al tratar de plasmarla en tareas concretas falla considerablemente. Esta baja en los niveles de ejecución puede ser corroborada con Frostig, ya que toda el área se correlaciona con las constancias preceptuales.

Los subtest del WISC que generalmente se encuentran alterados en este trastorno son:

- a) Comprensión: ya que su capacidad de juicio es pobre, no piensan en la consecuencia de sus actos, no saben resolver problemas.

- b) Retención de dígitos: fallan en la atención debido al estado ansioso, por lo que hay pobre memoria inmediata.
- c) Aritmética: en algunos casos hay errores en el cálculo numérico (discalculia) fallando en la concentración y mal manejo de conceptos numéricos.

En lo que se refiere a la escala de ejecución, se podrían encontrar indicadores de problemas de aprendizaje en los siguientes subtest, ya que hay que recordar que los mayores problemas en los infantes TDAH se encuentran en esta área.

- a) Ensamble de objetos: pobre participación y planeación debido a la impulsividad y dificultades visomotoras.
- b) Diseño con cubos: la falta de atención y la impulsividad provocan errores en los procesos analíticos - sintéticos. Se presenta también una pobre coordinación visomotora y baja tolerancia al fracaso, pues renuncia rápidamente a nuevos intentos de fallar en la percepción visual.
- c) Símbolos y dígitos (claves): es un indicador significativo en este síndrome, pues lo que se evalúa es la coordinación visomotriz.
- d) Ordenamiento de figuras: el área de constancias preceptuales visuales se encuentra en desventaja, el pensamiento es eminentemente concreto, además de una falla importante en la interpretación de situaciones sociales.
- e) Figuras incompletas: la inatención influye directamente en este subtest, pues no presta atención a los detalles, no es capaz de establecer jerarquías. Ni tampoco de observar.

En el test de inteligencia para el nivel preescolar WPPSI, los subtest que se observan alterados significativamente son los mismos que en WISC, solo que en el anterior cambian de nombre, aunque se miden las mismas funciones, por lo que solo se mencionaran los nombres de cada categoría.

- a) Casa de animales (claves).
- b) Figuras incompletas.
- c) Laberintos.
- d) Diseños con prismas (Ibíd.).

### 3.3.3.5 Pruebas grafoproyectivas.

Las pruebas grafoproyectivas se basan principalmente en los principios de la proyección, es decir, el niño proyecta en el papel su dinámica de personalidad, claro está que todo en el marco de la teoría psicoanalítica.

Estas pruebas pueden ser las siguientes:

- a) Test de la figura humana.
- b) Test del árbol.
- c) Test de la familia.

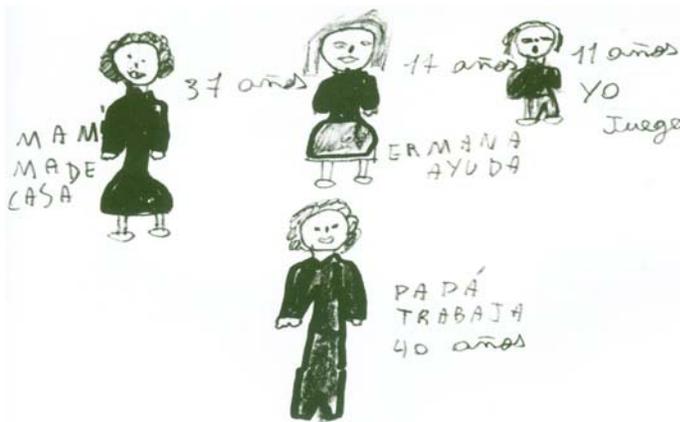


Fig. 3.16 El empleo de las pruebas proyectivas es útil en el diagnóstico del TDAH, ya que además de sus objetivos permite corroborar los datos obtenidos en otras pruebas psicométricas.

Pero además de este uso, estos test sirven para corroborar datos observados en Bender, Frostig y WISC. Los niños TDAH dibujan la figura humana desarticulada, líneas remarcadas o contornos confusos y sus historias son fantasiosas, a veces negativas e inmaduras, además de plasmarse como se vive respecto a su familia.

Por lo tanto, en una batería de pruebas psicológicas siempre es necesario incluir este tipo de test y de que el niño TDAH no sólo lucha con sus problemas de aprendizaje, sino también con los trastornos emocionales que no es más que una larva del síntoma (Ibíd.).

El empleo de pruebas psicométricas permite además identificar el tipo de funciones ejecutivas que están afectadas y que se deben rehabilitar. Bauermeister (1999) plantea que las funciones ejecutivas son actividades mentales complejas necesarias para planificar, organizar, guiar, revisar, regularizar y evaluar el comportamiento necesario para alcanzar metas. Estas funciones comienzan a desarrollarse a partir del primer año de vida (Barkley, 1998) y continúan su desarrollo hasta la adolescencia. De esta forma, las funciones ejecutivas permiten autorregular el propio comportamiento, esto es, permiten al individuo guiar sus propias acciones más por las instrucciones que se proporciona el mismo que por las influencias externas. En el caso de los individuos con TDAH estas funciones ejecutivas están afectadas. Las principales funciones ejecutivas que están afectadas en los sujetos con TDAH, son:

1. *Memoria de Trabajo*. Esta función consiste en la habilidad para retener en la mente aquella información necesaria para guiar las acciones de la persona (Barkley, et.al.).
2. *Lenguaje interno*. Es la función que consiste en la voz privada de la mente que se usa para conversar con uno mismo y autocontrolar y dirigir la propia conducta (Ibíd.).
3. *Autorregulación de las emociones, la motivación y la habilidad para solucionar problemas*. Son algunas otras de las funciones ejecutivas afectadas en los individuos con este trastorno y que generan baja tolerancia a la frustración y labilidad emocional. (Ibíd.).

En conclusión, el Diagnóstico del TDAH es un proceso difícil y complicado, el cual requiere de competencia y profesionalismo clínico en base a la observación clínica, la historia clínica, los resultados aportados por la batería de pruebas psicológicas y el DSM – IV, pues de un acertado diagnóstico pende un efectivo tratamiento.

Por otra parte, es indispensable que el clínico considere siempre que el ser humano es una entidad compleja bio-psico-social y que por ende descarte todo problema de carácter orgánico: como hipoacusias, discapacidad visual, retraso mental, etc. por lo que es indispensable que para efectos del diagnóstico que si existe la sospecha de alguna otra discapacidad, canalice al paciente al profesional de la salud competente: médico general, pediatra, oftalmólogo, otorrinolaringólogo, etc. (Cf. Gelpí, 2000).

## CAPÍTULO 4 TRATAMIENTO CLÍNICO DEL TDAH

*El cuarto capítulo se avoca al estudio de las diferentes alternativas de intervención y tratamiento multidisciplinarias del TDAH, dada su naturaleza. Se especifican los procedimientos terapéuticos farmacológicos, psicopedagógicos, psicoterapéuticos y la orientación a padres de familia y profesores.*

---

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es una patología, que dada su naturaleza etiológica y sintomatológica, requiere de un tratamiento clínico multidisciplinario. El tratamiento indicado para un niño con TDAH, es un tratamiento con base farmacológica paralelo a un entrenamiento psicopedagógico.

Vale decir, que existe la creencia, un tanto ingenua, de que el tratamiento con base a fármacos puede producir fármaco dependencia, sin embargo no hay nada más errado que esta concepción si se recuerda que la etiología remite principalmente a un desorden neurológico (Ruiz, op.cit.). La estructuración de la terapia psicopedagógica se efectúa en función de la magnitud y la calidad de las dificultades de aprendizaje y emocionales que un individuo presente, de ahí que cada caso necesita de un programa especial y un abordaje específico (Mendoza, op.cit.).

Las tareas de regularización y las tareas adicionales, ilusoriamente mejoran estos problemas; lejos de lograrlo únicamente agotarán al menor ya que le reforzarán su poco éxito (o su fracaso) ante las actividades académicas.

Por otra parte, es importante resaltar que previo a la implementación del tratamiento psicopedagógico y farmacológico, se debe canalizar al individuo a una revisión médica general y si es el caso, a efectuarse pruebas de laboratorio, con el fin de descartar problemas fisiológicos tales como hipoacusia, problemas visuales, etc. Es entonces en el tratamiento de los niños e individuos TDAH, indispensable la comunicación entre especialistas, padres y maestros, ya que solo de esta forma integral podrá superarse este trastorno y desarrollar en los sujetos pautas de comportamientos funcionales y adaptativos, mejorando con ello su calidad de vida, que es el fin último de toda terapéutica.

## 4.1 Tratamiento Psicopedagógico del TDAH.

Si se observan los resultados obtenidos en la valoración académica de los niños TDAH, será fácil concluir que la mayoría requiere un apoyo psicopedagógico adicional a la instrucción que llevan en la escuela. Esta ayuda depende de la magnitud y calidad de las dificultades encontradas, lo cual significa que cada uno necesita un programa especial y un abordaje específico para el trastorno o trastornos que manifieste. Tal intervención va desde el simple consejo profesional a padres y maestros, hasta una terapia bien estructurada que tenga como fin subsanar el trastorno específico o inespecífico de aprendizaje, en cuyo caso se requiere que el menor asista a un centro psicológico especializado (Uriarte, op.cit).

No está por demás insistir que la inmensa mayoría de los niños TDAH pueden asistir a una escuela normal con tratamiento adecuado, con ello se evitará el deterioro en sus relaciones sociales y problemas psicosociales posteriores, pues desenvolverse en estos marcos de referencia optimizan su desarrollo, además de que permiten que el menor tenga tiempo libre, imprescindible para su edad.

La única indicación para que un niño TDAH asista a una escuela de educación especial es que además de la sintomatología típica presente:

- a) Disminución de sus capacidades mentales.
- b) A pesar de los procedimientos terapéuticos, el cuadro se muestra resistente (Chess, 1972).

Se deberá tomar en cuenta que las dificultades de aprendizaje se acumulan, de modo que cuanto más temprana sea la intervención de este trastorno, el individuo tendrá mayores expectativas de rehabilitarse y emparejarse con sus compañeros (Wender, op.cit.).

En caso de que el trastorno sea moderado o severo, será poco probable de que el menor permanezca en terapia sin la ayuda de medicamentos y de manejo conductual, todo en consonancia con la ayuda de los padres y familiares, ya que sin su apoyo, cualquier intervención profesional es infructuosa.

Cabe resaltar aquí, que en los estudios del Dr. Uriarte (Ibíd.), se propone que el tratamiento idóneo para la rehabilitación clínica de los menores TDAH es la terapia psicopedagógica y el tratamiento farmacológico es necesario sólo después de haber corroborado su necesidad por los resultados relativos de la terapia psicopedagógica.

De ahí que se pueda postular que el TDAH es primero que nada un problema psicopedagógico, luego entonces el entrenamiento en las diferentes áreas cognitivas deficitarias generará una activación neuronal de las áreas del encéfalo comprometidas con la atención y el control de impulsos. Son entonces tres las disciplinas científicas primordiales en la rehabilitación y tratamiento del TDAH: la Psicología, la Pedagogía y la Medicina.

A continuación se presentan algunas de las alternativas psicopedagógicas con mayor éxito en el tratamiento del TDAH.

### **4.1.1 Entrenamiento psicomotor.**

Este procedimiento tiene su fundamentación teórica en la presunción de que la inmadurez neurológica, entre la cual se incluyen trastornos del aprendizaje y de la conducta, es producto de la falta de experiencia o atrofia de las habilidades motoras, cuyo desarrollo es secuencial (Uriarte, op.cit.), esto quiere decir, que para que un niño tenga la madurez suficiente a su capacidad de aprendizaje, necesita como requisito previo dominar ciertas habilidades motoras, entre las que se incluyen la dominancia o lateralidad (mano, pie y ojo), la coordinación y orientación espacial (derecha – izquierda), etc. (Ibíd.).

De acuerdo con tal concepto, el tratamiento se encamina a ejercitar diversas actividades motoras, para corregir las alteraciones que el niño presenta, al proporcionarle los ejercicios que requiere, según el grado de evolución alcanzado.

De esta manera, se supone que al incrementar el dominio de tales habilidades, el niño mejorará el desarrollo organizativo cerebral en su conjunto. Los ejercicios son múltiples y principalmente consisten en gatear, arrastrarse, caminar en línea recta, brincar, trepar, seguir determinado ritmo, pisar sitios específicos, etc. (Ibíd.).

Ruiz (op.cit) al respecto expone que si un infante presenta una integración inadecuada de su esquema corporal, este repercutirá en su desarrollo motriz, emocional, académico y social. De ahí que sea esencial el trabajo terapéutico de la psicomotricidad y el esquema corporal con el niño TDAH. Se debe recordar, que antes que nada en estos infantes lo que se va a entrenar son lapsos de atención gradualmente mayores.

Se pueden iniciar las sesiones con actividades en donde se encuentren involucrados actividades donde el niño use todo su cuerpo y materiales de reuso como: aros, cámaras

de llanta, latas, botes, globos, envases, periódicos, etc. desarrollando algunos de los ejercicios siguientes:

Con globos se puede desarrollar el tono muscular de esta forma:

- Solicitar al infante que aviente los globos sin dejarlos caer.
- Pedirle al menor que aviente un globo y mientras cae baile al ritmo de la música que se le ponga.
- Que sostenga los globos entre los brazos y/o entre las piernas y siga con sus propios movimientos la música que escucha.

Estos ejercicios además permiten el desarrollo de la atención y la coordinación visomotriz al observar el movimiento de los globos, los cuales debe pedírsele a los padres ponerlos en práctica en casa (Ibíd.).

De igual forma con periódico se pueden realizar algunas actividades que optimizan el desarrollo psicomotor:

- Hacer bolas de periódico.
- Rasgar hojas de periódico con ambas manos, etc. (Ibíd.).

Nieto (1994) argumenta que el movimiento es el justo medio entre equilibrio y desequilibrio, la toma de conciencia de uno y otro ayuda al desarrollo corporal y psicológico del niño. De esta forma, el equilibrio y el entrenamiento de esta habilidad motriz, permite el desarrollo del fortalecimiento de los músculos y el dominio general del cuerpo, es decir, el desarrollo del esquema corporal.

Las actividades a desarrollar son las siguientes:

- Solicitarle al menor que: camine normalmente, camine despacio, rápido, en un pie, haga maromas, se acueste, se siente, se pare, se hinue.
- Posteriormente, se le solicitan las mismas actividades, pero siguiendo el ritmo de una melodía.
- Que el menor camine sobre objetos, grandes, medianos y pequeños gradualmente.
- Camine con los ojos cerrados en uno y dos pies (Ibíd.).



Fig. 4.17 El entrenamiento psicomotor es un elemento indispensable en la rehabilitación integral de los infantes que padecen el TDAH.

- La pelota ofrece múltiples posibilidades de utilización para desarrollar la coordinación dinámica general, esquema corporal, lateralidad, coordinación visomotriz, ubicación espacial y seguimiento de órdenes verbales:
- Rodar una pelota sobre la superficie de una mesa de un lado a otro, para que el menor pueda enfocar su atención a ésta.
- Una pelota mediana amarrada a un cordón y suspendida al quicio de una puerta es ideal para que el menor trate de empujarla con sus manos (Mendoza, op.cit).

Narvarte (2001) por su parte, hace el planteamiento de *inmadurez psicomotora*. La noción de inmadurez hace referencia a cierto retraso con relación a la media estadística o inestabilidad con respecto a la misma. La inmadurez psicomotora aparece en el marco del desarrollo psicosocial y es muy común en los sujetos con esta patología.

Para su diagnóstico, esta autora propone una evaluación psicopedagógica en base a las siguientes pruebas psicométricas: Test de Bender y el Test de Filho, y para su tratamiento sugiere rehabilitar las alteraciones madurativas en las áreas siguientes:

- *Coordinación visomotora*. Trabajar esta función por medio del copiado de dibujos y figuras simples tales como: cuadros, triángulos, círculos, etc.
- *Memoria inmediata*. Función cognitiva que puede desarrollarse a través de la observación de una lámina con cierto número de figuras (5 ó 7) durante unos 30 seg. Y posteriormente pedir al menor que nombre los dibujos que observó.
- *Memoria motora*. Esta habilidad sugiere la autora desarrollarla a través de dibujar en el aire o en una *pizarra mágica* ciertas figuras.
- *Memoria auditiva*. *Memoria lógica*. Estas funciones se trabajan a través del relato de un cuento que contenga 3 cualidades y 3 acciones y luego pedir al menor que lo narre.
- *Coordinación motora*. La coordinación motora se puede desarrollar a través del recorte y/o picado de ciertas figuras tales como líneas onduladas, quebradas, rectas y mixtas (Ibíd.).

Otra serie de trastornos de la psicomotricidad muy comunes en los individuos con TDAH en edad escolar son:

- *La apraxia*: la cual se define como un trastorno de la eficiencia motriz. Se observa como torpeza, inhabilidad y lentitud manifestada por el menor en el manejo de su cuerpo y materiales.
- *La dispraxia*: la cual se define como un trastorno de la organización del movimiento (Ibíd.).

Para su tratamiento, Narvarte (op.cit.) sugiere una rehabilitación psicomotriz, la cual depende del diagnóstico diferencial. Algunas actividades pueden ser: repasar con color toda clase de líneas de un dibujo, delinear figuras geométricas, pegar papelitos en un figura similar a otra en base a una consigna dada, copiar ciertas figuras con líneas mixtas, recortar y armar rompecabezas, unir puntos para formar ciertas figuras, bordar sobre ciertos puntos distribuidos en una hoja de papel, juegos y actividades en los cuales se desarrolle el esquema corporal del infante, ejercitamiento en la estructuración del ritmo, desplazamiento en el espacio y ejercicios de relajación (Ibíd).

Para el desarrollo de la lateralidad (definida como la dominancia de miembros inferiores y superiores en derecha o izquierda) se sugieren las siguientes actividades: tocarse el ojo derecho, el ojo izquierdo, el lóbulo izquierdo y derecho de los oídos, levantar la mano derecha o izquierda, levantar el pie izquierdo o derecho, colorear en un dibujo la mano derecha o izquierda, etc. (Ibíd).

El entrenamiento psicomotor es esencial para rehabilitar las áreas académicas con déficit, lo cual a su vez mejorará la autoestima del menor al incrementarse el éxito en sus actividades escolares.

#### **4.1.2 Entrenamiento en habilidades matemáticas, de lectoescritura y procesamiento perceptual.**

Una parte esencial del tratamiento psicopedagógico es la rehabilitación de la lectoescritura, las matemáticas y el procesamiento perceptual.

Esta serie de tratamientos presentan como fundamento el que aquellos niños que manifiestan alguna dificultad importante en el reconocimiento, organización e integración de la información sensorial tendrán dificultades en su aprendizaje, sobre todo en la lectoescritura, de este modo, si se favorecen sus habilidades perceptomotrices, superará sus problemas académicos (Uriarte, Ibíd.).

Uno de los procedimientos mejor difundidos es el de Frostig y Horne (1974), quienes primero que nada hicieron una valoración en áreas como la coordinación motora, la diferenciación figura fondo, la constancia de la forma y la relación espacial. Después de obtener un perfil de los déficit, se efectúan diversos ejercicios con el fin de superar las incapacidades registradas.

Un trastorno académico de la lectoescritura muy común en los infantes con esta patología es la Dislexia. La dislexia se define como una dificultad en la ejecución y expresión de la lectoescritura, denunciada por errores gráficos (Narvarte, 2001).

Los errores más comunes son:

En Escritura:

- Rotaciones.
- Inversiones.
- Confusiones.
- Omisiones
- Agregados.
- Contaminaciones.
- Distorsiones.

- Disociaciones.

En Lectura:

- Lectura lenta.
- Dificultosa.
- Incomprensiva.
- Silábica.
- Perseverante.

El tratamiento que la literatura reporta como el más apropiado se basa en la ejercitación y en la marcación del error cada vez que el menor lo comete. La ejercitación sugerida se puede realizar en las siguientes áreas:

- Ejercicios sensoperceptuales y motrices.
- Ejercicios del dominio del esquema corporal.
- Ejercicios del ritmo.
- Ejercicios de coordinación visomotriz.
- Ejercicios de lenguaje.
- Ejercicios de estructuración espacial y temporal.
- Ejercicios de iniciación a la lectoescritura.
- Ejercicios de atención y memoria.
- Ejercicios de lateralidad.

Ejemplo de algunos ejercicios sugeridos son: memotest, juegos de memoria, apareamiento de palabras con fichas, secuencias espacio- temporales, formar palabras,

ordenar y completar oraciones, contar, escribir y complementar cuentos, señalar en varios dibujos situaciones inapropiadas, señalar letras de ciertas palabras dadas, unir dibujos con sus nombres escritos, unir palabras, unir números, etc. (Ibíd).

Siguiendo la cadena aparecerá una palabra. Cada cadena comienza en la sílaba resaltada.

Copio las palabras que encontré:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Resuelvo el crucigrama:

Fig. 4.18 Ejemplo de los ejercicios que se emplean en la rehabilitación de la lectoescritura.

Fuera del ámbito escolar, la familia puede realizar actividades lúdicas, para complementar el tratamiento tales como: rompecabezas, memotest, juegos de apareamiento, crucigramas, mímicas, teléfono descompuesto, armado de historias, dominós, etc. (Ibíd).

Otro trastorno escolar que muy frecuentemente se presenta en los infantes en edad escolar, así como en los niños TDAH es la disgrafía. La disgrafía es un trastorno que se

caracteriza por una escritura defectuosa sin que exista compromiso neurológico. Se caracteriza por:

- Lentitud al escribir.
- Letra ilegible.
- Mal manejo del lápiz.
- Postura inadecuada.
- Desorientación espacio temporal.
- Trastorno del ritmo.
- Escritura rígida.
- Escritura torpe.
- Extrema meticulosidad (Ibíd).

El tratamiento de la disgrafía implica las siguientes áreas:

- Psicomotricidad global y fina. La ejercitación psicomotora implica enseñar al niño cuales son las posiciones adecuadas:
  - a) Sentarse bien, apoyando la espalda en el respaldo de la silla.
  - b) No acercar mucho la cabeza a la hoja.
  - c) Acercar la silla a la mesa.
  - d) Colocar el respaldo de la silla paralelo a la mesa.
  - e) No mover el papel continuamente, pues los renglones saldrán torcidos.
  - f) No colocar los dedos muy separados de la punta del lápiz, de lo contrario éste baila y el menor no controla la escritura.
  - g) Si se acercan mucho los dedos a la punta del lápiz, ya que no se ve lo que se escribe y los dedos se fatigan.
  - h) Colocar los dedos sobre el lápiz a una distancia aproximada de 2 a 3 cm de la hoja.
  - i) Si el niño escribe con la mano derecha, puede inclinar ligeramente el papel hacia la izquierda.
  - j) Si el niño escribe con la mano izquierda, puede inclinar ligeramente el papel hacia la derecha.
- Percepción. Las dificultades perceptivas (espaciales, temporales, visomotrices, atencionales) son causantes de muchos errores de escritura. Se deberá

trabajar la orientación rítmico - temporal, atención, identificación de la figura - fondo, reproducción de modelos visuales, entre otros.

- Visomotricidad. El objetivo de este tratamiento es mejorar los procesos oculomotores que facilitan el acto de la escritura. Algunas actividades a desarrollar son: perforado con punzón, recortado con tijera, rasgado con los dedos, ensartado, modelado con plastilina y relleno o coloreado de modelos.
- Grafoescritura. Este punto de la reeducación pretende mejorar la ejecución de cada una de las *gestalten* que intervienen en la escritura, es decir, de las letras del alfabeto. La ejercitación consiste en caligrafía.
- Perfeccionamiento escritor. La ejercitación consiste en mejorar la fluidez escritora, corrigiendo los errores. Las actividades que se pueden realizar son: unión de letras y palabras, inclinación de letras y renglones, trabajar con cuadrículas.
- Relajación. Luego de efectuar los ejercicios de rehabilitación psicomotora, se debe disponer de 10 minutos para la relajación:
  - a) Tocar las yemas de los dedos con el dedo pulgar. Primero se hace despacio y luego a mayor velocidad. Después con los ojos abiertos y cerrados.
  - b) Unir los dedos de ambas manos. Primero se hace despacio y luego a mayor velocidad. Después con los ojos abiertos y cerrados.
  - c) Apretar los puños con fuerza, mantenerlos apretados contando hasta diez y luego abrirlos (Ibíd).

Un trastorno escolar muy frecuente en los infantes con TDAH en edad escolar, es la discalculia. La discalculia es un trastorno que se caracteriza por dificultades en el grafismo de los números o la interpretación de las cantidades y dificultad en los mecanismos matemáticos y en las operaciones y actividades de comprensión aritmética (Ibíd).

Para este trastorno escolar, el tratamiento es individual y en un primer momento, el niño deberá realizar las actividades junto a un maestro de apoyo, terapeuta o bien con la familia (previo entrenamiento escolar). Después de un período de trabajo conjunto se impulsará al niño a la práctica. Todos los ejercicios de rehabilitación matemática deben presentar inicialmente un atractivo interés para que el niño se predisponga al

razonamiento, en primer término por agrado o por curiosidad y luego proceder al razonamiento matemático.

En ausencia de trastornos orgánicos graves, hay que proceder a la reeducación, con el empleo progresivo de objetos que se ponen en relación con el símbolo numérico, para instaurar en el individuo la noción de cantidad y la exactitud del razonamiento. La adquisición de destrezas en el empleo de relaciones cuantitativas es la meta de la enseñanza a niños discalculicos.

A veces es necesario comenzar por un nivel básico no verbal, donde se enseñan los principios de la cantidad, orden, tamaño, espacio y distancia, con el empleo de material concreto.

Los procesos de razonamiento, que desde el principio se requieren para obtener un pensamiento cuantitativo, se basan en la percepción visual por bloques, tablas de clavijas, etc., además hay que enseñar al niño el lenguaje de la aritmética: significado de los signos, disposición de los números, secuencia de pasos en el cálculo y solución de problemas (Ibíd).

Algunas de las actividades a desarrollar en el trabajo terapéutico de la discalculia son:

- Juegos con tablillas para ordenar de menor a mayor con 1 cm de diferencia entre cada uno.
- Juegos con tableros perforados y clavija de madera.
- Set de animales de goma o cartón en diferentes tamaños, para la sucesión ordinal.
- Tablero con cuentas y sus resultados en fichas.
- Tableros de números para empotrar.
- Tablero metálico para empotrar.
- Tablero metálico con números y signos con imán.
- Resolución de series de sumas, restas y demás operaciones que se complejizarán gradualmente.
- Ejercicios de unir puntos para formar una figura, pero restando cierto número.
- Series de problemas con dibujos y objetos reales, etc. (Ibíd.).

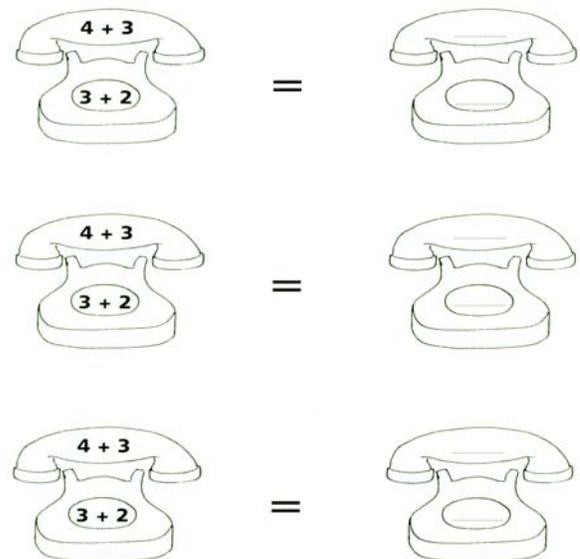


Fig. 4.19 Ejemplos de ejercitamiento en habilidades matemáticas como parte del tratamiento integral del TDAH.

Las alteraciones en la lectura, también presentan un alta frecuencia como trastorno escolar en estos infantes. La lectura se presenta contaminada por diversos errores que distorsionan el aspecto expresivo y comprensivo de la misma.

Narvarte (Ibíd) expone 4 tipos de errores de la lectura:

- *Lectura carencial o disléxica.* Caracterizada por aparición de varios errores en el proceso de leer: omisión de letras, sílabas o palabras, confusión de letras o sonidos o formas semejantes, cambiar de lugar las letras o la sílabas, etc.
- *Lectura con fallas en el ritmo.* Es la lectura caracterizada por la aparición de la arritmia. Puede ser:
  - a) Lectura bradiléxica. El alumno lee lentamente, con mucha pausa aunque sin error.
  - b) Lectura taquiléxica. El infante se apresura en su lectura, se apresura demasiado.
  - c) Lectura disrítmica o desordenada. Gran desorden al leer, de pronto lee rápido y luego muy lento, pero siempre sin guardar el orden, ni respetar las pausas y los signos de puntuación.
- *Lectura de fallas del conocimiento.* Es la lectura caracterizada por:
  - a) Lectura mnésica. El alumno memoriza la lectura y aparenta leerla correctamente, pero si se le pide que lea otro texto, fracasará.
  - b) Lectura imaginaria. Este tipo de lectura es la que realizan los niños pequeños, quienes no saben leer y para hacerlo observan una láminas con dibujos, efectuando más bien una descripción.
- *Lectura con trastornos en la globalización.* Lecturas con las siguientes características:
  - a) Lectura arrastrada. Infantes con trastornos de dismetrías oculomotoras o trastornos del campo visual que están impedidos de percibir en forma global las palabras que leen. De ahí que prolonguen la pronunciación de la sílaba o la repitan, para ir abarcando con la vista el resto de la palabra que al fin leen.
  - b) Lectura repetida. Estos infantes repiten en voz alta varias veces las primeras sílabas.

- c) Lectura repetida silenciosa. El alumno realiza las repeticiones en voz baja, para después leer correctamente.
- d) Lectura de tipo mixta. Se trata de una lectura arrastrada y silenciosa (Ibíd.).

El tratamiento de la lectura se puede realizar en pequeños grupos de trabajo (3 ó 4) si comparten la misma problemática, además de que ello ayuda a evitar recaídas en el tratamiento al pasar de la situación terapéutica del consultorio en el que se trabaja de manera individual, a la situación social del salón de clases. Sin embargo, se debe recordar que es esencial la supervisión individual, ya que no todos los niños tienen el mismo tipo de trabajo.

Los ejercicios de lectura también se gradúan por complejidad:

- Nivel 1: Lectura de letras.
- Nivel 2: lectura de sílabas simples.
- Nivel 3: Lectura de sílabas compuestas.
- Nivel 4: lectura de palabras.
- Nivel 5: Lectura de textos (Ibíd.).

Por otra parte, el tratamiento psicopedagógico también debe incluir un entrenamiento de una de las funciones intelectuales que se halla seriamente afectada: la atención.

La atención es una función cognitiva caracterizada por la concentración selectiva de la actividad mental. La actividad general queda inhibida, a excepción de un sector que se concentra en la eficacia, ya sea de la percepción, de la psicomotricidad, de las ideas, etc. La atención puede ser espontánea o voluntaria y varía según las posibilidades de cada individuo, por la motivación y por la que estimulación que éste reciba. De esta

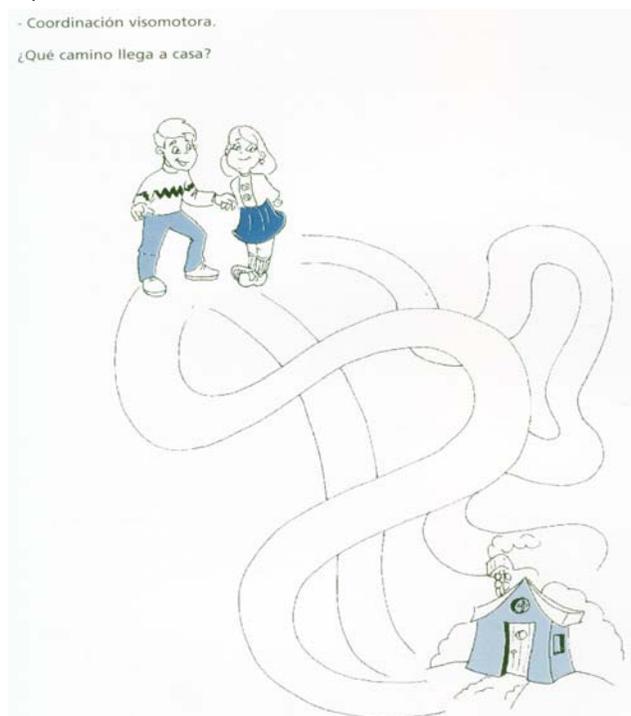


Fig. 4.20 Ejemplo de ejercitamiento visomotriz.

forma, la fatiga, la depresión y el agotamiento comprometen el mantenimiento de la atención y necesitan un esfuerzo excesivo, de ahí la importancia (que como ya se desarrolló en capítulos anteriores) de un diagnóstico diferencial (Ibíd.).

El entrenamiento de la atención requiere de un entrenamiento que genera cada vez mayor exigencia atenta. Algunas actividades a desarrollar son: buscar diferencias en dibujos simétricos, completar series, etc.

El entrenamiento y la reeducación en todas estas áreas cognitivas es un proceso cuyo éxito radica en una buena estructuración terapéutica y la obtención del compromiso y colaboración de familiares y maestros.

### **4.1.3 Tratamiento psicolingüístico.**

Este concepto se basa en el hecho de que todos los trastornos de aprendizaje tienen como sustrato una dificultad lingüística que altera las habilidades básicas en los procesos de información. Los principales autores son: Jonson y Micklebust (1967) y Kirk y Kirk (1971). Para realizar el diagnóstico, estos teóricos proponen que se reconozcan los problemas de aprendizaje y la manera específica en que el niño procesa la información, así como su capacidad para expresar lo recibido. De este modo el niño puede tener una capacidad inmejorable para aprender lo percibido por vía visual, sin embargo, por la vía auditiva su habilidad es deficiente, por lo tanto, el tratamiento se debe encaminar a estimular el área auditiva dentro del proceso de enseñanza aprendizaje (Uriarte, Ibíd.).

Nieto (1994) expone que los elementos que actuarán en el desarrollo del lenguaje son:

- a) Desarrollo Neuromotor. Evolución de la motricidad en base a la evolución del sistema nervioso.
- b) Desarrollo psicoafectivo. Control evolutivo de la emotividad.
- c) Desarrollo intelectual. Evolución de las capacidades cognitivas.
- d) Estimulación ambiental de carácter lingüístico y afectivo.

Ruiz (op.cit.) expone al respecto, que las áreas que facilitan el desarrollo verbal son la psicomotricidad y la expresión corporal. El niño aprende a través del movimiento; moviéndose conoce su cuerpo, su mundo, la gente que le ama y le rodea. Si ejercita el

menor su coordinación motora gruesa, estará más apto para la coordinación motora del lenguaje y su expresión corporal.

Las actividades que propone son:

- Estimulación vestibular (oído interno): reflejos, equilibrio, tono muscular y sensibilidad corporal.
- Esquema motor básico: entrenamiento de los diferentes movimientos que el ser humano realiza desde que nace hasta que camina.

Es indispensable proporcionar al menor una educación auditiva en el proceso terapéutico, pues oyendo es como el infante aprende a hablar, de ahí que las habilidades a desarrollar son: Memoria auditiva y discriminación fonémica (Ibíd.).

Las actividades que propone Ruiz (Ibíd.) son:

- Atención a estímulos sonoros.
- Memorización de rimas y canciones.
- Discriminación fonémica.
- Reconocimiento de cualidades del sonido.
- Intensidad del sonido: fuerte – débil.
- Altura: grave – agudo.
- Timbre: voz personal de cada sujeto o instrumento.

Otro componente en la terapéutica psicolingüística es la educación rítmica. Todo en la vida es movimiento y el lenguaje también lo es. Antes de que un individuo entienda una expresión o enunciado, comprende el sentido simplemente por la entonación.

Por ello, en el proceso de terapia se deben desarrollar todo tipo de acciones y ejercitamientos que lleven al movimiento sincronizado (Ibíd.).

Los ejercicios sensoriomotrices en órganos de la articulación vocal, para producir un fonema, son de gran importancia:

- Imitación de movimientos bucofaciales.
- Ejercicios de masticación, deglución, soplo y absorción.
- Articulación de vocales
- Ejercicios de respiración (inspiración y expiración) facilitan la calidad de voz.
- Articulación de fonemas explosivos (P,T,CH,K) y fricativos (F,S,J) (Ibíd.).

Narvarte (op.cit.) propone una serie de ejercitamientos para el tratamiento clínico de los trastornos del lenguaje:

Ejercicios Orofaciales.

1. Apagar velas.
2. Apagar cerillos.
3. Soplar suavemente la flama de la vela sin apagarla. Se contará el tiempo que dura soplando en una aspiración.
4. Soplar papelitos, plumas, pelotas pequeñas, rehiletes, etc.
5. Poner agua en un vaso y soplar por un popote colocado dentro del vaso de manera que se levanten burbujas.
6. Tomar líquidos con popote.
7. Levantar papelitos con popote, aspirando el aire por la boca.
8. Hacer pompas de jabón.
9. Tocar silbatos, armónicas, flautas, etc.
10. Silbar.
11. Inflar globos.
12. Escupir semillas.

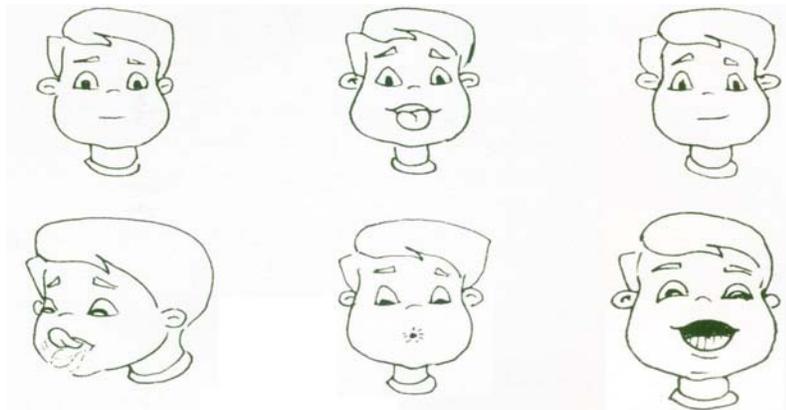


Fig.4.21 Muestra gráfica de ejercicios para labios, boca y mandíbula.

Ejercicios para Labios.

1. Extender los labios enseñando los dientes.
2. Morder el labio superior.
3. Morder el labio inferior.
4. Llevar los labios hacia adelante como para decir *U* y después hacia atrás como para decir *I* es decir, en forma de beso el primer movimiento, y el segundo movimiento en forma de sonrisa. Los labios no deben estar juntos o pegados.

5. El mismo movimiento del ejercicio, pero con los labios juntos y apretándolos cuando se hace la posición de beso y sonrisa.
6. Arrugar los labios y abrirlos varias veces para decir *ua, ua, ua...*
7. Llevar los labios hacia delante como si fuera a dar un beso tronado procurando que el sonido se prolongue el mayor tiempo posible.
8. Juntar los labios apretándolos y después soltándolos rápidamente como diciendo *p*.
9. Poner los labios en posición, como para decir las vocales *A, E, I, O, U*.
10. Vibrar los labios, haciendo *trompetillas*.
11. Sostener entre los labios tubos o maderas de diferentes tamaños.
12. Colocar la lengua entre los dientes y los labios, y moverla en círculos como empujando los labios. La boca permanecerá cerrada. Este ejercicio se efectuará con el fin de dar masaje a los labios.

#### Ejercicios para Lengua.

1. Abrir la boca y después cerrarla, cuidando que la lengua no se mueva.
2. Abrir la boca y sacar lentamente la lengua cuidando de no tocar los labios ni los dientes. La lengua deberá estar derecha y se sacará lo más posible hasta que duela el frenillo después se mete lentamente y se deja descansar en el piso de la boca y se cierra la boca.
3. El mismo ejercicio anterior, pero cuando la lengua esté fuera, subir la punta del labio superior, después bajarla, meter la lengua lentamente y cerrar la boca.
4. Sacar y meter la lengua rápidamente, varias veces.
5. Con la lengua, empujar hacia fuera la mejilla derecha y luego la izquierda.
6. Abrir la boca y sacar la lengua lentamente y llevar la punta de ésta lo más arriba posible tratando de tocar la nariz después llevarla lo más abajo posible tratando de tocar la punta de la barbilla. Hacerlo varias veces y luego meterla lentamente y cerrar la boca.
7. Sacar la lengua lentamente y moverla en círculo limpiando los labios y cerrar la boca.

Cuando una alteración del lenguaje interfiere y perturba el proceso de comunicación del infante con los otros, se debe implementar el tratamiento fonoaudiológico junto con el psicológico.

## 4.2 Terapia Cognitivo – Conductual en el tratamiento del TDAH.

Hasta el momento el tratamiento que se ha demostrado más controlado y eficaz para la sintomatología primaria del TDAH es la medicación estimulante.

El 75 % de los infantes medicados, muestran un incremento de la atención y una disminución acentuada del nivel de impulsividad y actividad. Sin embargo, y como se verá en el apartado siguiente, los efectos de la medicación sobre los síntomas secundarios del TDAH son menos espectaculares. De ahí la necesidad de complementar el tratamiento farmacológico con el psicológico.

Las intervenciones no farmacológicas dignas de mención son las estrategias conductuales y las cognitivo – conductuales (McKeegan, 2000), las cuales han mostrado su eficacia en el tratamiento del TDAH en cuanto a sus síntomas primarios como en los secundarios y en los trastornos asociados es éste.

### 4.2.1 Técnicas terapéuticas conductuales.

Estas estrategias terapéuticas se fundamentan en la noción de modificación de conducta, el cual es un enfoque de la evaluación, valoración y alteración de la conducta, en orden del desarrollo de la conducta adaptativa, prosocial y a la reducción de la conducta desadaptativa de la vida diaria, desarrollando estilos de vida saludables (Kazdin, 2000).

La terapia conductual se conforma a través de la implementación de varias técnicas de modificación conductual, las cuales conforman un tratamiento activo y directivo, esto es, que a los clientes que llegan a psicoterapia se les dan instrucciones específicas para los procedimientos que van a realizar. Esto no quiere decir que al cliente simplemente se le diga que va a hacer o bien un procedimiento basado en la relación terapéutica o en el *insight* , en lugar de ello se prescriben experiencias de entrenamiento explícitas que optimizaran el aprendizaje de nuevas pautas de comportamiento adaptativas .

Los fundamentos de la terapia conductual y la modificación de conducta se sustentan en la hipótesis de que gran parte de las conductas humanas son aprendidas, por lo que si una conducta disfuncional se ha aprendido, luego entonces se puede desaprender o reaprender una funcional. Sus principios de aprendizaje son:

- a) Condicionamiento Respondiente. Es el aprendizaje de conductas basado en la respuesta a estímulos.

- b) Condicionamiento Operante. Es el aprendizaje de ciertas conductas basado en los estímulos discriminativos que elicitán un comportamiento y las consecuencias que lo mantienen.
- c) Aprendizaje Vicario. Es el aprendizaje que se basa en la observación de un modelo (Ibíd.).

Entre las principales técnicas conductuales de modificación de conducta empleadas en este trastorno, se encuentran las siguientes, las cuales se administran en función de la edad del paciente y sus cualidades cognitivas:

*Técnicas de Autocontrol.* Este conjunto de técnicas se caracterizan por el desarrollo de conductas que una persona emprende de manera deliberada para lograr resultados específicos seleccionados por ella misma. La persona debe elegir las metas y poner en práctica los procedimientos para alcanzarlas (Kazdin, op.cit.). Algunas técnicas de autocontrol implementadas con éxito en el tratamiento del TDAH son:

- *Control de estímulos.* Esta técnica se fundamenta en la noción de que conductas específicas se efectúan en presencia de estímulos específicos. Finalmente, los estímulos asociados con regularidad a la conducta actúan como señales e incrementan la probabilidad de que la conducta se lleve al cabo. Tres tipos relacionados de problemas resultan del control de estímulo desadaptado: Primero, algunas conductas se encuentran bajo el control de estímulos que el cliente desea cambiar. Segundo, algunas conductas no están controladas por estímulos particulares cuando tal control sea deseable. Tercero, algunas conductas se encuentran bajo el control de estímulos inapropiados. En la aplicación específica de estas técnicas al TDAH, se trabaja en conjunto con los padres para identificar los estímulos que controlan y elicitán las conductas componentes del trastorno: la hiperactividad y la impulsividad.
- *Automonitoreo.* Esta técnica conductual consiste en observar la propia conducta de modo sistemático. El automonitoreo es importante ya que el acto de observarse *per se* puede adquirir propiedades reforzantes o punitivas.

- *Autoreforzamiento.* Esta técnica de autocontrol consiste en la autoaplicación de contingencias reforzantes o punitivas. El requisito principal es que el cliente pueda autorreforzar su conducta en cualquier momento y que esta se incremente.
- *Entrenamiento es respuesta alternativa (Relajación).* Otra técnica de autocontrol es ésta, que consiste en entrenar a la persona para que emita respuestas que interfieran o reemplacen la conducta no deseada. Por supuesto, el paciente debe tener una respuesta alternativa en qué participar. El centro más común del entrenamiento en la respuesta alternativa es el control de la ansiedad por medio de la relajación. En la terapia conductual, por lo común se entrena a un paciente a tensar y a relajar grupos musculares individuales. Tensar y relajar de manera alternada ayuda a la persona a discriminar diferentes niveles de relajación muscular. Otro procedimiento es que el cliente se realice sugerencias (autoinstrucciones). El entrenamiento en relajación ha mostrado ser altamente efectivo (Ibíd.).

Los programas de modificación de conducta han perseguido la mejoría en la adherencia a las normas, el esfuerzo académico y la interacción social, sin embargo su eficacia ha sido modesta (Mckeegan, Ibíd.), por lo que para efectos funcionales del tratamiento se tengan que complementar con otras técnicas terapéuticas.

#### **4.2.2 Técnicas terapéuticas cognitivo - conductuales.**

Los tratamientos con base cognitivo – conductual del TDAH han mostrado gran efectividad, según reportes de la literatura (Mckeegan, op.cit.). Esta perspectiva terapéutica conjunta técnicas conductuales y cognitivas para lograr la modificación de un comportamiento.

Las técnicas terapéuticas cognitivo – conductuales son un conjunto de procedimientos que se apegan a la noción general de que el cambio conductual puede lograrse alterando los procesos cognoscitivos, los cuales actúan como punto focal del tratamiento e incluyen percepciones, autoafirmaciones, expectativas, creencias e ideas. Las hipótesis que subyacen dichas técnicas proponen que los procesos cognitivos desadaptados conducen

a conductas desadaptadas y que la modificación de estos procesos puede conducir al cambio conductual (Kazdin, op.cit)

Estas terapéuticas se basan en los postulados que afirman que cogniciones imperfectas subyacen a las conductas y afectos desadaptados (Bellak, 1993).

El modelo cognitivo de la psicopatología es el *procesamiento de información*. Afirma que la manera en que las personas estructuran sus experiencias (es decir, como perciben, interpretan y asignan significados a los sucesos), juega un papel importante en la determinación de sus respuestas emocionales y conductuales a esos sucesos.

De acuerdo con el modelo cognitivo – conductual, *creencias fundamentales* o básicas, actitudes y suposiciones acerca de sí mismo y del mundo, guían la percepción, interpretación y memoria de la persona acerca de los sucesos que experimenta. Estas creencias se derivan de experiencias pasadas y pueden o no, estar sujetas a una inspección consciente por parte del individuo. Sin embargo, algunas de estas creencias básicas tienden a ser absolutas y rígidas, resistentes al cambio, se asocian con emociones extremas cuando se las viola y pueden interferir en la obtención de metas (Ibíd.).

Se argumenta, que las creencias relacionadas se asocian dentro de la memoria y forman estructuras cada vez mayores que se denominan *esquemas*. Una vez que se forman y se activan, los esquemas facilitan el procesamiento de información consistente con el contenido del esquema y obstaculizan el procesamiento de información inconsistente con el contenido del esquema, es así como se introduce un sesgo sistemático dentro del procesamiento de información que resultará en formas exageradas y persistentes de reacciones emocionales y conductas desadaptativas. La naturaleza específica de este sesgo determina el tipo de trastorno emocional, del estado de ánimo o de la personalidad, de la conducta o el aprendizaje que un paciente exhibirá (Ibíd.).

Cuando se activan los esquemas producen un repunte de *pensamientos automáticos*. Los *pensamientos automáticos* son pensamientos e imágenes que suceden de manera espontánea y le parecen válidos y razonables al paciente. Son específicos, discretos e idiosincráticos y pueden consistir en interpretaciones de experiencias actuales, predicciones del futuro o interpretaciones de recuerdos pasados. Los pensamientos automáticos reflejan las creencias básicas del individuo y se asocian con el afecto (Ibíd.).

La terapia cognitivo – conductual se basa en el método socrático, denominado *descubrimiento guiado*, que consiste en hacer una serie de preguntas al paciente para ayudarlo a identificar sus pensamientos, los cuales se asocian con sus sentimientos y su conducta, y se le ayuda a cuestionar y evaluar sus propios pensamientos. A través de la terapia, el terapeuta diseña experiencias y saca a relucir preguntas que alientan a los pacientes a reevaluar sus percepciones erróneas y fomenta el desarrollo de nuevas habilidades y un estilo cognitivo más realista (Ibíd.).

Por tanto, los objetivos generales de la terapia cognitivo - conductual son :

Enseñar al paciente a:

- Vigilar sus pensamientos negativos automáticos.
- Reconocer la interrelación entre pensamientos, emociones y conductas.
- Examinar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos automáticos distorsionados.
- Sustituir las cogniciones prejuiciadas por más interpretaciones orientadas hacia la realidad.
- A prender a identificar y alterar las creencias que lo predisponen a distorsionar sus experiencias y así modificar su conducta (Ibíd.) .

De interés para la finalidad de este capítulo es resaltar que toda intervención terapéutica en este marco debe contemplar tanto la edad como el desarrollo cognitivo del niño, en general hasta que haya establecido el auto -diálogo encubierto funcional por lo general a los 5 ó 6 años de edad en un niño con desarrollo normal. Los niños con niveles inferiores de desarrollo cognitivo (medidos sobre base de las tareas de Piaget) requieren intervenciones más concretas, específicas de la tarea, mientras que aquellos más avanzados cognitivamente responden mejor a intervenciones más abstractas (Mckeegan, op.cit.).

Los factores del tratamiento que parecen generar resultados más favorables son la inclusión de los progenitores y otros miembros de la familia en el tratamiento y la coordinación del método de resolución de problemas en casa y en el centro escolar. El uso de contingencias conductuales externas, así como la adición de un componente de auto refuerzo, también se contemplan como influyentes en los resultados del tratamiento (Ibíd.).

Los lineamientos básicos de la terapia cognitivo conductual son:

**Fase inicial.**

1. Familiarizar al cliente con el modelo cognitivo – conductual.
2. En esta fase el terapeuta tiene un rol más activo que el paciente.
3. Generar una lista de problemas.
4. Desarrollar y someter a prueba la conceptualización del caso.
5. desarrollar un plan de tratamiento.
6. Enseñar al paciente a identificar pensamientos automáticos.
7. Producir reacciones en el paciente hacia las diversas técnicas y hacia el terapeuta.

**Fase media.**

8. Utilizar pensamientos automáticos para ayudar a identificar las creencias básicas del paciente (creencias subyacentes).
9. Ayudar al paciente a dominar habilidades cognitivas para enfrentar situaciones.
10. Explorar el desarrollo de las creencias subyacentes.

**Fase final.**

11. Dar al paciente mayor responsabilidad del tratamiento.
12. Examinar las creencia y sentimientos del paciente acerca de dejar el tratamiento.
13. Revisar las metas obtenidas.
14. Preparar la terminación y enfocarse a cómo prevenir recaídas.
15. Hacer arreglo para las sesiones de refuerzo y el seguimiento telefónico (Bellak, op.cit.).

Entre las principales técnicas terapéuticas empleadas por la terapia cognitivo – conductual en el tratamiento de diferentes trastornos, incluyendo el TDAH, se tienen las siguientes, las cuales se deben adaptar al cliente, a la situación individual y en función de las metas específicas de cada sesión:

1. *Técnicas para Identificar y vigilar los pensamientos automáticos.*
  - *Interrogatorio Directo.* Es una técnica muy elemental que consiste en preguntarle al paciente sobre sus pensamientos generados en una determinada situación. Si el paciente no puede recordarlos, entonces la terapia se puede enfocar sobre sus sentimientos y emociones.
  - *Imaginación.* Para identificar los pensamientos del paciente, el terapeuta puede solicitarle al cliente que imagine la situación problemática y describa sus pensamientos y emociones.

- *Role – playing*. Esta técnica consiste en despertar pensamientos automáticos por medio de la representación de una situación con fuerte carga emocional.
- *Registro del pensamiento disfuncional*. Esta técnica cognitiva consiste en el registro de los pensamientos automáticos del paciente, las situaciones y las conductas antecedentes y contingentes (Bellak, op.cit.).

2. *Técnicas para Identificar las creencias subyacentes.*

- *Técnica de la “flecha descendente”*. Esta técnica cognitiva consiste en explorar el significado de los pensamientos automáticos del paciente, cuestionándole a partir de sus pensamientos automáticos: ¿Qué pasaría si eso fuera cierto? ¿Qué significado tendría...? (Ibíd.).

3. *Técnicas para someter a prueba los pensamientos automáticos y las creencias subyacentes.*

- *Técnica de las tres preguntas*. Esta técnica permite someter a pruebas todas las cogniciones desadaptativas por medio de estas preguntas: ¿Cuál es la evidencia a favor o en contra de dicho pensamiento? ¿Cuáles son las explicaciones alternativas del suceso? Aún si la creencia es verdadera ¿cuáles son las implicaciones reales para el cliente?
- *Técnica del nombramiento*. Esta técnica enseña al paciente a nombrar e identificar las cogniciones desadaptativas, lo cual le permitirá corregirlas (Ibíd.).

Kazdin (op.cit.) hace el planteamiento de otro grupo de técnicas empleadas en esta clase de tratamiento, las cuales se implementan como paquete de técnicas, más que como una sola en sí misma:

- *Técnica de Modelamiento*. El modelamiento o aprendizaje vicario se refiere al aprendizaje que se logra al observar la ejecución de alguien que participa en las conductas que se desea desarrollar. Existen muchas variantes del método de modelamiento, en los más usuales se usan modelos filmados, en vivo para transmitir las conductas blanco deseadas o en base a la imaginación. Albert Bandura (1977) ha propuesto que el modelamiento logra sus efectos alterando los procesos cognitivos. El modelamiento es sólo el inicio del aprendizaje, pues después de que se han modelado las conductas, el paciente tiene que ponerlas en práctica por medio del ensayo conductual.

- *Autoinstrucciones y autoafirmaciones.* Lo que la gente se dice a sí misma se ha considerado importante para controlar su propia conducta (Zivin, 1979). Con estas técnicas se entrena a los pacientes para que hagan sugerencias y comentarios específicos que guíen su propia conducta de modo parecido a ser instruidos por alguien más. El entrenamiento consiste en una serie de pasos que el terapeuta y el niño (o el paciente) ejecutan alternadamente mientras llevan a cabo tareas sencillas (colorear, copiar líneas, etc.); estos pasos incluyen al terapeuta desempeñando una tarea mientras habla en voz alta para sí y después hace que el menor haga la misma tarea en tanto que el terapeuta le proporciona las instrucciones, después el menor se da autoinstrucciones en voz alta, hasta lograr que se las proporcione encubiertamente, para sí. La técnica de las autoafirmaciones consiste en que el paciente identifique sus ideas disfuncionales y las cambie por otras más adaptativas y basadas en la realidad. Así, la clase de afirmaciones que el paciente hace para sí, pueden mejorar su desempeño y desarrollar conductas funcionales.
  
- *Entrenamiento en habilidades para la resolución de problemas.* Esta técnica permite a niños y adolescentes mejorar su desempeño social y reducir los niveles de ansiedad que presentan en determinadas situaciones. Los programas se basan en la evidencia de que los problemas de adaptación en niños tienen su origen en ciertos déficit de los procesos cognitivos que subyacen a la conducta social. Las habilidades específicas que se entrenan para la solución de problemas son las siguientes:
  - a) *Pensamiento de solución alternativa.* Capacidad para generar diferentes opciones que puedan solucionar problemas en situaciones interpersonales.
  - b) *Pensamiento medios – fin.* Es la habilidad de darse cuenta de los pasos intermedios para lograr una meta particular.
  - c) *Pensamiento de consecuencias.* Es la capacidad para identificar lo que podría suceder como resultado directo de actuar de cierto modo.
  - d) *Pensamiento causal.* Capacidad para relacionar un evento con otro en el curso del tiempo y comprender por qué un evento conduce a una acción particular de otras personas.

- e) *Sensibilidad hacia problemas interpersonales.* Capacidad para percibir un problema cuando existe e identificar los aspectos interpersonales de la confrontación que puede surgir.

Una técnica terapéutica empleada en el tratamiento psicológico de los individuos con TDAH son la Terapia Racional Emotiva y la Terapia Conductual Racional Emotiva.

Esta perspectiva terapéutica, desarrollada por Albert Ellis, se basa en la opinión de que los problemas psicológicos surgen de patrones de pensamiento falsos o irracionales, estos patrones se hacen evidentes en las autoverbalizaciones que la gente se hace, es decir, las cosas que la gente se dice así misma. Estas verbalizaciones surgen de las suposiciones que la gente hace sobre el mundo y los eventos que le suceden. De manera más específica, algunos eventos que se presentan en la vida de las personas y en respuesta a ellos, tiene una serie de pensamientos (autoverbalizaciones implícitas). Estas conducen luego a una serie de emociones (como enojo, disgusto) y conductas (como actos vengativos, suicidio).

El propósito de estas terapéuticas es examinar las autoverbalizaciones que la gente se hace, desafiarlas, señalar su irracionalidad y de manera importante, sustituirlas por cogniciones más adaptativas. (Kazdin, op.cit).

La aplicación de la terapia conductual racional emotiva al TDAH, con su énfasis en reducir las demandas a si mismo y a los demás (los *debes* propios del trastorno emocional ), ofrece al psicólogo clínico una amplia gamma de técnicas y estrategias para ayudar al cliente a manejar los síntomas secundarios del trastorno. Más específicamente, la terapia conductual racional emotiva es capaz de ayudar al paciente a identificar, desafiar y sustituir las creencias que fomentan la autovaloración negativa, la baja tolerancia a la frustración y la ansiedad evaluadora. Por otra parte, ofrece al psicoterapeuta la flexibilidad y la licencia creativa necesarias para trabajar con clientes infantiles que sufren TDAH, y que pueden ser especialmente difíciles de implicar en el proceso terapéutico, los cuales pueden captar más fácilmente la disputa a las inferencias con distorsión negativa. Por ejemplo, desafiar la creencia infantil de que es terrible no disponer de amigos puede lograrse más satisfactoriamente mediante la pregunta: “¿Es realmente verdad que nadie te aprecia?” En lugar de una pregunta más filosófica “¿Qué nos diría de ti el hecho de que nadie te aprecie?” (Ibíd.).

El desarrollo de la psicoterapia cognitivo – conductual es, por supuesto, estructurada individualmente de acuerdo al nivel de sofisticación cognitiva, más sin embargo se

presenta una estructura general de una psicoterapia para un paciente infantil con TDAH presentada por Mckeegan (op.cit).

En el desarrollo de la primera sesión de evaluación a través de una batería psicométrica, el terapeuta puede transmitir al menor la idea de que el psicólogo es un amigo, un tipo especial de colaborador, que le ayuda a idear formas para manejar problemas y a aprender métodos para *sentirse bien*. Además, resulta indispensable que el terapeuta establezca un vínculo inicial entre los sentimientos, pensamientos y las conductas resultantes. En esta primera fase de la terapia, el trabajo con los padres o tutores se puede abocar a la complementación de ciertos cuestionarios y baterías para el conocimiento de la dinámica familiar y el cuadro sintomatológico del menor, como ya se expuso en los capítulos precedentes. Los principios generales que proporcionan la directriz para el desarrollo de la psicoterapia son:

- a) Mantener un foco evolutivo al crear el plan de tratamiento.
- b) Establecer una alianza de trabajo entre el paciente y sus padres, que subrayará la colaboración.
- c) Evaluar los logros así como sus dificultades de forma continua e implementar sobre la base de esta evaluación las estrategias de tratamiento (Ibíd.).

El desarrollo de la psicoterapia durante la infancia media (8 a 11 años de edad) se fundamenta en las características psicosociales del infante. La infancia se establece, en términos de la autora, por el ingreso en el proceso educativo formal y por el énfasis en los logros académicos y en las habilidades sociales. El creciente mundo social del menor, exige una serie cada vez mayor de conductas socialmente hábiles. De esta forma, los objetivos particulares de la terapia en esta etapa pueden ser:

- a) Reducir los excesos motóricos inapropiados para la edad y que alejan al menor de sus compañeros.
- b) Reducción de las tendencias a mostrar berrinches u otro patrón comportamental desadaptativo, consecuencia de la baja tolerancia a la frustración.
- c) Dar inicio a una experiencia racional emotiva mediante la cual el menor pueda aprender a través de las repetidas experiencias que los pensamientos, los sentimientos y las conductas están interrelacionadas.

- d) Combinar la educación racional emotiva con un programa formal de entrenamiento en habilidades sociales que mejore la calidad de las interacciones sociales del infante.
- e) Enseñar al menor a monitorear el auto-dialogo como medio para ayudarse en las tareas académicas y en las situaciones sociales (Ibíd.).

Al comienzo de la terapia, la limitada capacidad de atención y la inquietud del menor pueden hacer que la terapia sea en sí misma un reto. Por ello, el terapeuta puede establecer límites y así estructurar las sesiones. La focalización del infante en la terapia se puede lograr proporcionándole un poco de plastilina para que la manipule y esto le relaje y mantenga la atención al menos por breves periodos; además se puede dialogar con el menor respecto de las pautas de conducta necesarias para escuchar:

- a) Atender.
- b) Establecer contacto visual con la persona con que está hablando.
- c) Pensar en lo que dice la persona.
- d) No hablar de otra cosa (Ibíd.).

Es importante inducir al menor a que sugiera estas conductas para que exista mayor compromiso de su parte en la psicoterapia. Esta serie de conducta se puede reforzar por medio del empleo de la técnica de economía de fichas. Las fichas son reforzadores generalizados que se puede intercambiar por ciertos eventos reforzantes conocidos como reforzadores sustitutos (Kazdin, op.cit.) . De esta forma, se otorga al menor cierto número de fichas, las que podrá ganar o perder si practica las conductas necesarias para escuchar.

Esta clase de programas de manejo de contingencias se puede ir modificando a lo largo de la terapia para reforzar otras conductas, además se que se puede implementar en casa, de tal forma que este manejo de contingencias tanto en casa como en la terapia puede decrementar una serie de conductas inapropiadas (Mckeegan, op.cit.).

El proceso de educación emocional de los menores con TDAH, es un proceso lento y difícil, pero sí es posible lograr en ellos una comprensión y automonitoreo de sus pensamientos, emociones y conductas. Una técnica muy común que la literatura propone con este fin, es la conformación de un vocabulario de *sentimientos*, este permitirá un desarrollo psicosocial funcional sobre la base del conocimiento de las propias emociones, las de los otros atendiendo a las expresiones faciales y el lenguaje corporal.

Resulta eficaz el trabajar con el paciente dibujando rostros felices, tristes y avergonzados y luego clasificarlos, posteriormente se le solicita al menor traer imágenes o fotografías de acuerdo con la clasificación establecido, lo cual le permite al niño ganar ciertos puntos o tarjetas. Estas fotografías se pegan en un *libro de sentimientos* en el cual además el terapeuta induce al menor para que escriba los sentimientos de felicidad, tristeza, etc., que halla experimentado semana a semana.

Por medio de estas técnicas y una vez que el menor tiene una comprensión básica de sus emociones y las ajenas, entonces se puede proceder a efectuar un análisis de los vínculos entre los sucesos- pensamientos-sentimientos-conducta, cuestionando las cogniciones generalizadoras disfuncionales que son fuente de frustración y modificándolas por otras más apegadas a la realidad. Enseñar al cliente a usar una auto-afirmación racional es una intervención que se emplea frecuentemente con clientes de la terapia conductual racional emotiva que carecen de la sofisticación cognitiva para conversar o enfrentarse a las contradicciones de las creencias irracionales.

Por otra parte, el empleo de tareas para casa son un componente importante en la terapia cuidando de emplearse connotaciones aversivas como *deberes*, por otras más neutrales (Ibíd.).

A lo largo del tratamiento psicológico del TDAH , resulta importante implementar de forma grupal un programa para el entrenamiento en habilidades sociales que incluya habilidades para iniciar y mantener una conversación, manejo de conflictos, etc.

El desarrollo de la terapia durante la preadolescencia (12 a 14 años) y la adolescencia (14 a 16 años) se basa en el logro de la identidad, la internalización de una sensación única y relativamente estable del *self* . El proceso de individuación se sustenta sobre las competencias adquiridas en los periodos evolutivos previos y continúa hasta la edad adulta (Ibíd.).

De esta forma los objetivos del tratamiento para la preadolescencia pueden ser:

1. Continuar la educación racional – emotiva y reforzar el uso del auto – diálogo y de las estrategias de enfrentamiento.
2. Fomentar la auto-aceptación y reducir la auto-valoración negativa.
3. Revisar y practicar las habilidades sociales básicas previamente enseñadas.
4. Reforzar las habilidades de estudio apropiadas.

Es de gran importancia la pericia clínica del terapeuta para cuidar de no minimizar las reacciones adolescentes, sino sugerir que sus intensos afectos negativos interfieren con

sus objetivos, además el manejo de los miedos y ansiedades y la modificación de las cogniciones disfuncionales puede manejarse adecuadamente por medio de la exposición *in vivo* y el diálogo racional (Ibíd.).

El empleo de la terapia conductual racional emotiva ha demostrado ser de gran utilidad clínica en el tratamiento de pacientes diagnosticados con TDAH. La internalización de conceptos y el uso de estrategias cognitivas parece ayudar a regular pensamientos, emociones y conductas en los pacientes, además de que permite generalizar esta regulación cognitiva, afectiva y conductual en diferentes momentos y lugares (Ibíd.).

### 4.3 Tratamiento Farmacológico.

Sin duda alguna, los cambios que los fármacos provocan en la mente y, como consecuencia en la conducta, han despertado desde siempre gran curiosidad.

A pesar del reciente uso de psicofármacos en el TDAH, el empleo de drogas para combatir la hiperactividad se remonta por lo menos hasta la época de Galeno. En este tiempo, se empleaban derivados del opio o del alcohol, mientras que en el siglo pasado era común el uso de bromuros y barbitúricos (Uriarte, op.cit.).

Realmente, los estimulantes son las sustancias que mayor beneficio proporcionan en la amplia gama de síntomas del TDAH, sin embargo existen excepciones, pues ciertos pacientes pueden tener mejores resultados con la prescripción de anticonvulsionantes y antidepresivos.

Pero...¿Cuál de todos los estimulantes existentes será el mejor para el tratamiento del TDAH? Entre las sustancias mejor conocidas está el metilfenidato, las anfetaminas y la pelomina. Una amplia revisión de Barkley (1977) demuestra que el metilfenidato ayuda al mayor porcentaje de los casos (77%), seguido de las anfetaminas (74%) y finalmente la pemolina (73%).

No cabe duda, de que el beneficio se extiende a una compleja gama sintomática que incluye conducta, motricidad y aprendizaje, no obstante resulta curioso saber que no se observará en todos los niños la misma modificación, sino que para uno quizá la agresividad señale mayor cambio, mientras que otros tal vez manifestaran mejoría en la hiperactividad o quizá en el aprendizaje. Es importante señalar, que los cambios que los psicofármacos generan se manifiestan principalmente en la conducta y posteriormente en el aprendizaje (Ibíd.).

### 4.3.1 Efectos terapéuticos del tratamiento farmacológico en la Conducta.

Como se ha descrito en líneas ulteriores, los efectos de los fármacos son muy benéficos en el proceso terapéutico del TDAH, y es precisamente en la conducta en donde se perciben inmediatamente, tanto por padres como por profesores, los cambios cualitativos y cuantitativos.

Los estudios efectuados por el Dr. Uriarte manifiestan que la conducta en general del niño TDAH se apega más a la normalidad cuando éste recibe un estimulante (1998: 120). Los efectos terapéuticos de los psicofármacos inciden directamente en los síntomas de Hiperactividad e Impulsividad y por ende en las capacidades de concentración.

Este cambio conductual puede generar en los padres una idea de *efecto de introversión* (Barkley, op.cit.), lo cual es relativo y no nocivo, pues crece en el menor el interés por el mundo interno, de manera que él se tranquiliza y puede concentrarse mejor en su labor. En efecto, el niño incrementa su tendencia a jugar solitariamente, además de que decrecen sus interacciones sociales (Schleifer et.al., 1975).

Otro efecto positivo, es que la madre disminuye el sobrecontrol que ejercía en su hijo (Barkley y Cunningham, 1979), lo cual resulta signo inequívoco de que la interacción del niño es más apropiada y aceptable para con los demás. El cambio señala que la desobediencia patológica se está superando, de manera que el individuo se muestra más accesible y cooperador, y por tanto, la familia y los profesores se manifiestan con una actitud menos restrictora (Ibíd.). esto permite al niño mayor libertad de acción y se observan actitudes más favorables en los procedimientos educativos.

De lo anterior se puede concluir fácilmente que la relación familiar se ve mejorada por el efecto del fármaco (Ibíd.). Este hallazgo demuestra que los padres no son patológicamente rígidos ni intolerantes, sino que la actitud del niño TDAH favorece la elaboración de conductas coercitivas y punitivas en los individuos encargados de la disciplina. Luego entonces, la terapia familiar sería necesaria, solo si los padres presentan un estilo de crianza patológico y rígido.

Cunningham y Barkley (1979b) no observaron con el medicamento una disminución significativa en las relaciones sociales del menor, sino solo pudieron vieron abatimientos

en las conductas negativas. Ahora bien, al disminuir estas interacciones negativas, el niño pasa desapercibido y esa ausencia se extraña, sobretodo cuando se le conocía como travieso. O bien, señalan otros investigadores (Weiss, et.al, 1971), se podría mejorar la respuesta al fármaco si a las madres que tienen una mala relación con sus hijo se les proporcionaran los conocimientos básicos de estas reacciones.

No debe olvidarse, que el efecto extremo de introversión y somnolencia, así como de otras reacciones psicológicas pueden deberse a una sobredosificación, de manera que un ligero decremento de miligramos permitirá una interacción adecuada, por lo que toda medicación deberá ser revisada por el neurólogo o paidopsiquiatra cada seis meses (Wilens, et.al., 2003).

### **4.3.2 Efectos terapéuticos del tratamiento farmacológico en el aprendizaje.**

Uno de los renglones en los cuales se observa mayor beneficio es en la capacidad de aprendizaje y habilidades perceptomotrices del niño TDAH, de modo que las calificaciones mejoran considerablemente. Durante mucho tiempo, los clínicos se han preguntado cual es el sustrato cognitivo que es modificado por el estimulante, para que se vea favorecido el aprendizaje. Entre los componentes cognitivos más señalados son:

- La atención.
- La motivación.
- Las capacidades lingüísticas.
- La sensopercepción.
- La memoria, etc. (Uriarte, Ibíd.).

Resulta asombroso observar los grandes cambios que genera el tratamiento farmacológico en la conducta y el aprendizaje en los individuos diagnosticados con TDAH, cabe señalar que el estimulante mejora la tolerancia a la frustración, disminuye la agresividad, la impulsividad, la hiperactividad y mejora los procesos de atención, como ya se ha descrito anteriormente. De esta manera, aquellos chicos con TDAH que muestran

un alto grado de aislamiento social probablemente alcanzan a integrarse por medio de la asimilación de juegos de grupo en los cuales pueden aceptar las reglas. (Ibíd.).

Este y otros hallazgos, revelan el ingreso del niño a las diferentes opciones de relación social que el ambiente ofrece y que, por su propia problemática, le estaban vedados.

Robbins y Sahakian (1979) afirman que los individuos con TDAH mejoran en su aprendizaje porque limitan su campo de observación, con lo cual pueden concentrar su atención en uno solo de los eventos de su ambiente y evitar de esta manera la dispersión típica de esta patología. Dichos autores afirman de paso que el medicamento corrige la *carencia de flexibilidad cognoscitiva*, propia del TDAH.

Otros estudios, de igual forma corroboran que la atención de los niños TDAH mejora bajo la administración de medicamentos, principalmente en la atención de inicio y de sostén (Wengartner, et. al., 1980 y Shain, 1979).

Sulzbacher (1972), investigador con una amplia experiencia clínica en el TDAH demuestra en sus estudios un considerable incremento en las calificaciones de todas las asignaturas escolares a partir del momento en que el infante toma su medicamento. Además, se puede comprobar un incremento en la habilidad para solucionar los diferentes incisos de las pruebas de coeficiente intelectual, en los cuales se incluyen tanto el aprendizaje complejo como la capacidad verbal expresiva y receptiva.

Otros estudios demuestran que bajo los efectos de los fármacos los sujetos con TDAH mejoran en el número de palabras habladas y repuestas verbales correctas (Creager y Van Riper, 1967).

Como se puede observar, son muchas las áreas cognitivas que se ven favorecidas con los psicofármacos y sería difícil identificar cual de ellas es la principal, debido a lo complejo del aprendizaje humano y la interacciones de factores biológicos, psicológicos y sociales, simplemente se puede afirmar y demostrar que con su administración los sujetos con TDAH mejoran sus capacidades intelectuales, perceptuales y optimizan sus procesos de aprendizaje.

Sprague y sus colaboradores (1970) compararon los efectos del metilfenidato con los de la tioridazina y encontraron que ambos tranquilizan a los individuos y decrementan las conductas disfuncionales y disruptivas, sin embargo, el metilfenidato incrementa y mejora los procesos de atención y el aprendizaje.

Cantwell (1981) demostró en su investigación que los sujetos con TDAH bajo los psicofármacos decrecientan su impulsividad e incrementan por el contrario, repuestas reflexivas.

Sprague (Ibíd.) por su parte, expone que la memoria a corto plazo es la más beneficiada cuando la dosis se encuentra en 0.3 mg/kg; en cambio, si es sólo de 1 mg/kg, la capacidad mnémica regresa al nivel de placebo.

Otras series de estudios demuestran que bajo el tratamiento farmacológico en conjunto con el tratamiento psicopedagógico se hallan cambios positivos en las habilidades preceptuales, motrices y de escritura principalmente en las personas con TDAH.

Lerer y colaboradores (1979) demuestran que el 59% de los niños TDAH mejoraron su escritura manual, bajo los efectos del fármaco, quienes presentaban inversiones, rotaciones, etc. y concluyeron que las funciones visomotrices son las más favorecidas.

Finalmente, cabe mencionar, que datos del Dr. Uriarte (Ibíd.) demuestran mejoría en la motricidad fina, más que en la gruesa, pues es más difícil de evaluar.

### **4.3.3 Selección del Fármaco.**

Antes que otra cosa, es importante reiterar que el único profesional que puede prescribir un medicamento es un médico, ya sea neurólogo, psiquiatra, pediatra, etc. preferencialmente conocedor de este trastorno.

El primer paso que debe seguir un profesional de la salud para prescribir un medicamento es saber si el paciente realmente lo necesita. En el caso del TDAH, no siempre los sujetos requieren de medicamento en su tratamiento clínico, esta tesis se puede sustentar en los postulados de Loney y Ordoña (1975) quienes sugieren administrar medicamentos solo cuando la sintomatología sea sumamente desadaptativa y ponga en riesgo la integridad física del paciente.

Rie y Rie (1981) indican que el tratamiento farmacológico debe administrarse cuando el resto de los tratamientos no hallan proporcionado la mejoría deseada.

Ross y Ross (op.cit.) añaden varias sugerencias interesantes:

- a) Después de valorar todos los aspectos ambientales.
- b) Que exista un programa terapéutico bien diseñado.
- c) Que lo síntomas sean realmente incapacitantes.
- d) Entonces, el medicamento se deberá administrar temporalmente.

Uriarte (Ibíd.) sugiere además que si el niño muestra un déficit menor, podrá bastar con la terapia psicopedagógica, pero cuando la alteración sea mayor, requerirá por lo menos de una prueba terapéutica con el fármaco.

Cabe recordar que la farmacoterapia es el procedimiento terapéutico que mayores beneficios reporta a este síndrome. Sin lugar a dudas, para los casos severos es la diferencia entre permanecer en la escuela común o ser expulsado, ser un individuo creativo y respetable o ser destructivo y rechazado.

Si el diagnóstico está bien efectuado, el sujeto deberá recibir el estimulante y el médico necesitará percatarse de la magnitud del efecto terapéutico, cuando exista; esto es, se debe estar seguro de que el medicamento ayuda a l niño, para lo cual se deben realizar pruebas de supresión (Ibíd.).

De lo anterior se deduce, que los estimulantes son los fármacos que mejores beneficios terapéuticos producen a los individuos con TDAH. Existen otros medicamentos que producen beneficios relativos como son: antidepresivos tricíclicos, anticonvulsionantes y neurolépticos. En consecuencia, el médico deberá realizar un atento escrutinio por lo menos cada 15 días, con el fin de evaluar los efectos de la sustancia en cuestión (Ibíd.).

Entre los antidepresivos tricíclicos más utilizados se encuentran la imipramina y la norimipramina, cuyas dosis varían de 10 a 100 mg/día y se dan en una sola toma, por lo general antes de dormir. Se ha optado pro este fármaco cuando los estimulantes no producen los efectos deseados. Además, favorecen a niños con un fuerte comportamiento depresivo y con enuresis funcional (Uriarte, 1983).

De los anticonvulsionantes, el que con mayor frecuencia se prescribe en México es la carbamazepina. En Estados Unidos esta sustancia no la consideran apropiada para el TDAH. La prescripción de este anticonvulsionante se origina en la idea de que el TDAH puede ser un tipo de epilepsia subclínica, en la cual solo existen manifestaciones conductuales de dicho trastorno. Las dosis más usuales de la carbamazepina son de los 100 a los 1 000 mg/día, generalmente en una sola toma por la noche o fraccionada en las tres comidas, según la respuesta de cada paciente (Ibíd.).

Los antipsicóticos más utilizados en dicho síndrome son tioridazina y la periciazina, cuyas dosis varían de los 10 a los 50 mg/día, los cual se administran una vez por las noches. Su indicación más específica es aquella en que el paciente manifiesta un fuerte patrón

comportamental de agresividad, sin embargo los antipsicóticos reducen la hiperactividad y la impulsividad, pero no tiene mayor influencia en la distractibilidad (Ibíd.).

De ahí que el los fármacos más prescritos y más efectivos en el tratamiento farmacológico del TDAH sean los estimulantes, principalmente el Metilfenidato, por sus beneficios en los tres componentes conductuales del TDAH (Ibíd.).

Por la vía oral, el metilfenidato lo absorben rápida y completamente tanto niños como adultos. En el hígado, mediante las microenzimas hepáticas se produce el principal metabolito activo, llamado ácido ritalínico. En el plasma sólo una pequeña fracción del metilfenidato se une a las proteínas (15%), mientras que la enorme fracción libre (85%) tiene capacidad para entrar en el SNC y llevar a cabo su efecto estimulante. La vida media de este fármaco se ha calculado en 2.6 horas, periodo muy corto que es el resultado de la distribución corporal, más que del metabolismo hepático. El metilfenidato se excreta por la orina sin cambio alguno de un 8 a un 11%, mientras que el resto lo hace como ácido ritalínico (Weiss y colaboradores, op.cit.).

Respecto de la dosis, la bibliografía sugiere que se debe individualizar tanto en dosis como en periodicidad, o sea iniciar con una dosis baja de 5 mg por la mañana y 5 mg después de la hora de comida, e incrementar la dosis y/o la frecuencia, según la respuesta de cada paciente (Uriarte, Ibíd.).

El esquema del Tratamiento farmacológico, es decir, la manera más útil y adecuada para administrar los medicamentos, se basa en la consideración de dosis y horarios (Uriarte, 1998). En vista de que los estimulantes tienen distinta vida media y, por tanto, la duración de su efecto terapéutico es desigual, el médico deberá tener en cuenta esta característica con base en el esquema siguiente:



Fig. 4.22 Esquema del tratamiento farmacológico en la rehabilitación del TDAH

De esta manera, la pemolina se administrará generalmente una vez por las mañanas, mientras que el metilfenidato se administrará de dos a tres veces durante el periodo más activo del día. Este esquema no debe ser rígido, sino que su horario dependerá de la respuesta individual (Ibíd.).

Hasta la fecha, el juicio clínico proporciona la directriz fundamental para la dosificación, pues ni los mg o kg de peso, ni los niveles plasmáticos son parámetros de utilidad.

No se considera conveniente administrar los psicoestimulantes después de las 17.00 hrs., ya que pueden provocar insomnio, además debe recordarse que está contraindicado el uso de tranquilizantes para el TDAH, ya que estos pueden empeorar el cuadro.

Al inicio del tratamiento, se deberán prescribir dosis bajas (por ejemplo: 5 mg de metilfenidato por la mañana). E incrementar gradualmente hasta obtener el mayor beneficio terapéutico con las menores manifestaciones colaterales. Además, no se debe olvidar que el efecto benéfico se puede presentar en algunos pacientes hasta las dos o cuatro semanas de iniciado el tratamiento; por ello, no es prudente retirar la medicación si en los primeros días no se observa mejoría alguna, incluso, puede suceder que empeore en algunas de sus manifestaciones, lo cual no será indicio del resultado final, ante el entendido de que en la mayoría de los casos el efecto terapéutico se presenta de media a una hora después de administrar el estimulante (Ibíd.).

Ahora bien, la cuestión siguiente versa respecto del tiempo que deberá administrarse el estimulante una vez que se han manifestado los beneficios terapéuticos. El método médico más empleado es la administración de un placebo para determinar si el paciente aún requiere del medicamento.

Resulta de suma dificultad, el determinar el tiempo en que un paciente requiere del estimulante, puede ser de dos a tres meses o hasta varios años, pues todo depende del paciente.

Cabe reiterar que el médico debe mantener un buen acercamiento con el niño o el paciente, pues la información que le proporcionará será de gran ayuda para el ajuste del fármaco, de manera que no debe conducirse solo por el relato de los padres, familiares o tutores.

#### **4.3.4 Efectos colaterales del tratamiento farmacológico.**

Todo medicamento, absolutamente todos generan consecuencias y efectos colaterales. En el caso de los estimulantes, su mecanismo de acción se debe a su capacidad simpaticomimética, y por tanto, los cambios físicos y psicológicos son el producto de la estimulación de la corteza cerebral, de la sustancia reticular activadora y del sistema nervioso autónomo (Innes y Nickerson, 1975).

Los cambios que desencadenan en la bioquímica cerebral se debe a la inhibición de la monoaminoxidasa, bloquean la recaptura de la noradrenalina y dopamina y las reemplazan también en las vesículas sinápticas; además también mediante este mecanismo actúan como falso neurotransmisor. Al sumar el conjunto de estas acciones, se tiene como resultado un incremento de la capacidad funcional de dichas monoaminas (Uriarte, op.cit.).

Cuando los estimulantes se administran durante periodos prolongados, inhiben la actividad de algunas enzimas hepáticas y mediante este mecanismo aumentan los niveles séricos de otras sustancias y disminuyen la capacidad hipotensora de la guanetidina (Ibíd.).

La administración conjunta o seguida de un estimulante y un antipsicótico requiere de ciertas precauciones, pues las dos sustancias actúan antagónicamente en el receptor dopaminérgico, de manera que si en un momento se retira el antipsicótico, el estimulante desencadenará distonías y disquinesias importantes, debido a la hipersensibilidad por el uso crónico del neuroléptico en el receptor dopaminérgico (Ibíd.).

La bibliografía internacional informa respecto de los efectos colaterales del empleo de estimulantes, los siguientes:

Tensión psicósomática, nerviosismo, irritabilidad, xerostomía, mareos, agresividad, crisis de pánico, náuseas, diarrea, hipertensión o hipotensión arterial, taquicardias, angina de pecho, caída de pelo, alteraciones del sueño y el apetito, etc. La principal precaución que se deberá tener cuando se prescriban estos fármacos es la siguiente: su abuso puede generar farmacodependencia en los adultos, de manera que la prescripción en esta edad tendrá que realizarse bajo estrecha vigilancia médica. No se ha informado, hasta el momento, de casos de dependencia en infantes con TDAH (Ibíd.).

La administración crónica en niños tendrá que acompañarse de una valoración periódica en el desarrollo ponderoestatural, pues algunos informes señalan que se pueden detener el crecimiento (Ibíd.).

Uriarte (Ibíd.) observó los efectos colaterales de sus pacientes durante dos meses con dosis que oscilaban entre los 5 y los 20 mg de metilfenidato al día, con una media de 12.3 mg, lo cual dependía de la respuesta individual. Los resultados de sus observaciones fueron:

- Ninguna clase de alteración del sueño: inicial, ni insomnio, terrores nocturno, ni sonambulismo.
- Ligera alteración del apetito: hiporexia y hiperfagia.
- Ligera alteración de la frecuencia cardíaca: incremento de 5 a 6 latidos por minuto y taquicardia.
- Gastralgias, cefaleas, mareos y náuseas.
- Periodos de alucinaciones y psicóticos.
- Alteración del estado de ánimo: episodios depresivos.

Se ha dicho y se ha escrito bastante acerca de la posibilidad de que el consumo de estimulantes en los niños favorezca su abuso como adolescentes o adultos; sin embargo la bibliografía y los estudiosos han demostrado que los infantes que recibieron el medicamento durante días o por varios años, no lo consumen ulteriormente.

Por regla general, no se observa que los niños abusen del fármaco cuando se los prescriben, pues la mayoría de ellos se le debe convencer del beneficio de la sustancia para que la ingiera.

Por otra parte, Wender (op.cit) comenta que un infante TDAH no rehabilitado clínica ni farmacológicamente, muy probablemente accederá al consumo de drogas como manifestación indiferenciada y de carácter social para evadir su ineptitud.

Cabe decir finalmente, que todo fármaco produce efectos colaterales, por lo que debe haber una adecuada supervisión medica para evitarlos en la medida de lo posible y evitar la automedicación, sobre todo con el fin de evitar la fármaco dependencia.

#### **4.4 Participación de la Familia en el tratamiento clínico.**

Si bien es cierto que es esencial conocer las características propias del TDAH, existen dos entidades que el clínico debe comprender perfectamente para tener una visión global del trastorno que se está abordando: una es la familia y la otra es la escuela, ambas entidades son el universo del menor.

##### **4.4.1 Actitudes de la familia frente al diagnóstico y tratamiento del TDAH.**

A pesar de que el TDAH es el trastorno más común en la infancia y la adolescencia, resulta sorprenderse percatarse de que no existe evidencia empírica acerca de las actitudes que manifiestan los padres ante la problemática, el diagnóstico y el tratamiento de sus hijos con esta patología.

Sin embargo, es importante señalar que es de suma importancia escudriñar el pensamiento y las actitudes que los padres guardan respecto de su hijo y el trastorno que padece, pues mediante este conocimiento se podrá comprender mejor la interacción familiar en cada momento de crisis. Conocer la quejas de los padres, significa penetrar realmente en las repercusiones emocionales que el niño provoca en ellos y por ende su reacción. Un hijo con TDAH genera un cambio tal en la familia, que ésta comienza a cerrar sus relaciones con el exterior y se enfrasca en sí misma y en sus dificultades (Uriarte, op.cit.).

Vale la pena mencionar que existe gran similitud entre muchos rasgos de conducta entre las familias de infantes TDAH, a pesar de sus diferentes condiciones sociales y de integración. Ello genera conciencia en el psicólogo clínico de que una patología determinada, desencadena conductas precisas en el conjunto familiar (Ibíd.).

El TDAH, como muchos trastornos psiquiátricos, presenta características especiales que dificultan a los padres reconocer de qué alteración se trata, por ejemplo, el inicio s incidioso, no existe compromiso intelectual y el desarrollo gradual del trastorno facilita la adaptación del niño, por lo que es más difícil reconocerlo como anormal. Por ello, la familia no tiene los indicios adecuados que le permitan reconocer el TDAH como patología, sin embargo el problema viene cuando el niño ingresa a la escuela, pues el profesor o la maestra son los primeros en manifestar las dificultades de conducta y focalización que el menor presenta debido a los requerimientos que se le demandan.

La primera reacción de los padres es la negación, sobre todo de parte del padre, ya que es común en nuestra cultura, que él poco se encargue del trabajo académico de los hijos, por lo cual tiende a minimizar la sintomatología que se hace patente hasta que el menor tiene acceso a los ambientes estructurados escolares (Mendoza, op. cit.).

La negación por parte de los padres, se manifiesta cuando argumentan pretextos y excusas ante el comportamiento de sus hijos o bien con la esperanza de que una modificación mágica vendrá y pondrá todo en orden (Uriarte, op.cit.).

Ante este cuadro sintomatológico en el menor y en la familia, es muy común que se presente el fenómeno del chivo expiatorio, el cual consiste en que todos los miembros de la familia culpan a uno de toda problemática que en el interior de ella se presenten (Ibíd.). El problema de la dinámica familiar tiende a complejizarse, cuando la familia nuclear no tiene bien definidos sus límites y se inmiscuye en demasía la familia extensa, como son los abuelos o los tíos, ya que tienden a negar sobremanera toda clase de trastorno ya que pone en tela de juicio *la reputación familiar* (Ibíd.).

Las principales reacciones de los padres y familiares ante un hijo diagnosticado con TDAH son: Culpa, enojo, decepción y ansiedad. Los padres pueden inclusive caer en episodios depresivos debido a las pérdidas constantes, sin ganancias, sin esperanzas ni ilusiones. De ahí que la labor clínica con los padres sea de darles esperanzas e ilusiones. Una técnica altamente efectiva es la del Análisis del error para lograr la auto-corrección: *todos nos equivocamos pero debemos darnos el espacio para corregirlo* (Mendoza, op.cit.).

Las reacciones emocionales de los hermanos y otros miembros de la familia pueden ser:

- Temor a tener el mismo problema.
- Culpables por su éxito escolar.
- Celos por que su hermano es más atendido.
- Compasión.
- Rencor hacia él por provocar problemas familiares.
- Culpa.
- Ansiedad.
- La reacción de los abuelos es de decepción por romper la tradición familiar, el abolengo y el prestigio familiar (Ibíd.).

El mejor instrumento que la bibliografía propone para indagar estos rubros, es la entrevista con la familia y la complementación de cuestionarios y escalas específicas, ya abordados en los capítulos precedentes.

Luego de identificados los trastornos emocionales que cada uno de los miembros pueda experimentar ante el TDAH de un integrante, el Dr. Uriarte (op.cit.) sugiere indagar sobre

las actitudes correctivas de los padres. Si se pregunta a un padre cualquiera sobre los métodos correctivos que aplica a sus hijos, contestará muy probablemente como un conocedor, sin embargo, ello no ocurre si se le pregunta a un padre con un hijo TDAH, al contrario se observa gran desconcierto. No sabe qué hacer, ni qué actitud tomar. Cualquier acción que realiza parece estar destinada al fracaso. Un premio o un castigo son inútiles.

Los infantes con TDAH muy comúnmente presentan un trastorno fundamental que el Dr. Velasco Fernández (1980) denominó *desobediencia patológica*, caracterizado por impulsividad, hiperactividad, alto umbral al dolor, desobediencia pertinaz, etc. Así, resulta sencillo entender que con tal tipo de reacción, los padres lleven a cabo los procedimientos correctivos que a su entender son los más adecuados: golpes, castigos, humillaciones, etc., pero a pesar de todo, el niño parece rebelarse a los procedimientos de rectificación, por complejos que sean. Padres demasiado impulsivos, pueden castigar severamente a sus hijos, de tal forma que el niño TDAH presenta además sintomatología propia del niño maltratado (Ibíd.).

Dado lo anterior, el trabajo clínico con los padres debe incluir: Aceptación del problema de su hijo, orientaciones sobre como ayudar al menor y tener paciencia (Mendoza, Ibíd.).

De ahí que el terapeuta deba identificar, entender y corregir actitudes y prácticas inadecuadas en la interacción familiar con el fin de rehabilitar al menor y mejorar la dinámica de la familia.

#### **4.4.2 Asesoría a los padres.**

Con lo expuesto en las líneas anteriores, resulta evidente que para un buen tratamiento del TDAH, no basta con manejar al niño, sino que es indispensable asesorar a los padres, desde un simple consejo terapéutico hasta una psicoterapia bien estructurada.

La asesoría a padres tiene como objetivo, primero, conocer algunos aspectos de importancia como:

- Filosofía de la familia,
- actitudes respecto de la educación,
- calidad de la interacción madre-hijo,
- ambiente hogareño,
- nivel socioeconómico y sociocultural,

- estado actual de las relaciones interfamiliares y
- conductas que exacerban el TDAH .

Como objetivos secundarios se encuentra:

- Percatarse de las dificultades que en particular tiene dicha familia con el problema del niño.

Y finalmente, en tercer lugar:

- Proporcionarles los conocimientos y procedimientos que resulten más útiles (Uriarte, op.cit.).

Estas proposiciones se sugiere que se lleven al cabo de forma grupal, primeramente con cada pareja en forma individual, sobretodo en las primeras sesiones y posteriormente se podrán reunir en grupos de cuatro a cinco parejas. Este procedimiento se debe realizar por medio de dinámicas de grupo, en las que uno de los objetivos fundamentales es que los padres expresen sus dificultades con el niño, para que los demás reconozcan que no son los únicos con esa clase de problemas. Es importante que las sesiones se prolonguen hasta el tratamiento para que sobre a marcha se corrijan numerosas conductas inadecuadas que permanezcan aún con el tratamiento farmacológico (Ibíd.).

Wender (op.cit.) propone los siguientes pasos para la asesoría a padres:

- *Dar a conocer el diagnóstico y sus implicaciones.* Al informar a los padres el diagnóstico, éste se debe efectuar sobre el nivel sociocultural de la familia, para explicarles el problema en su lenguaje, claro, sencillo y útil. Resulta de vital importancia el considerar, que todo diagnóstico clínico genera en los padres ansiedad, de ahí que si al momento de proporcionárselos se generase una crisis, se les asista de inmediato. En ese mismo momentos además, es importante recalcar que ellos como padres, tienen un papel importantísimo en la rehabilitación del infante, un papel activo en el grupo terapéutico, pues parte del pronóstico dependerá de su adecuada y entusiasta disposición. Algunos padres piensan en depositar a su hijo en la clínica con lo cual cumplen su obligación, por lo que el terapeuta debe ser muy explícito en las solicitudes y demandas a los padres. Se ha observado que muchos padres reaccionan de dos formas o bien con suma

preocupación o bien con una tranquilidad argumentando que su hijo es así, por lo que se debe sugerir a la pareja que toma terapia.

- *Explicar el tratamiento farmacológico.* Ya se ha mencionado que este tratamiento es el que mayor beneficio proporciona al paciente, sin embargo la televisión, los medios y la desinformación de la población respecto del tratamiento farmacológico genera ansiedades respecto del uso de medicación en el tratamiento del TDAH. De ahí que el terapeuta debe informar claramente sobre los beneficios y efectos de este tratamiento.
- *Modificar inadecuaciones del ambiente.* Esta parte de la asesoría a padres consiste en proporcionarles toda una serie de recomendaciones respecto del ambiente familiar como señales que eliciten ciertos comportamientos (Ibíd.).

Ruiz (op.cit.) propone una serie de sugerencias para asesorar a los padres de familia con un hijo diagnosticado con el TDAH en base a principios conductuales de modificación:

- Desarrollar una observación positiva, analizando las habilidades, aptitudes e intereses y valores del niño.
- Estimular su desarrollo, aceptar, valorar y disfrutar a sus hijos.
- Ayudarle a emplear sus habilidades como compensación de sus limitaciones o alteraciones.
- Ayudarle a desarrollar su auto confianza y auto estima por competencia consigo mismo antes de los demás.
- Estimularle a reconocer sus progresos y ejecuciones por lentas o limitadas que estas puedan ser.
- Ofrecerle demostraciones de cariño y aceptación a través de frecuentes caricias, zalamerías, cosquillas, besos o luchas bulliciosas.
- Tener siempre presente que el niño TDAH necesita gran cantidad de contacto físico y afecto paterno.
- Sorprenderle al niño *siendo bueno* o haciendo alguna cosa deseable, tan frecuente como sea posible y recompensarle con una alabanza, palabra bondadosa, sonrisa o palmada en la espalda.

- Estar seguro de aceptar al niño TDAH tal como es: un infante con un potencial humano para continuar creciendo y desarrollándose. Ser realista con respecto a sus aptitudes y limitaciones y adecuar, por consiguiente, expectativas y demandas.
- Intentar ver el lado positivo de las cosas, reír y bromear con el niño. Ayudarle a descubrir y apreciar el humor y reírse de sí mismo a la vez.
- Implicar al niño en el establecimiento de reglas, regulaciones, limitaciones, esquemas, esparcimientos y otras actividades personales y familiares.
- Darle responsabilidades familiares razonables y tareas caseras en consonancia con sus aptitudes. Enseñarle a realizarlas y luego reconocerle su cumplimiento.
- Ofrecer al infante una asignación económica tan pronto como sea posible y luego, ayudarle a planificar como emplearla. Adecuar la asignación a la madurez del niño y proponerle oportunidades de trabajo razonables para complementarla si lo desea.
- Decir al menor cuando se porta mal y explicarle lo que usted siente acerca de su conducta; después proponerle que ponga en práctica otras formas de conducta más aceptables y estimularle para que las lleve a cabo en el futuro.
- Insistir en que el niño coopere socialmente jugando, ayudando y colaborando con otros en la familia y en la comunidad. Proporcionarle oportunidades adecuadas para la participación social y elogiar la conducta cooperativa.
- Como padres es preciso ser tan constructivamente estables en la propia conducta como sea posible bajo diversas circunstancias. Recordar que cada vez que usted cambia su reacción conductual ante el niño, le confunde acerca de lo que usted desea o cómo desea que actúe.
- Intente no culpabilizarse por los problemas de su hijo, ya que usted no puede controlar cosas tales como la herencia o el entorno escolar. Hágalo lo mejor que pueda como padre y reconozca las muchas cosas positivas que usted ha hecho para ayudar a su hijo.

La asesoría a los padres de familia es de gran importancia en el tratamiento del TDAH, ya que sin su apoyo y compromiso toda intervención terapéutica es inútil.

### 4.4.3 Reestructuración del ambiente familiar.

Otro factor importante de trabajar con los padres en el proceso terapéutico de rehabilitación del infante con TDAH es la estructuración del ambiente familiar.

La experiencia clínica indica que reglas congruentes y firmes son de fundamental utilidad en esta patología y a pesar de no existir un estudio bien documentado acerca del efecto terapéutico de un ambiente bien estructurado, los indicios sugieren que un niño con tales características requiere de la organización y jerarquización de los eventos del ambiente familiar, pues como ya se ha señalado, no todos los padres tienen la capacidad para educarlos; además, estos niños muestran una gran dificultad para condicionarlos.

Por otro lado, muchas investigaciones han mostrado que gran parte de infantes TDAH provienen de ambientes familiares caóticos. De ahí que se requiera una intervención, que organice el ambiente familiar. Para lo cual Uriarte (Ibíd.) propone:

- *Jerarquizar las conductas infantiles.* Estos es, distinguir entre nimiedades y conductas realmente graves y administrar la consecuencia correspondiente en función de la gravedad de la falta.
- *Advertir al niño claramente sobre el programa o plan de premios y castigos.* Aquí se trata de jerarquizar recompensas o privaciones ante las conductas desplegadas por el infante TDAH. De este modo una acción se compara con una reacción paterna.
- *Decir las órdenes sólo una vez.* Mediante este procedimiento se pretende enseñar al menor a reconocer que las palabras de los padres tienen un valor verdadero. Esto no solo proporciona comodidad a la garganta, sino también se ayuda a l menor a concebir un ambiente altamente predecible, lo cual resulta más fácil de asimilar. Uno de los vicios que con mayor frecuencia se presenta en estos padres es la multiplicidad y frecuencia de las advertencias sobre lo que sucederá al niño si no corrige tal actitud, lo cual el niño no tiene en cuenta, porque el castigo nunca o casi nunca se acompaña inmediatamente de la advertencia.
- *Acordar entre los padres los procedimientos correctivos.* Las contingencias a la conducta del menor TDAH debe ser sostenidos por ambos padres y cualquier otro familiar que intervenga en la educación del menor. De esta manera se forma un

frente común consistente, pues se debe recordar que la modificación conductual se fundamenta no en la magnitud del reforzamiento, sino en la consistencia del mismo.

Se ha observado, que cuando se propone dicho manejo a la familia, el padre es el miembro que mayor entusiasmo manifiesta, pues en la mayoría de los casos permanece poco tiempo en el hogar, de esta forma, es en la madre quien recae el trabajo principal (Ibíd.)

Tanner y Hanmer (1998) sugieren que los cambios estructurales en el hogar son parte importante del trabajo de los padres en la rehabilitación terapéutica de estos infantes. Resaltan como primer término:

- *Definir claramente reglas, consecuencias y recompensas.* Las cuales pueden ser escritas por el menor y colocadas en lugares visibles de la casa. Dichas reglas deben redactarse en sentido positivo, pues el cerebro difícilmente codifica en sentido negativo.
- *Ayudar al menor a entender los pasos a seguir para la realización de una tarea.* Es común que un niño TDAH no complemente las actividades y tareas que se le encomiendan, de ahí que sea importante enseñarle a efectuar, a su nivel, un análisis de las actividades componentes para llegar a la consecución de la tarea.
- *Determinar un lugar para cada cosa .* El secreto del orden esta en asignarle un lugar a cada cosa y cada cosa en su lugar. Es importante que el padre de familia reitere la orden de que si el menor ha empleado un objeto, lo devuelva al lugar del que lo tomó.
- *Use relojes con alarma para determinar tiempos.* Los menores con TDAH requieren de ayudas externas y ambientales para estructurar sus experiencias y organizarse mentalmente pues no prestan atención al tiempo, de ahí que sea de gran utilidad el empleo de relojes digitales con alarma para determinar tiempos para cada actividad.



Fig. 4.23 El empleo de relojes es útil en la rehabilitación de infantes con TDAH

- *Elaborar un horario cotidiano de actividades.* Esta técnica es muy útil tanto para padres como para el menor. La elaboración en conjunto con el niño, de un horario de actividades fomenta el orden, estructuración y compromiso con el mismo.
- *Elaborar un tablero de reforzamiento.* Esta técnica consiste en elaborar un pequeño tablero en el cual se señale con un dibujo o una estrellita, el día en el cual el niño ha cumplido con los acuerdos conductuales, de tal forma que al término de la semana o la quincena si acumula determinado número de estrellitas, el menor se hace acreedor a una recompensa. Este tablero permite al menor visualizar sus actos y sus consecuencias.
- *Tiempo fuera.* Esta técnica conductual consiste en administrar al menor una consecuencia punitiva luego de emitir una conducta inapropiada, contraria a lo previamente acordado con él. El tiempo fuera se puede proporcionar colocando al menor de pie en una esquina o en un determinado lugar por 3 ó 5 minutos. Esta técnica permite al menor visualizar la consecuencia de sus actos.
- *Determinar un lugar especial para cada actividad.* Resulta de gran importancia que en el hogar el menor tenga claro el espacio especial que está asignado para cada actividad: estudio, tareas, juego, comida, etc.
- *Buscar grupos TDAH de ayuda.* Es muy recomendable tanto para padres como para hijos, establecer contacto con esta clase de asociaciones avocadas en este trastorno. Estas proporcionarán guía y apoyo para la familia.
- *Supervisión del juego del infante.* La supervisión de las actividades lúdicas de los menores con TDAH es importante ya que se les proporciona soporte, al tiempo que se cuida su integridad física, salvo que ésta supervisión debe ser discreta para evitar el apego.
- *Enseñar habilidades nuevas.* Es muy común que los niños TDAH presenten como síntomas colaterales, déficit en sus habilidades sociales, por lo que los padres pueden apoyar estos procesos por medio del incremento de los círculos sociales de los niños, formando grupos de niños y amiguitos en los cuales pongan en práctica habilidades como iniciar y terminar una conversación, etc.

- *Libros.* Existen en el mercado gran cantidad de libros y materiales impresos que proporcionarán a los padres nuevas ideas y tips para ayudar más y mejor a sus hijos.

Por su parte, Walker y Shea (2001) sugieren como parte del manejo conductual a padres de familia ciertos principios de modificación conductual para extinguir conductas disruptivas y mantener las apropiadas:

- a. Identifique y describa la conducta “*blanco*” específica que desea modificar.
- b. En una junta familiar lleguen a un acuerdo con el niño, en donde le expliquen la conducta específica que desean que exhiba, con la cual el niño demostrará su amor por sus padres y su responsabilidad.
- c. Si el niño exhibe la conducta deseada, entonces la consecuencia será agradable y recompensable. Premie a su hijo de la siguiente manera:
  - 1.- Indique al niño la conducta específica por la cual le premia.
  - 2.- Felicítelo muy afectuosamente, con palabras cariñosas y contacto físico. Es esencial que el niño perciba amor y orgullo de su parte.
  - 3.- Entregue una recompensa pequeña que le sea agradable al niño (galleta, dulce), la cual debe ser pequeña y agradable, con la finalidad de que el niño asocie que dicha conducta trae buenas consecuencias.
- d. Si la conducta del niño no es la acordada, entonces procederá una consecuencia no agradable, a la cual comúnmente le conocemos como “*castigo*”. Aplique la consecuencia correspondiente de la siguiente manera:
  - 1.- Indique al niño la conducta específica por la cual le sanciona.
  - 2.- Muéstrese molesto (a) con la conducta del niño, no con el niño. Hágale saber que no ha cumplido con lo pactado y que con ello no les demuestra su cariño.
  - 3.- Quítele una actividad preferida sólo por ese día (t.v., juego de video, película, etc.).
  - 4.- Encárguele un trabajo doméstico extra.
  - 5.- Evite:
    - Amenazas.
    - Maltrato físico.
    - Agresiones verbales: insultos, desprecios, groserías.

- e. Sólo se reforzará (con premio o sanción) la conducta específica que se desea modificar.
- f. Se reforzará (con premio o castigo) la conducta específica sólo después de que se exhiba.
- g. La conducta blanco debe reforzarse lo más inmediatamente posibles después de exhibirse.
- h. Durante las etapas iniciales del proceso de cambio de conducta se refuerza cada vez que se exhiba.
- i. Cuando la conducta blanco recién adquirida se presenta con regularidad, se premia ocasionalmente.
- j. Al premiar al niño los reforzadores sociales (Halagos, felicitaciones, etc.) siempre se aplican con reforzadores materiales (dulces, galletas, etc.). Gradualmente el reforzador material se le retira al niño y la conducta blanco se mantiene con reforzadores sociales ocasionales.
- k. Toda conducta de *Berrinche* (llanto, gritos, etc.) deberá ignorarse. No conceda nada de lo que su hijo le pida por medio de berrinches.
- l. Tanto Papá como Mamá deberán coordinarse para ambos aplicar las mismas consecuencias que la conducta del niño amerita. Ello es indispensable para el éxito en el proceso de modificación, además de reafirmar su autoridad como papás.
- m. El objetivo del proceso de modificación de conducta es lograr que:
  1. El niño visualice que sus actos traen una consecuencia y que es responsable de ello, que es capaz de lograr las metas que se propone.
  2. El niño automaneje y regule su comportamiento en base a la autosatisfacción, el reforzamiento social ocasional y las recompensas materiales retardadas.

Blazer (1999) sugiere una guía para los niños con TDAH, la cual consta de una serie de actividades y disposiciones que fomentan y favorecen los procesos de atención en los infantes:

- Una noche antes de ir a la escuela la ropa debe estar lista, la tarea hecha y la mochila preparada.

- Dormir facilita que se ponga atención en la clase del día siguiente, así que la hora de irse a dormir debe oscilar entre las 8.30 pm. y no después de las 9.30 pm.
- Cada mañana, el menor debe desayunar, tomar sus vitaminas y/o su medicamento.

Ruiz (op.cit.) expone que también los padres pueden ayudar a sus hijos ofreciéndoles una enseñanza familiar complementaria y una orientación. Esto se debe realizar de una manera cuidadosa y no suplantar a la enseñanza formal o la psicoterapia. Sin embargo, trabajando estrechamente con el profesor y el terapeuta, es posible que los padres realicen contribuciones significativas a la mejoría del comportamiento y aprendizaje de sus hijos. Las siguientes orientaciones pueden ser valiosas para los padres interesados en desarrollar una instrucción complementaria en casa:

- a) Empezar visitando la escuela y observando los éxitos y limitaciones del niño. A continuación hablar con el profesor y pedirle consejo acerca de las formas específicas en que usted podría ayudar o enseñar al niño en casa.
- b) Preguntar al profesor o terapeuta los ejercicios específicos que se emplean para el entrenamiento en relajación, reducción de la tensión, la inhibición muscular o el desarrollo de la atención y concentración. Averiguar cómo y con qué frecuencia emplean dichos ejercicios.
- c) Iniciar su propio programa instructivo complementario en casa, implementando 5 minutos por la mañana de ejercicios y 10 ó 15 minutos por la tarde.
- d) Varias veces por semana, acompañar al menor en un ejercicio de tranquila meditación durante 3 ó 4 minutos. De esta forma usted puede ser un buen modelo de cómo permanecer quieto y concentrado. La familia entera también puede participar.
- e) Concluir su programa de ejercicios especiales dando un ligero masaje en el cuello, hombros y espalda del niño.
- f) Asegurarse de implicar a su cónyuge en el programa de ejercicios especiales del niño. Es necesario, que los esposos diseñen juntos el programa y tengan un contacto directo con el niño durante su instrucción.
- g) Ser estable y perseverante en el programa hasta que se decida cambiarlo. El reducir la conducta hiperactiva y seguir el plan de trabajo establecido lleva tiempo.

- h) Cuando el niño cometa errores, ayudarle a corregirlos, enseñando y demostrándole lo que debe hacer. Tener cuidado de no regañar y elogiar, más bien, el progreso y éxito parcial.
- i) Asegúrese de proporcionarle al niño un lugar para trabajar y estudiar sin interrupciones.
- j) Asegúrese de que el niño reciba una dieta nutritiva en casa y en la escuela. Es especialmente importante que vaya a la escuela habiendo tomado un buen desayuno y que reciba algún alimento rico en proteínas por la mañana y en el almuerzo.
- k) No permita que le suspendan de la escuela regular, explicar a las autoridades escolares el problema de su hijo y el proceso de rehabilitación.

Finalmente, es importante reiterar a los padres de familia que el tratamiento del TDAH es un trabajo en conjunto y un proceso largo y difícil.

#### **4.5 Participación de la Escuela en el tratamiento clínico.**

El otro gran mundo en el que el infante con TDAH, y todo niño en general, se desenvuelve es la escuela. La escuela como institución formadora más importante en la infancia, exige al alumno atributos que el niño TDAH no reúne, de ahí que este ámbito sea uno de los principales escenarios en los que se manifiesta el TDAH en toda su plenitud. Como ya se ha comentado en líneas y capítulos precedentes, la problemática de los niños TDAH no se limita a trastornos de conducta, sino que incluye trastornos específicos de aprendizaje tales como la dislexia, dislalias y disortografía entre otros.

Hasta el momento, no es posible asegurar que sólo la falta de atención y la hiperactividad sean los responsables de los trastornos del aprendizaje, ya que cuando se corrigen los primeros, en muchos casos, se requiere de un tratamiento psicopedagógico adicional para los segundos (Uriarte, op.cit.).

Dado lo anterior, es fácil deducir que es una labor ardua, difícil e importante la de los docentes que interactúan con estos infantes, en el proceso de identificación de la sintomatología, diagnóstico y tratamiento.

### 4.5.1 Conductas y actitudes del Maestro hacia el TDAH.

No cabe duda que el profesor es la figura fundamental para entender y ayudar al niño TDAH, por ello, no se deben escatimar esfuerzos para conocer las características propias de esta profesión y las de su personalidad particular.

Un primer elemento que el terapeuta debe considerar es la opinión del maestro acerca del TDAH, la cual se puede conocer por medio de una entrevista con el mismo profesor, así como con el completamiento de ciertas escalas.

En los estudios realizados por Uriarte (op.cit.), el autor encontró que la totalidad de los maestros consideran que los niños TDAH presentan dificultades para mantener fija la atención en su trabajo escolar; en segundo lugar se halló que los maestros consideraban que estos infantes presentan desidia y en tercer lugar aparece la inquietud, percibida por los maestros no solo como levantarse del asiento sino por el ruido constante que emite el menor. A todas estas actitudes también se le puede asignar la connotación de egocéntrico *busca llamar la atención*.



Fig. 4.24 Las actitudes de los profesores hacia los infantes TDAH son por lo general aversivas y de desagrado.

Con tales características, el maestro piensa que el niño requiere desarrollar mucha actividad, pues la hiperactividad y la impulsividad dan la impresión de gran vitalidad y energía, por lo cual no es de sorprender que aconseje a los padres *cansar al niño*. Dicha intranquilidad es la causa fundamental para que el maestro se exaspere y envíe al niño a tratamiento.

Las dificultades para mantener la atención y permanecer en un sitio, provocan en el menor conductas para justificar su comportamiento, como lo es el decir mentiras, que es una queja frecuente de los maestros, además de un comportamiento ansioso, miedoso, desafiante, desobediente y poco sociable.

Los profesores además señalan, que el niño TDAH se ríe cuando se le llama la atención y otras veces se asusta demasiado ante un problema menor, por lo que la actitud del

maestro ante estos niños es de desconcierto, fastidio y rechazo, actitudes y conductas comprensibles pues lo único predecible de la conducta de un niño TDAH es lo impredecible. Quizá, exista algún maestro que tome el caso del niño como un reto profesional, con base en la idea de que *en el fondo es bueno* y que ha sido incomprendido por todos (Ibíd.).

Un alumno distinto, se quiera o no, provocará un actitud diferente en los maestros respecto del grueso del grupo y si se les pregunta su opinión referente a lo que sucede con el menor, frecuentemente contentan que esta mal educado, muy consentido o muy presionado; también sospechan problemas familiares o lesión cerebral.

Por otra parte, uno de los conceptos más frecuentemente expresados sobre la problemática de estos infantes es el de *inmadurez* y es referido a dos situaciones: una que se comporta como si tuviera menor edad y otra que no puede realizar el trabajo académico encomendado.

Como se puede observar, las actitudes que los docentes guardan respecto de este síndrome tiene una amplia variación, pero se pueden agrupar en dos fundamentales:

- En una se percibe como *amenaza*, por que pone a prueba la habilidad y la autoridad del maestro.
- En otra como un *reto*, porque el maestro deberá estar preparado para resolver cualquier problema surgido en la clase (Ibíd.).

Ahora bien, el psicoterapeuta debe tener especial cuidado en las actitudes empíricas de los maestros con el fin de controlar la problemática de estos pequeños.

Por principio de cuentas el profesor y la escuela primaria desde sus orígenes, se basan para motivar y controlar la conducta de los niños en un código caracterizado por premios (buenas calificaciones, prestigio social y manifestación afectuosa del maestro) y/o castigos (malas calificaciones, desprestigio, castigos físicos).

Sin embargo, el niño TDAH estos procedimientos no resultan. Wender (op.cit.) plantea que en el niño TDAH existe una incapacidad para experimentar el premio o el castigo, debido a ello, el infante no entra en las reglas del aula y por ende no es fácil controlar su conducta y su aprendizaje.

De ahí que el profesor empleo métodos muy aversivos para controlar a los infantes diagnosticados con TDAH. Entre los castigos corroborados se encuentran los siguientes:

trapear el salón, lavar los baños, encerrarlo en una bodega oscura, enchilarlo, quitarle su almuerzo, mantenerlo en un rincón con la manos en alto, sentarlo sin calzones en el piso frío, etc. Algunos profesores han llegado a suministrar tranquilizantes a los menores sin consentimiento de los padres, otros les asignan apodosos sumamente ridiculizantes como: *el loco, el E.T., el teflón, el taras, el lombrices en el fundillo, etc.*

Además se ha observado, que muy frecuentemente se les amarra en el asiento escolar para evitar que los niños se levanten, se les prohíbe ir al sanitario, pues el maestro argumenta que ya no sabe cuando va a salir a *dar lata* o cuando tiene una necesidad fisiológica.

El aislamiento es uno de los recursos más empleado por los maestros, pues no sólo el menor tiene problemas, sino que genera un gran descontrol en el grupo, de ahí que los docentes opten por sentarlo solo en una banca, sentarlo cerca del escritorio de la maestra, dejarlo sin recreo y demás (Ibíd.).

Cuando se han acabado los métodos correctivos y ninguno ha surtido efecto, es entonces que la gran mayoría procede a la suspensión y a la expulsión definitiva, y es cuando acuden a solicitar ayuda profesional bajo la expectativa de una rehabilitación inmediata y casi mágica. Es entonces cuando el clínico puede vislumbrar la actitud del docente hacia el profesional del comportamiento, es decir, el psicólogo: una actitud totalmente cerrada, aversiva y de negación a colaborar con el trabajo multidisciplinario para tratar clínicamente al menor que ellos mismos han canalizado. Otros docentes muestran ven con desagrado que alguno de sus alumnos acuda a una clínica o centro psicológico, pues consideran que ello representará mayor trabajo: contestar cuestionarios, llamadas telefónicas, observar al menor, etc. Por otra parte, algunos maestros tienen la experiencia y la expectativa, de que esas clínicas psicológicas son un fracaso y pérdida de tiempo (Ibíd.).

Es por tanto, esencial que el terapeuta identifique todas estas actitudes de parte de los maestros del menor y por medio de su habilidad clínica logre involucrarlos en la rehabilitación terapéutica del infante, pues se debe recordar que una actitud es una predisposición aprendida y por tanto es susceptible de modificación.

### 4.5.2 Participación del Maestro en el tratamiento clínico.

Como se puede ver, el papel del maestro en la vida y la rehabilitación del menor con TDAH es muy importante. De ahí que el terapeuta deba instruir al profesor en cuanto a la etiología del TDAH y principalmente en el manejo del niño dentro del aula.

La fundación D.A. (1995), Blazer (1999), Tañer y Hanmer (1998) Baren (2000) entre otros, han emitido toda una serie de principios eficaces para la enseñanza de estudiantes TDAH, aclarando que ninguna estrategia es funcional para todos los alumnos, sino que éstas deben adecuarse a cada caso:

- *Puntos importantes para la organización física del aula.*
  - a) Colocar los pupitres en fila, para facilitar el desplazamiento en el interior del salón.
  - b) Evitar mesas grandes para varios educandos.
  - c) Si es posible, sentar al estudiante cerca del maestro.
  - d) Aleje el pupitre del estudiante de pasillos y ventanas.
  - e) Limitar el uso de distractores visuales y auditivos en la clase.
  - f) Colocar a estudiantes modelo cerca del infante TDAH.
  - g) Él profesor deberá colocarse cerca del estudiantes TDAH cuando se dé una instrucción o un a lección.
  
- *Puntos importantes sobre el estilo de enseñanza.*
  - a) Inculcar la organización y el establecimiento de metas:
    - Formar el hábito en el menor de ordenar sus útiles de clase diariamente.
    - Reconocer sus pequeños avances.
    - Ajustar las expectativas de clase a las posibilidades del estudiante.
    - Establecer junto con el alumno metas reales a corto plazo, subdividiéndola en metas pequeñas.
  - b) Planificar las transiciones de antemano:
    - Establecer reglas, pocas y claras.
    - Repasar esas reglas.

- Supervisar las transiciones.
  - Dar límite de tiempo para realizar las transiciones.
- c) Durante el período de trabajo, mantener el movimiento de estudiantes al mínimo.
- d) Prever períodos cortos de movimientos en la clase, después de secciones de trabajo prolongadas.
  
- *Puntos importantes sobre la presentación de las lecciones.*
  - a) Asegurarse de tener la atención del estudiante TDAH antes de iniciar la lección.
  - b) Con frecuencia mirarle a los ojos.
  - c) Vincular la lección con algún tema de interés.
  - d) Adecuar las actividades a su limitada capacidad de atención: disminuyendo la actividad para él, dándole más tiempo, ofreciéndole descansos esporádicos y motivándolo a continuar.
  - e) Proporcionar un esquema, los conceptos más importantes y el vocabulario básico antes de comenzar la lección.
  - f) Asegurarse de presentar la lección a un ritmo adecuado.
  - g) Incluir variedad de actividades multisensoriales durante cada lección.
  - h) Siempre que sea posible, planear lecciones cortas y *al grano*.
  - i) Involucre al estudiante durante la lección utilizando:
    - Centros de interés.
    - Materiales de auto corrección.
    - Permitiendo la participación frecuente.
    - Incluyendo actividades en las que se interpreten roles.
    - Interactuando frecuentemente.
  - j) Mientras se explica la clase, dirigirse al estudiante TDAH por su nombre.
  - k) Escribir notas personales a los estudiantes comentando su rendimiento.
  - l) Proporcionar tiempo para que discuta con un compañero y pueda repasar y aclarar conceptos.
  
- *Puntos importantes sobre hojas de trabajo y exámenes.*
  - a) Recordar que un niño TDAH tiene que ser evaluado de manera diferente.
  - b) Mantener un formato simple, sin muchas actividades ni letras por página.

- c) Disminuir la longitud de las tareas y actividades.
  - d) Proveer ambientes alternativos con menos distractores donde puedan hacer sus exámenes.
  - e) Proveer prácticas y evaluaciones a realizar en casa.
  - f) Si existe alguna sección a enfatizar, esta se debe circular y resaltar.
  - g) Dividir la página en secciones y ocultar las que no se usen en ese momento.
  - h) Los exámenes deben elaborarse clara y formalmente.
  - i) Proporcionar espacio suficiente para las respuestas.
- *Puntos importantes sobre tareas y asignaciones.*
    - a) Dentro de lo posible, el profesor debe limitar tareas y asignaciones. Por ejemplo: solo pedir la mitad de los ejercicios de matemáticas.
    - b) Revisar y explicar las tareas a realizar en casa. Usar la expresión verbal al tiempo que se usa la pizarra.
    - c) Dar tiempo suficiente para copiar el pizarrón.
    - d) Establecer un sistema de apoyo con un compañero que le asegure al profesor que el estudiante comprende lo que debe hacer de tarea y que lleve todos sus útiles.
    - e) Utilice una libreta de tareas y fírmela una vez que halla copiado la tarea o un recado.
    - f) Proporcionarle esquemas, cuestionarios y guías para estudiar.
  - *Puntos importantes sobre la organización.*
    - a) Establecer y mantener a la vista la rutina de clase y el horario.
    - b) Esquematizar en forma de lista los pasos a seguir para procedimientos específicos.
    - c) Dividir las asignaciones largas o complejas en secciones y determinar fechas para la entrega de cada sección.
    - d) Repasar las fechas de entrega de cada trabajo.
    - e) Ayudar a los estudiantes a desarrollar un sistema para llevar el control de las tareas y trabajos ya entregados.
    - f) Proveer cuestionarios y guías de estudio.

- g) Pedir a los estudiantes limpieza y orden en el aula.
  
- *Puntos importantes sobre el control de la conducta.*
  - a) Mantener el orden en el aula:
    - Establecer rutinas y límites.
    - Los padres deben seguir reglas y rutinas semejantes.
    - Las reglas deben aplicarse consecuentemente.
    - Se debe elogiar a los estudiantes cuando estos sigan las reglas.
  - b) Ser consistente al seguir las reglas del comportamiento de la clase y del estudiante.
  - c) Utilizar órdenes, advertencias y consecuencias eficaces para mejorar la disciplina:
    - Indicaciones específicas y breves se dicen sólo una vez.
    - Consecuencias claras y se siguen inmediatamente después.
    - Consecuencias que se aplican de una manera serena, firme y eficiente.
    - Reforzar comportamientos específicos.
    - Evitar comentarios largos y generales.
  
- *Puntos importantes sobre el estudiante mismo.*
  - a) Identificar las cualidades del estudiante.
  - b) Aprobar la conducta en el momento adecuado.
  - c) Cuando sea posible utilice el trabajo del estudiante TDAH como ejemplo positivo.
  - d) Utilizar la atención del profesor como estímulo para motivarlo.
  - e) Ayudarle a usar una agenda para anotar tareas y recados.
  - f) Implementar un programa individual de comportamientos con puntos o privilegios por cumplir con su trabajo.
  - g) Desarrolle un sistema de premios y consecuencias para el trabajo realizado en el colegio y en casa.
  - h) Usar un cronómetro con alarma para ayudar a los estudiantes a mantener la atención en el trabajo que realizan. Se puede administrar una consecuencia reforzante si le ganan al cronómetro con un trabajo bien hecho.

- i) Establezca alguna señal secreta para recordarle al estudiante que debe continuar su trabajo. Asegúrese de felicitarlo cuando se mantiene haciendo su trabajo.
- j) Establecer contratos conductuales entre el estudiante, los padres y sus profesores para reforzar comportamientos específicos.
- k) Darle oportunidades de escoger cuando sea posible. Podría escoger trabajar en matemáticas y luego lectura.
- l) Establecer con el estudiante objetivos diarios, semanales o mensuales y brindarle retroalimentación frecuente de su progreso.
- m) Enseñarle la auto comprobación: revisar su trabajo antes de entregarlo.
- *Principios de remediación*
  - a) Cuando muestra exceso de actividad.
    - No tratar de reducir su actividad, sino canalizarla.
    - Ofrecer diferentes ejercicios y actividades a realizar.
    - Permitir que se pare y se mueva dentro del aula.
    - Brindar actividades que impliquen movimiento.
  - b) Cuando no es capaz de esperar (impulsividad).
    - Darle oportunidad de realizar otras cosas mientras espera su turno.
    - Pedirle que subraye o vuelva escribir las instrucciones antes de comenzar su trabajo.
    - Permitir que tenga algo en su mano mientras escucha o espera.
    - Estimularlo al tomar notas.
  - c) Cuando no mantiene la atención en actividades de rutina.
    - Disminuir el tiempo de trabajo. Dividir las actividades en periodos cortos.
    - Ofrecer actividades más atractivas a realizar.
    - Disminuir la cantidad de ejercicios.
    - Ofrecer explicaciones claras y precisas.
    - Permitir trabajar en grupo.
    - Planear actividades interesantes.
    - Usar carteles y otros medios audiovisuales cuando se explica un tema.
    - Sentarlo cerca del maestro.

- d) Cuando no completa actividades y no sigue instrucciones.
  - Determinar que prefiere y que le incentiva.
  - Convertir sus intereses en tareas.
  - Permitir que use diferentes medios para expresarse.
  - Modificar las tareas de acuerdo a sus posibilidades.
  - Asegurarse de que la desorganización no es la causa por la cual no complete un trabajo.
- e) Cuando tiene dificultad para iniciar una tarea.
  - Ofrecer más estructura.
  - Usar instrucciones verbales y/o escritas.
  - Señalar la estructura de las tareas.
  - Permitir el trabajo en parejas.
- f) Cuando tiene dificultad para entregar un trabajo a tiempo.
  - Escribir en una lista los trabajos y las fechas de entrega.
  - Usar libreta de tareas.
  - Asegurarse de que anote las tareas.
  - Establecer rutinas de dónde colocar sus trabajos.
  - Enseñarle a organizar su espacio, a que se pregunte *¿tengo todo lo que necesito, todo lo que debo llevar a casa?*.
- g) Para aumentar el pensamiento y la organización secuencial.
  - Practicar cómo planear diferentes actividades.
  - Practicar calcular cuanto tiempo se necesita para llevar a cabo determinada actividad.
  - Ayudarle y enseñarle a tomar notas y estructurar un horario de actividades.
- h) Cuando su letra y su trabajo sean deficientes.
  - Reducir la cantidad de trabajos que debe copiar.
  - Permitir que copie de las notas de un compañero.
  - Sustituir los trabajos de escritura por fotocopias.
  - Permitir los trabajos hechos a computadora.
  - Mostrar la clase de trabajos bien elaborados.
- i) Cuando su autoestima es baja.
  - Reconocer su tareas y esfuerzos.

- Reconocer que el exceso de actividad puede convertirse en energía productiva.
- Señalar lo positivo y no sus errores.
- Dar un mensaje de fe, no de lástima.
- *Puntos importantes sobre el contacto del profesor con los padres.*
  - a) El maestro es la figura clave para el establecimiento de una relación positiva.
  - b) El maestro debe considerar que los padres vendrán a él con una actitud a la defensiva.
  - c) Aclarar que se debe formar una alianza cooperativa en bien del menor.
  - d) No inundar con quejas.
  - e) Explicar cual es el apoyo que se requiere del padre, del niño y de lo que la institución puede brindar.
  - f) Planear: llamadas telefónicas rápidas, envío de mensajes, observaciones de las diferentes personas involucradas, reuniones periódicas.
  - g) Informar al padre sobre los enfoques empleados en la instrucción del niño.
  - h) Obtener de los padres información acerca de intereses, actividades favoritas, talentos especiales, técnicas disciplinarias, etc. para usarlas en clase.

El que el terapeuta logre del maestro una participación comprometida en el tratamiento, es fundamental para una optima rehabilitación del menor.

## CAPÍTULO 5 EL TDAH RESIDUAL

*En este capítulo último se aborda el tema del TDAH en adultos, también tipificado como TDAH residual. Se abordan aspectos tales como las características diagnósticas, procesos de evaluación y tratamiento.*

---

Anteriormente se pensaba que los infantes diagnosticados con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) mejoraban del todo al llegar a la pubertad, y que como respuesta a las modificaciones hormonales, se corregían las desviaciones conductuales que tantas dificultades les habían generado en la infancia.

Sin embargo, hoy en día se sabe que un grupo importante de estos niños no tendrá esta suerte, sino que su sintomatología, si bien se modificará en ciertos componentes, perdurará hasta la edad adulta generando una serie de complicaciones y trastornos que comórbidamente se presentarán, afectando una gran cantidad de ámbitos en el individuo como el laboral, el familiar, el afectivo, el social entre otros.

### **5.1 Características Diagnósticas del TDAH residual.**

El TDAH de tipo residual al igual que el TDAH en la infancia es una psicopatología que en contados casos es identificado, diagnosticado o mal diagnosticado y por ende rara vez tratado clínicamente. De ahí que este subtipo del TDAH sea digno de estudio.

Muchos teóricos a lo largo del siglo XX e inicios del XXI, se han interesado en el estudio del TDAH residual, así por ejemplo Eisenberg en 1966 aseguró que durante la adolescencia se modifica dicha patología, de manera que a partir de este momento el individuo llevará una vida prácticamente normal. Cabe destacar, que el componente de la hiperactividad disminuye efectivamente y muchos autores coinciden con él (Bradley, 1957; Laufer y Denoff, 1957; Bakwin y Bakwin, 1966); sin embargo, la hiperactividad es sólo un componente del TDAH, de tal forma que el resto de los componentes como la desatención, la impulsividad, la agresividad, la desobediencia patológica, etc. no se modifican lo suficiente con la madurez sexual (Uriarte, op.cit.).

Según investigaciones más recientes, Ross y Ross (op.cit), el adolescente TDAH afronta varias dificultades, algunas derivadas de su patología propiamente dichas, la cual arrastra desde los primeros años de vida y que repercutirá en baja capacidad escolar, pobre

valoración de sí mismo, frecuentes dificultades hogareñas por el rechazo de sus padres y hermanos e incapacidad para relacionarse con los demás, sobre todo en los juegos.

Otras son las dificultades propias de la adolescencia y que se manifiestan como dudas sobre el futuro, aceptación del grupo, cambios psicofisiológicos y el ajuste sexual. Al superponerse esta gama de dificultades, el joven se encontrará en una grave crisis.



Fig. 5.25 El TDAH de tipo residual es una patología que comúnmente es mal diagnosticada y que rara vez es tratada clínicamente

Mendoza (op.cit.) por su parte, expone de igual forma las dificultades a las que se enfrenta un joven adolescente con TDAH. Esta autora manifiesta que la escuela secundaria y preparatoria constituyen un desafío para el joven adolescente, pues en ésta etapa académica se requiere de muchísimo orden, de lo cual carecen éstos muchachos, pues el adolescente está desorganizado.

Se amplían sus círculos sociales: interactúa con muchos chicos de diferentes etnias, costumbres y clases sociales, hay una gran cantidad de

maestros con diferentes exigencias y requerimientos.

Por otra parte, los cambios y transiciones que implican un duelo: dejar los privilegios de ser niño para comenzar a ser adulto. Además coexiste una falta de identidad y problemas existenciales, por lo que hay sensaciones de soledad y anonimato, las enormes presiones sociales de padres, adultos y compañeros, por lo que se desarrolla el sentido de pertenencia e identificación con un grupo de amigos.

Los cambios físicos y ansiedades de la adolescencia complejizan el cuadro sintomatológico, además de que la adolescencia constituye el momento de aprender entre el *deber* y el *querer*. Los chicos TDAH padecen estas dificultades y las propias de su trastorno.

Según Laufer en 1962, la alteración que persiste en el adolescente TDAH está constituida por una deficiente capacidad escolar; sin embargo, según Weiss y colaboradores (op.cit.), investigadores que estudiaron a un grupo de niños después de cinco años del diagnóstico, el adolescente TDAH presenta: agresividad, distractibilidad, inmadurez

emocional, deficiente capacidad académica y en general, más problemas conductuales que el adolescente promedio, con quien se le comparó.

También se pudo observar incapacidad para alcanzar metas propuestas por él mismo, sensación de desesperanza y una grave incapacidad para establecer relaciones amistosas. El 25% de los adolescentes del estudio todavía mostraban intranquilidad, así como conducta antisocial. Este comportamiento parece exacerbarse, según Conrad e Insel (1967), cuando los padres tienen problemas psiquiátricos o serias desviaciones de la personalidad.

Otro estudio más amplio realizado con 83 niños (Mendelson y colaboradores, 1971) demostró que el 50% había mejorado marcadamente después de la adolescencia y que el 25% asistía a escuelas especiales debido a diversos problemas de aprendizaje. Por lo general, la intranquilidad, la impulsividad, la distractibilidad y la excitabilidad habían disminuido, pero los adolescentes aún tenían dificultades en una amplia gama de conductas, eran muchachos difíciles, rebeldes y desobedientes y el 25% de ellos se involucró en conductas antisociales.

Otros estudios también confirman la existencia indirecta de estas conductas, pues los adolescentes estudiados tuvieron más problemas legales o fueron internados en hospitales psiquiátricos, comparados con el grupo control (Uriarte, op.cit.).

Por otro lado, Tec (1967) observó que los niños TDAH que no recibieron tratamiento tuvieron más problemas en la adolescencia que quienes fueron tratados.

Hammar (1967) demostró que la mitad de los adolescentes con bajo rendimiento escolar tenían sintomatología del actual TDAH, salvo el componente conductual de la hiperactividad.

Si bien es cierto que en la infancia el TDAH afecta predominantemente al sexo masculino, parece ser que en la adolescencia y en la edad adulta las cifras se equilibran en ambos sexos, aunque las estadísticas no son todavía del todo confiables (Uriarte, op.cit.).

Otro aspecto interesante en el estudio del TDAH residual es que si como cuadro clínico el TDAH en la infancia es más o menos homogéneo, al llegar a la pubertad comienza a diversificarse de tal manera que resulta una grave complicación; por ejemplo, Huessy (1979) observó que en algunas mujeres la sintomatología se exagera al llegar a la pubertad y los síntomas que más aparecen son irritabilidad, impulsividad y diversas

actitudes histriónicas. Estas jovencitas pueden tener frecuentes intentos de suicidio por su poca tolerancia a la frustración, manifestación característica del TDAH residual.

Debido a los problemas propios de la adolescencia, a menudo se pasa por alto muchos síntomas del TDAH residual, al interpretar erróneamente la patología como producto de dificultades emocionales y no como una alteración que el paciente lleva desde que nació, máxime si se ha diagnosticado adecuadamente (Hartocollis, 1979).

Dado lo anterior se puede deducir que el TDAH residual es un trastorno muy común en la población adulta y adolescente que se complejiza no solo por los componentes sintomatológicos del trastorno sino por las características evolutivas de la adolescencia.

Por todo ello, Bellak (1979) estima que el TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes, menos entendidos y por tanto, en el que más errores de manejo y seguimiento se cometen.

Entre las dificultades más importantes que obstaculizan un seguimiento apropiado de los casos, esta el hecho de que al llegar el individuo a la adolescencia y modificarse algunos síntomas del cuadro clínico, el terapeuta pierde al paciente, pues los niños TDAH habían sido tratado principalmente por pediatras y neurólogos; por ellos se les daba de alta y se publicaba su mejoría, de manera que en la adolescencia se presentaba una discontinuidad para el médico observador, la cual resulta insalvable para entender al paciente como parte de un solo y mismo proceso (Uriarte, op.cit.).

Sólo algunos autores, como Bellak (op.cit.), pudieron percibir que tanto los hijos como los padres eran portadores del mismo padecimiento, pero en edades diferentes y por ello, no mostraban el mismo perfil psicopatológico. Wender (op.cit.), en un estudio interesante mostró que algunos padres de infantes TDAH tomaban medicamento para reducir de peso, sobretodo anfetaminas además con el fin de mejorar muchas de sus dificultades como la explosividad, la impulsividad, la desatención, etc. En estos casos, muchos médicos creyeron que se trataban de casos de farmacodependencia e intentaron a toda costa suprimir el medicamento, a pesar de que el paciente tomaba dosis menores y la mejoría sobre la personalidad global era significativa.

Con toda esta bibliografía expuesta, se puede deducir que una gran cantidad de infantes con TDAH, sobretodo si no fueron clínicamente, manifestarán la sintomatología típica del

TDAH en la juventud y en la edad adulta, o bien podrían resultar con un trastorno del estado de ánimo o de la personalidad como son las psicosis o la esquizofrenia.

Los individuos con TDAH residual, ante situaciones difíciles en la vida pueden desajustarse gravemente y recurrir al abuso del alcohol, tranquilizantes o desencadenar situaciones violentas y desesperadas.

En lo que respecta a nivel de pareja, el Dr. Uriarte (op.cit.) expone que el TDAH residual en uno de ellos es un factor que afecta y lastima la dinámica familiar y de pareja. Cuando el cónyuge sano es la mujer, se ha visto con mayor frecuencia que desempeña un papel preponderante en la familia, debido a que el hombre es explosivo, poco constante, no trabaja siempre, y tiene periodos de alcoholismo.

Cuando el miembro de la pareja afectado es la mujer, suelen ser madres abnegadas y tienen una sorprendente incapacidad para alcanzar las metas que se proponen.

Silver (2000) por su parte, expone que las personas jóvenes y adultas con TDAH de tipo residual son personas con las siguientes características:

- Inquietas,
- Inmaduras emocionalmente,
- Incapaces de lograr sus objetivos,
- Distráidos,
- Con baja autoestima,
- Bajo rendimiento académico,
- Mayor tendencia a los accidentes automovilísticos,
- Presentan abuso de alcohol,
- Conductas antisociales,
- Desempleados,
- Relaciones interpersonales deficientes,
- Emplean con mayor frecuencia armas de fuego o blancas,
- Se involucran en actividades antisociales,
- Presentan un grado menor de educación,
- Presentan un mayor grado de psicopatología.

De acuerdo con el DSM – IV (1995), que es el instrumento oficial y más confiable para el diagnóstico, el trastorno se mantiene relativamente estable a lo largo de los primeros años de la adolescencia. En muchos sujetos los síntomas se atenúan a medida que avanza la

adolescencia y durante la vida adulta, debido a los cambios bioquímicos de la adolescencia, aunque una minoría experimenta el cuadro clínico completo en plena edad adulta. Otros adultos pueden mantener sólo alguno de los síntomas, en cuyo caso debe utilizarse el diagnóstico de **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en remisión parcial**, o de tipo residual. Este diagnóstico se aplica a sujetos que ya no sufren el trastorno completo, pero que todavía presentan algunos síntomas que causan alteraciones funcionales.

La sintomatología del TDAH de tipo residual es la misma que el TDAH de inicio en la infancia, solo que con sus manifestaciones propias de la edad adulta, las cuales deben considerarse para efectos del diagnósticos, cuyo proceso de tipificación y evaluación es el mismo que el TDAH de inicio en la infancia:

- **Síntomas Primarios:** Que comprende los síntomas de desatención, impulsividad e hiperactividad, los cuales pueden tener un sustrato bioquímico y fisiológico.
- **Síntomas Secundarios:** Que comprenden la sintomatología que depende o es resultado de las alteraciones básicas. Estos síntomas pueden afectar una gran gama de ámbitos del individuo los cuales se agrupan en cinco categorías:
  - a) Emocional.
  - b) Social.
  - c) Familiar.
  - d) Funcionamiento cerebral.
  - e) Reacciones consigo mismo (Harvard Mental Health Letter, 2002).

La mayor dificultad se presenta en el momento en que se desea delimitar el cuadro nosológico en la edad adulta, pues el grupo de síntomas no parece ser tan preciso ni homogéneo como aquel que identifica a las psicosis o la esquizofrenia o a otra entidad nosológica clásica.

Para Wender (1979), la sintomatología del TDAH residual se encuentra agrupada de la manera siguiente:

- *Dificultad para mantener la atención*, aunque en la edad adulta puede estar enmascarada por una conducta perseverante o actitud laboral que no la requiera.
- *Anormalidades motoras*, que pueden expresarse como hiperactividad, torpeza manual, dificultad para expresarse verbalmente.

- *Incapacidad para controlar los impulsos*, lo cual se manifiesta como explosividad y trasgresión de las normas sociales.
- *Alteración de las relaciones interpersonales*, que se manifiesta principalmente en la resistencia a la socialización, actitud refractaria a la recompensa y al castigo, dificultades en las relaciones de pareja (permanente lucha o dominación), así como una grave incapacidad para entender las necesidades e intereses de los demás.
- *Reacción emocional alterada*, caracterizada por un incremento de la afectividad, labilidad emocional, hiperreactividad y sobreexcitación, irritabilidad, disforia, mal humor y pobre autoestima.
- *Anormalidades cognitivas*, estas alteraciones son difíciles de caracterizar y algunas se encuentran entre las llamadas *dislogías*, identificadas como concretismo o incapacidad para abstraer.

Uriarte (Ibíd.) además anota otras características diagnósticas como los son los problemas de escritura (ortografía) y en el lenguaje (pronunciación), así como dificultad para la orientación derecha – izquierda, en especial con respecto a mapas y planos. Bajo el influjo del alcohol se pueden manifestar otras patologías como el voyerismo, agresividad, sadomasoquismo, etc.

Los adultos con TDAH pueden desarrollar graves angustias ante situaciones de tensión; además, tienen dificultad para terminar las tareas que inician, aunque cabe aclarar que tienen sus variantes socioculturales.

Un fenómeno muy interesante es el llamado *bola de nieve* que se caracteriza por que el individuo inicia un estado de ánimo y después éste se incrementa hasta llegar a ser incontrolable. Tal incapacidad para inhibir las emociones parece ser un rasgo común en el tipo residual, y producirá un retraimiento social como mecanismo de defensa para evitar afrontar situaciones sociales difíciles, así mismo se ha visto embriaguez patológica.

Otro aspecto que vale la pena mencionar, es la extrema violencia manifestada en la familia; así a menudo la esposa es golpeada, al igual que su familia incluida la abuela (Ibíd.).

Hartocollis (1979) sugiere que además de investigar con detalle antecedentes del TDAH infantil, otro fuerte apoyo para el diagnóstico es la dificultad que tiene el adulto para manejar conceptos abstractos, a pesar de poseer un buen coeficiente intelectual y una buena memoria. En el adulto TDAH, también se puede observar un corto período de

atención, pobre coordinación muscular y en lo que respecta a la relación terapéutica se muestran resistentes, con un sentimiento de impotencia, futilidad, enfado y zozobra, de manera que es difícil establecer una alianza terapéutica.

Ruiz (op.cit.) por su parte, expone la sintomatología del TDAH residual en estos términos: La distractibilidad se manifiesta por una incapacidad para mantener la atención por periodos largos, se continúa distrayendo con estímulos irrelevantes y cambia de actividad rápidamente sin concluirlos. Esta distractibilidad sigue interfiriendo en el aprendizaje en la escuela o en el trabajo.

La hiperactividad ya no se presenta en forma tan marcada como en la infancia, si no a través de manifestaciones como la impaciencia, inquietud, movimientos constantes de pies y manos.

La impulsividad se caracteriza por una incapacidad para pensar antes de actuar, no miden los peligros, forman asociaciones delictuosas y actividades antisociales como el robo, abuso de drogas y crímenes.

Los síntomas emocionales que caracterizan el TDAH residual son:

- Dificultad para lograr satisfacción.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Poca sensibilidad al dolor e incapacidad para medir el peligro.
- Labilidad del afecto.

Los síntomas psicosociales que caracterizan el TDAH residual son:

- Resistencia a las exigencias sociales.
- Tendencia a la independencia.
- Presentan una conducta dominante.
- Dificultades para integrarse a ciertos núcleos sociales.
- Dificultad para captar e interpretar las señales sociales.

Estas características hacen que sean percibidos socialmente como rebeldes, opositoristas, desobedientes o indiferentes. Tienden a ser líderes y a imponer sus reglas lo cual genera el rechazo social. Tienden a ser solitarios y a agruparse con individuos de menor edad (Ibíd.).

Como se puede desprender de los cuadros clínicos expresados hasta este punto, a cualquier paciente adulto se le puede diagnosticar TDAH residual, por lo que para

efectuar un diagnóstico adecuado se deben retomar todas las consideraciones clínicas expresadas en los capítulos precedentes: una evaluación psicométrica completa, una evaluación académica, una evaluación neurológica, una evaluación sensorial y motora, una historia clínica en base a las observaciones y comentarios de la familia de la infancia del cliente, historia clínica de padres y familiares y seguir los criterios diagnósticos del TDAH marcados por el DSM – IV.

## 5.2 Tratamiento del TDAH residual.

Como se ha expuesto en las líneas precedentes, el pronóstico de una persona con la sintomatología del TDAH residual no es muy halagador, de tal forma que si no es atendida clínicamente pueden generarse una serie de conflictos y trastornos que pongan en peligro la vida misma del cliente ya que con el fracaso académico, familiar, social y laboral se tienda a incurrir en conductas delictivas y/o adictivas. De ahí la importancia de una acertada intervención terapéutica.

Para administrar el tratamiento óptimo, se debe entender la complejidad de la sintomatología, los factores que lo exacerban o que lo inhiben y la utilidad de los diferentes procedimientos terapéuticos solos o combinados. El término *tratamiento integral* significa que el paciente debe recibir las intervenciones adecuadas y no todas las que estén de moda (Uriarte, op.cit.).

Así de esta forma se intervendrá clínicamente en todas las áreas implicadas en el trastorno:

- El área biológica: en la cual interviene el neurólogo o el psiquiatra encargados de la revisión y la medicación de los estimulantes como la dextroanfetamina o el metilfenidato.
- El área psicológica: en la cual tiene su participación el psicólogo para por medio de la terapia se intervenga en las áreas emocionales, conductuales y sociales por medio de la terapia individual, familiar o de pareja o todas si es necesario y las condiciones y variables lo permiten.
- El área pedagógica: en la cual interviene el psicólogo o el pedagogo para rehabilitar todos los déficit académicos presentes (Ruíz, op.cit.).

### 5.2.1 Tratamiento psicopedagógico del TDAH residual.

Para lograr un éxito terapéutico en el tratamiento psicológico de pacientes con TDAH residual, ya sean adolescentes o adultos, es básico desde el inicio lograr una buena alianza terapéutica y mantenerla a través del tiempo. Es preferible además, que el terapeuta sea del mismo sexo que el paciente, pues se ha observado que el vínculo terapeuta – paciente, depende en forma importante del tipo de relación que se establece con los progenitores (Ruiz, op.cit.).

La literatura especializada en este tópico señala que algunos de los objetivos de la psicoterapia en el tratamiento del TDAH residual son:

- Ayudar al cliente a concienciar sus déficit y las limitaciones que le imponen en muchas áreas de su vida.
- Ayudar al cliente, en caso de ser joven o adolescente, los cambios y efectos de la adolescencia en él para lograr una mejor ubicación.
- Ayudarlo al paciente a identificar, enfrentar y manejar sus emociones y pensamientos, de sí mismo, del mundo y del futuro.
- Ayudar al paciente a detectar las capacidades y habilidades con que cuenta, para desarrollarlas y utilizarlas en compensar y superar sus déficit.
- Ayudar al cliente a revalorizar sus cogniciones para lograr encontrar mayor seguridad y confianza en sí mismo y así mejorar su auto estima y su auto imagen (Ibíd.).

Uriarte (op.cit.) por su parte, considera que el efecto terapéutico principal lo proporciona el fármaco, por lo cual se debe adecuar la psicoterapia a los resultados obtenidos por aquel. Así se debe separar el tratamiento psicoterapéutico en dos capítulos:

- Uno relacionado directamente con el paciente para convencerlo de que continúe tomando el medicamento.
- Otra lo constituye la psicoterapia propiamente dicha, y que se enfoca a modificar aquellos síntomas no tocados por el medicamento.

El terapeuta se puede encontrar con frecuencia ante la creencia popular de que el paciente puede escoger entre el tratamiento psicológico o el farmacológico, por lo que debe hacer hincapié en que ambos son complementarios y necesarios. Algunos adultos

TDAH, sobretodo si han tenido logros personales, difícilmente aceptan la medicación pues consideran que usarlo significa estar enfermo.

De esta forma el terapeuta debe lograr consolidar un perfil cognitivo completo del paciente, para lograrlo se debe considerar que tanto el niño como el adulto TDAH tienen dificultades para procesar los estímulos de su ambiente.

Así, la psicoterapia debe dirigirse a concienciar al paciente de sus insuficiencias neurológicas, así como la psicopatología que se ha agregado durante toda su vida. Es importante identificar siempre junto con el paciente, las limitaciones constitucionales que le son propias, las cuales se le deben indicar en términos no conflictivos, pues durante toda su vida se le han hecho en cara esas dificultades.

Estos objetivos se pueden lograr a través del empleo de la psicoterapia cognitivo – conductual aplicada individualmente o en grupo (familia o pareja), además cabe mencionar que la literatura recomienda el empleo del enfoque sistémico para la terapia familiar.

Ruiz (op.cit.) sugiere además que en la terapia familiar se persigan los siguientes objetivos:

- Buscar la integración positiva del sujeto al subsistema que familiarmente le corresponde, evitando el fenómeno del *chivo expiatorio*.
- Ayudar a toda la familia a reconocer y comprender la sintomatología del trastorno del cliente para brindar ayuda como grupo.
- Identificar y manejar a nivel familiar, los sentimientos mutuos que por años se han acumulado en todos ellos.
- Manifestar los roles y patrones que se han desarrollado en los miembros de la familia, para cambiarlos por patrones más funcionales en caso necesario.
- Se debe buscar el decremento en la práctica del empleo de apodosos y demás calificativos peyorativos.
- Trabajar con todos los problemas presentes en la familia que hallan surgido de la evaluación diagnóstica, ya sean individuales o familiares.
- El objetivo general de la terapia es favorecer o apoyar la unión y comunicación en los subsistemas familiares.

Otro tipo de psicoterapia empleada en el tratamiento del TDAH residual es la terapia de pareja o terapia matrimonial. Sus objetivos son los siguientes:

- La superación de los padres como pareja y subsistema de esposos, del resto de la familia, incluyendo al paciente para reforzar la relación y la comunicación entre ellos.
- Reconocer y manejar las repercusiones y sentimientos que el TDAH del paciente ha determinado en ellos como individuos y como pareja.
- Concienciar y enfrentar los efectos de la llegada de sus hijos a la adolescencia y la separación futura.
- Manejar los diversos tipos de problemas que pudieran existir en su vínculo como pareja (Ibíd.).

En lo que respecta al tratamiento educativo, es fundamental el manejo de una terapia de reeducación que tenga que ver con el manejo pedagógico de tipo multisensorial. Sus objetivos son los siguientes:

- Ayudar al paciente a superar lo más posible, su notable rezago académico.
- Reconocer sus déficit en la recepción, registro, organización, secuelas y salida de la información para ayudar a corregirlos mediante técnicas pedagógicas.
- Orientarlos en el uso de técnicas multisensoriales para compensar sus déficit, por ejemplo uso de grabadoras o computadoras para tomar, organizar y resumir apuntes (Ibíd.).

Mendoza (op.cit.) por su parte, expone una serie de sugerencias educativas para estudiantes con TDAH residual en el nivel secundaria.

- Aumentar la supervisión y no la persecución.
- Se deben observar los adolescentes para brindarles soporte, que sepan que están vigilados pero a distancia.
- Organizar patrullas de alumnos o padres.
- Programa de compañeros consejeros.
- Control y vigilancia de baños.
- Incrementar el número de puestos de observación y supervisión.
- No prohibir, ni juzgar... sino acercarse a su mundo y hacerles sugerencias.
- Dialogar con los chicos.
- Realizar un examen continuo en el aula de las reglas de la escuela, normas de seguridad, respeto mutuo y el acoso sexual.
- Realizar y colocar carteles con las reglas de la escuela en aulas y pasillos.

- Desarrollar su *inteligencia emocional* por medio del desarrollo verbal a través de actividades como: 5 a 10 minutos máximo para que platicuen entre sí sobre lo que hicieron o sus problemas y dificultades.

Medidas para los Problemas de Conducta.

- Realizar Juntas de Consejo Técnico: reseñar los problemas de conducta y sus medios de canalización y resolución.
- Respuesta firme, sensible e inmediata a la conducta perturbadora.
- Técnicas disciplinarias en el aula.
- Escuchar al adolescente, pues no tienen la capacidad de expresar sus sentimientos. Hoy día, las modas responden a una necesidad de identificación, pues la vida les resulta muy difícil.
- No reprimir, ni satanizar. Sino dialogar, cuestionar, sugerir, reflexionar... dejarlos expresarse... mediar y conciliar con ellos.
- Estudiar con el personal la política disciplinaria de la escuela.
- Usa la sala de maestros y los TGA para que los profesores platicuen sus problemas con cada grupo y/o alumno, y entre todos ellos sugerirse técnicas y medidas correctivas.
- Evitar dejar grupos solos. Implementar un programa de suplencias productivo.
- Efectuar reunión de alumnos con problemas de conducta para darles orientación proactiva.
- Cuestionarlos: ¿Qué ocurrió?, ¿Qué opinas de lo que hiciste?, ¿Qué propones...?, ¿Lo puedes lograr?

Desarrollo de la empatía.

- Es importantísimo que los alumnos se conozcan entre sí.
- Usar el salón como punto de reunión de la clase:
  - a. Período de asesoramiento en reemplazo de la reunión en el salón.
  - b. Clases de asesoramiento en pequeños grupos.
  - c. Estructurar el asesoramiento con lecciones acerca de temas de desarrollo humano.
- Lecciones o temas para 1° semanas de clase para que los alumnos sientan que forman parte de la escuela y desarrollen el sentido de pertenencia.
- Establecer comociones de alumnos.

- Mantener actividades durante el recreo como actividades deportivas, juegos de mesa, etc.
- Tener alumnos tutores.
- Procedimientos alternativos con el personal de cafetería.
- Alentar por todos los medios el respeto mutuo.

Planes para el desarrollo del personal.

- El personal deberá recibir un curso – taller de Relaciones Humanas:
  - a. Trato justo y equitativo para con todos los alumnos como individuos.
  - b. Habilidades para la comunicación entre profesores y padres.
  - c. Sensibilidad a las necesidades y percepciones de alumnos y padres.
  - d. Enseñar la tolerancia, comprensión y relaciones satisfactorios con los otros.
- Innovaciones en la enseñanza.
  - a. Entrenamiento en tecnología.
  - b. Aprendizaje cooperativo.
  - c. Estilos de aprendizaje: alternativas en técnicas de aprendizaje.
    - Evaluación continua.
  - d. Instrucción multisensorial.
- Fortalecer el ambiente de aprendizaje. El aprendizaje surge cuando el menor pregunta y se le responde generándose el interés.
- Ampliar y hacer conocer a los otros docentes estrategias eficaces en el aula.
- Asociación del docente con otro profesor para que actúe como su mentor.
- Aumentar los conocimientos del profesor acerca de la diversidad cultural, étnica y de género.

Finalmente cabe decir, que el éxito de la psicoterapia radica en el establecimiento de una sólida alianza terapéutica en conjunto con el tratamiento farmacológico.

## 5.2.2 Tratamiento farmacológico del TDAH residual.

El principal interés por presentar la patología del TDAH residual, se deriva de la continuidad de la sintomatología posterior a la infancia y del efecto farmacológico importante que se obtiene en el paciente TDAH, así como del mal manejo que generalmente se practica en él.

Los medicamentos para tratar este trastorno son múltiples y se requiere una habilidad particular para administrarlos. Entre los más utilizados se encuentran los estimulantes (como anfetaminas, pemolina y metilfenidato), los antidepresivos tricíclicos (como imipramina, desmetilimipramina y amitriptilina), los antocomiciales (como definilhidantoína, carbamazepina y ácido valpróico), los neurolepticos (como haloperidol, flufelacina y la L-dopa) (Uriarte, op.cit.).

El TDAH residual es un trastorno crónico, por lo que el neurólogo o el psiquiatra pueden administrar los medicamentos desde la primer entrevista, por ejemplo, cuando el paciente esta a punto de perder el empleo o va a divorciarse, debido a que los fenómenos se han acumulado y provocan una grave crisis.

Si no se está ante una situación de crisis y emergencia, se recomienda establecer un diagnóstico adecuado con los consiguientes estudios clínicos y de gabinete, lo cual suele requerir de 4 a 10 entrevistas, para ulteriormente prescribir el fármaco.

Por lo general, los pacientes suelen recibir el medicamento por periodos prolongados o durante toda su vida, de tal forma que es necesario que el profesional en cuestión emplee pruebas de supresión mediante la administración de un placebo durante un tiempo, para valorar la ayuda real que recibe con la sustancia (Ibíd.).

Los efectos del medicamento sobre la sintomatología del TDAH residual es notoria, aunque no tan asombrosa con los infantes, pero de cualquier forma hacen la vida más llevadera para los clientes.

Muchos estudios reportan que con el tratamiento farmacológico algunos pacientes lograron la ejecución de los planes que se tenían desde hacía años, como estudiar una carrera o terminar un trabajo, sin embargo los síntomas cognitivos y emocionales no se modificaron más que con la psicoterapia, de ahí la importancia de la complementariedad de ambos tratamientos en un ámbito interdisciplinario.

El inicio del tratamiento se debe realizar con la sustancia que combata con mayor eficacia la patología que en ese momento el paciente manifiesta. Sin embargo, se debe tener

sumo cuidado en el seguimiento de las reacciones y los efectos colaterales, ya que si bien en los infantes no se produce adicción, en los adultos por los efectos aforizantes, sí puede producirse una adicción al medicamento, pues el paciente puede ingerirlos en la medida no convenida ni prescrita (Uriarte, op. cit.).

Para valorar de modo adecuado la función del estimulante se debe tener en cuenta lo siguiente: el fármaco puede ayudar al paciente en su concentración y evitarle brotes de explosividad, además de mejorar su relación con el mundo circundante y con él mismo, pero si en vez de ello, se provoca un distanciamiento de su mundo y no mejora los síntomas que le llevaron al consultorio, entonces deberá suprimirse.

Siempre se deberá suprimir el fármaco si por pequeña que sea la dosis, produce síntomas de sobredosificación o abuso (Ibíd.).

## **CONCLUSIONES GENERALES**

---

Luego de esta exhaustiva revisión teórica acerca de los antecedentes históricos, etiología, criterios clínicos para su diagnóstico, tratamiento clínico y paraprofesional y el TDAH de tipo residual, la presente investigación puede desembocar en las siguientes conclusiones generales:

La experiencia clínica acumulada, las observaciones repetidas y la investigación científica realizada permiten asegurar que el TDAH existe como tal, como un trastorno en sí mismo, con un espacio en la nosología.

No se trata de una *nueva* entidad patológica producto de los cambios ocurridos en el hombre y su habitat en el curso de la historia, sino de una condición que probablemente ha existido siempre, pero que hasta el siglo XX no fue abordada sistemáticamente.

Por otra parte, TDAH es una nomenclatura por demás interesante ya que tiene la enorme ventaja de describir cada uno de los signos cardinales y comportamientos disruptivos definitorios de dicha patología, además resulta un término muy cómodo pues no se estigmatiza al niño con otros conceptos clínicos que para el común de la población resultan peyorativos o insultativos.

Los Antecedentes del TDAH, sitúan los primeros síntomas en una edad muy temprana de la vida del niño, además de que constituye el más amplio grupo de niños seriamente alterados de la población escolar: del 5% al 8%, e inclusive ciertos estudios exponen cifras cercanas en México hasta un 10%.

La cualidad de los síntomas de esta patología, especialmente los que explican las dificultades en el aprendizaje (inatención, problemas visomotores ...) se explican mejor por una disfunción en ciertas áreas del cerebro. De forma más específica el TDAH parece ser generado por una baja en los niveles de Dopamina, neurotransmisor importante en la activación de las diversas zonas cerebrales, principalmente en la zona de los lóbulos frontales.

El TDAH frecuentemente se diagnostica mal, cuando son bien diagnosticados, el tratamiento es inadecuado, el manejo inapropiado es caro e ineficiente, el tratamiento adecuado tiene alta efectividad, además de ser barato y accesible, aunque las manifestaciones del síndrome se modifican pueden persistir toda la vida.

Los déficit en los repertorios conductuales básicos que genera el TDAH, necesarios en los ámbitos educativos pueden dar explicación de los bajos niveles de aprovechamiento académico los altos índices de reprobación y la deserción escolar en México, de ahí la necesidad del psicólogo clínico y educativo de tener un profundo conocimiento de ésta patología, así como las alternativas clínicas para su efectiva rehabilitación, pues la literatura expone en cuanto a la perspectiva evolutiva del TDAH, que los infantes con éste déficit no tratados clínicamente, presentan en la edad adulta conductas delictivas, comportamientos adictivos, deserción escolar entre otros, aunado a los trastornos emocionales y conductuales colaterales que complejizan dicha sintomatología generando en los individuos patrones comportamentales desadaptativos, por lo cual es necesaria una intervención clínica multidisciplinaria.

En lo que respecta al origen del TDAH, se puede argumentar que es un trastorno caracterizado por un desorden neurobiológico cuya etiología es muy diversa y puede incluir factores genéticos, orgánicos y ambientales de tal forma que su interrelación genera un desbalance en la química cerebral a nivel de los neurotransmisores (principalmente de dopamina) en los lóbulos cerebrales encargados de los procesos cognitivos de la atención y el control de impulsos.

El principal instrumento clínico empleado mundialmente por psicólogos, psiquiatras, médicos, pedagogos y demás profesionales para diagnosticar el TDAH es el **DSM – IV**, que es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales elaborado por la APA (Asociación Americana de Psiquiatría, 1995).

El DSM – IV tipifica este trastorno en el apartado de Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. El DSM – IV desarrolla las características diagnósticas a través de las tres características componentes del TDAH: la desatención, la hiperactividad y la impulsividad.

El procedimiento de evaluación diagnóstica del TDAH encontrado por la presente investigación es el siguiente:

1. Observación clínica.
2. Entrevista y aplicación de cuestionarios a padres y familiares.
3. Historia clínica.
4. Evaluación psicométrica.
5. Diagnóstico en base al DSM – IV.

6. Tratamiento psicopedagógico.
7. Canalización a otro profesional: neurólogo, pediatra, etc.
8. Tratamiento farmacológico.

El Diagnóstico del TDAH es un proceso difícil y complicado, el cual requiere de competencia y profesionalismo, pues de un acertado diagnóstico pende un efectivo tratamiento. Por otra parte, es indispensable que el clínico considere siempre que el ser humano es una entidad compleja bio-psico-social y que por ende descarte todo problema de carácter orgánico, por lo que es indispensable que para efectos del diagnóstico que si existe la sospecha de alguna otra discapacidad, canalice al paciente al profesional de la salud competente.

El Tratamiento del TDAH es un complejo proceso multidisciplinario que involucra un tratamiento psicopedagógico, un tratamiento psicoterapéutico, un tratamiento farmacológico y una serie de reestructuraciones tanto en casa como en la escuela, por lo que se requiere del apoyo de padres, maestros, psicólogos, pedagogos y neurólogos.

El TDAH es una psicopatología cuya sintomatología puede perdurar hasta la edad adulta, lo cual se diagnostica clínicamente como TDAH de tipo residual. Este subtipo, al igual que el TDAH en la infancia es una psicopatología que en contados casos es identificado, diagnosticado o mal diagnosticado y por ende rara vez tratado clínicamente. De ahí la importancia del psicólogo clínico como profesional encargado de contribuir en el bienestar social por medio del desarrollo de pautas comportamentales adaptativas en los clientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Harvard Mental Health Letter, *Attention Deficit Disorder in Adults.*, 2002:19;5:3-6
2. Fundación D.A.: *Guía para Educadores.* México: 1995.
3. The ADHD Molecular Genetics Network. *Report from the third international meeting of the attention-deficit hyperactivity disorder molecular genetics network.* American Journal of Medical Genetics, 2002, 114:272-277.
4. APA (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – IV)*, 4° ed., México.
5. Arcia, E. Y Conners, C. *Gender differences in ADHD?* Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics. 1998, vol. 19, pp. 77-83.
6. Arnold, L. *The art of medicating hyperkinetic children.* Clin. Pediatric, 1973\_vol 12, pp. 135- 141. USA.
7. Ávila, C. y Polaino-Lorente, A. (2002). *Niños hiperactivos.* Ed. Alfaomega/Narcea, Madrid, España.
8. Bandura, A. (1977). *Social learning theory.* Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall. En: Kazdin, A. (2000). *Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas.* Manual moderno, México.
9. Baren, M. (2000). *Hiperactivity and Attention Disorders in Children. A guide for parents.* Health InfoNet Inc.The Health information Network. USA.
10. Barkley, R. *A review of stimulant drug research with hyperactive children.* Journal of Child Pediatrics. 1977. vol. 18, pp. 137 – 165. En: Uriarte, Víctor. (1998). *Hiperquinesia.* Ed. Trillas. México.
11. Barkley, R. *Gene linked to ADHD verified.* The ADHD Reports. 1998. vol. 6, num. 3, June. pp. 17 ss.
12. Barkley, R. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment.* En: Bauermeister, J. (1999). *El Déficit de Atención y las funciones ejecutivas.* www. add.org. ( National Attention Déficit Disorder Association, ADDA). USA .
13. Barkley, R., Murphy, K. y Bauermeister, J. (1998). *El trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Manual de trabajo clínico.* En: Bauermeister, J. (1999). *El Déficit de Atención y las funciones ejecutivas.* www. add.org. (National Attention Déficit Disorder Association, ADDA). USA .
14. Barkley, R.(2000). *Taking Change of ADHD.* New York: The Guilford Press.

15. Bauermeister, J. (1999). ***El Déficit de Atención y las funciones ejecutivas.*** www. add.org. ( National Attention Déficit Disorder Association, ADDA). USA .
16. Bellak, L. (1979). ***Psychiatric aspects of minimal brain dysfunction in adults.*** Grune and Stratton. En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
17. Bellak, L. (1993). ***Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia.*** Editorial manual moderno, México.
18. Bender, L. (1953). “ Aggression, hostility, and anxiety in children”, Springfield, Illinois, USA en: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
19. Booth, B, Fellman, Greenbaum, D., Matlen, T., Markley, G, Morris, H. y Robin, A. (2001). ***Myths about ADHD.*** <http://www.idanalt.org/>. Learning Disabilities Association of America. USA
20. Brady, J. y Nauta, W. ***Subcortical mechanisms in emotional behavior: effects changes following septal forebrain lesions in the albino rats.*** J. company Physiol. Psycholocal. 1953, vol. 46, pp. 339-346. En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
21. Brazelton, T. B. ***Psychophysiologic reactions of neonate: The value of observations of neonate.*** Journal of pediatrics. 1961. vol. 58, pp. 508 – 512.
22. Burns, B. J. (1972). ***The effect of self-directed verbal commands on arithmetic performance and activity level of urban hyperactive children.*** Boston College, tesis doctoral. En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
23. Cantwell, D. (1981)***drugs and medical intervention.*** En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
24. Carrizosa, J. (2000). ***Tratamiento del TDA en Medellín.*** <http://www.idanalt.org/>. Learning Disabilities Association of America. USA
25. Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen LS, Blumenthal JD, James RS, Ebens CI, Walter JM, Zijdenbos A, Evans AC, Giedd JN, Rapoport JL. ***Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder.*** Journal of the American Medical Association, 2002, 288:14:1740-1748.
26. Chapman, R. (2001). ***Basic information about Attention Déficit Disorders.*** <http://www.idanalt.org/>. Learning Disabilities Association of America. USA
27. Chess, S. (1972). ***Hyperactive children: a rational approach to medication.*** Urban review. 5: 33-35. En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
28. Conrad, W. e Insel, J. ***Anticipating the response to amphetamine therapy in the treatment of hyperkinetic children.*** Pediatrics 1967, vol. 40, pp. 96 – 99. En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.

29. Creager, R. y Van Riper, C. ***The effects of methylphenidate on the verbal productivity of children with cerebral dysfunction.*** Journal of speech and hearing research. 1967. vol. 10, pp. 623 – 628. En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
30. Cunningham, Ch. Y Barkley, R. ***The interactions of normal and hyperactive children with their mothers in free play and structured tasks.*** Child development. 1979. vol. 50, pp. 217 – 224.
31. Drash, P. W. ***Treatment of hyperactivity in the two-year-old.*** Pediatric Psychological. 1975, vol. 3, pp. 17 – 20. En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
32. Frostig, M. Y Horne, D. (1974). ***The Frostig program for development of visual perception.*** Follet publishing. En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
33. Gelpí, E. (2000). ***Más allá de un diagnóstico diferencial.*** <http://www.chadd.org/>. USA.
34. Greenspan, S. I. (1979). ***Principles of intensive psychoterapy of neurotics adults with minimal brain dysfunction.*** En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
35. Gross, M. B. y Wilson, W. C. (1974). ***Minimal brain dysfunction.*** New York: Brunner – Mazel. En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
36. Hammar, S. ***School underachievement in the adolescent: a review of 73 cases.*** Pediatrics. 1967. vol. 40, pp. 373 – 381.
37. Harley, P. et. al. ***Hyperkinesis and food additives: testing the Feingold hypothesis.*** Pediatrics. 1978, vol. 61, pp. 818 – 828. En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
38. Hartocollis, P. (1979). ***Minimal brain dysfunction in adults.*** En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
39. Howell, M.C., Rever, G.W., Scholl, M.L., Trowbride, F y Rutledge, A. ***Hyperactivity in children. Types, diagnosis drug therapy, approaches to management.*** Clinical pediatrics. 1972, vol. 11, pp. 30-39.
40. Huessy, H. R. ***The adult hyperkinetic.*** American Journal of Psychiatry 1974, vol. 131, pp. 724-725, USA.
41. Innes, I. y Nickerson, M. (1975). ***Sympathomimetic drugs.*** En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
42. Isaac, W. Y Kalleman, M. ***Locomotor effects of the anphetamine and methylfenidate in young squiuel monkey.*** Bull. Psychonomic Society. 1979, vol. 14, pp. 315 – 317. En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.

43. Johnson, D. y Myklebust, H. (1967). ***Learning disabilities: educational principles and practices.***, new York, USA. En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
44. Jonson, M. (1998). ***Having ADHD and being hypersensitive: Is there a connection?***. <http://www.idanalt.org/>. ***Learning Disabilities Association of America.*** USA.
45. Kagan, J. (1971). ***Change and continuity in infancy,*** New York: Willey. En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
46. Kazdin, A. (2000). ***Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas.*** Manual moderno, México.
47. Kirk, S. Y Kirk, W. (1971). ***Psycholinguistic learning disabilities.*** Urbana: University Press. En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
48. Loney, J. y Ordoña, T. ***Using cerebral stimulants totreat M.B.D.***. ***American Journal Orthopsychiatric.*** 1975, vol. 45, pp. 564-572.
49. Lerer, R., Artnet, J. y Lerer M. ***Hand writing deficits in children with minimal brain dysfunction: effects of methylphenidate (Ritalin) and placebo.*** ***Journal Learning disabilities.*** 1979, vol. 12, pp. 450 – 455. En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
50. Loch, R, Rafales, L., Michaelson, I. y Bornschein, R. ***The rol of undernutrition in animal models of hyperactivity.*** ***Life science.*** 1978, vol. 22, pp. 1963-1970. En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
51. Martínez, L.P., Muñoz, S.E. y Álvarez, S.L. (1993). ***Anatomía, fisiología e higiene.*** Imagen editores. México, UAEM.
52. Marwitt, S.J. y Stenner, A.J. ***Hyperkinesis:Delineation of two paterns, Except child,*** 1972, vol. 38, pp. 401-406. En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
53. McKeegan, Patricia: “Michael: Un enfoque REBT evolutivo para el tratamiento del TDAH”. En : Yankura, J. y Dryden, W. (2000). ***Terapia Conductual Racional Emotiva. Casos ilustrativo.*** Desclée de Brouwer, España.
54. Mendelson, W., Hohnson, N, y Stewart, M. ***Hyperactive children as teenagers: a follow-up-study.*** ***Journal of Nervous and mental diseases.*** 1971, vol. 153, pp. 273 – 279. En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
55. Mendoza, B. (1995). “Hiperquinesia... su relación con los problemas de aprendizaje “. Campeche, México en: Ruiz, Armando. (1997). ***Todos los niños pueden aprender. Separata de Hiperquinesia.*** Ed. del Instituto de Investigaciones de Problemas de Aprendizaje, A.C: México.
56. Moreno, Gisela. (1998). ***¿Cómo investigar? Técnicas documentales y de campo.*** Edere. México.

57. Narvarte, M. (2001). **Trastornos escolares**. Gil editores, Puebla, México.
58. Nieto, Margarita. (1994). **Desarrollo normal del lenguaje**. En: Ruiz, Armando. (1997). **Todos los niños pueden aprender. Separata de Hiperkinesia**. Ed. del Instituto de Investigaciones de Problemas de Aprendizaje, A.C: México.
59. Ney, P.G. **Four types of Hyperkinesis**. Canadian Psychiatric Association Journal. 1974, vol. 19, pp. 543-550.
60. Nichamin, S. J. **Recognizing minimal cerebral dysfunction in the infant toddler**. Clinical pediatrics. 1972, vol. 11, pp. 225 – 257. USA.
61. Norton, S. **Hyperactive behavior of rats after lesions the globus pallidus**. Brain researches Bull. 1976, vol. 1, núm. 2, pp. 193 – 202. En: Uriarte, Víctor. (1998). **Hiperquinesia**. Ed. Trillas. México.
62. Norton, S. **Psychoactive drugs and the organization of behavior**. Psychofarmacology. 1980, vol. 16, num. 1, pp. 75 – 76.
63. Passow, A. (1972). **Education in depressed areas**. Columbia: Teacher's College. En: Uriarte, Víctor. (1998). **Hiperquinesia**. Ed. Trillas. México.
64. Rie, H y Rie, E. **The effects of methilphenidate on underachieving children**. Journal of Consulting Clinical Psychology. 1981, vol. 44, pp. 250 ss.. En: Uriarte, Víctor. (1998). **Hiperquinesia**. Ed. Trillas. México.
65. Robbins, T. y Sahakian, B. **Hyperactive children from the standpoint of behavioral pharmacology**. Neuropharmacology: 1979, vol. 18, pp. 931 – 950.
66. Ross, D.M. y Ross, S.A. (1976). **Hyperactivity: research, theory and action**. New York, USA, ed. J.W. and sons.
67. Ruiz, Armando. (1997). **Todos los niños pueden aprender. Separata de Hiperkinesia**. Ed. del Instituto de Investigaciones de Problemas de Aprendizaje, A.C: México.
68. Salkind, N.J. y Poggio, J.P. (1977). **The measure of hyperactivity: trends and issue**". En: Uriarte, Víctor. (1998). **Hiperquinesia**. Ed. Trillas. México.
69. Schleifer, M., Weiss, G., Cohen, N., Elman, M., Cuekic, H. y Kruger, E. **Hyperactivity in preschoolers and the effect of methylphenidate**. American Journal of Orthopsychiatry. 1975, vol. 45, pp. 38 – 50.
70. Shaywitz, B. **Selective brain dopamine depletion in developing rats: an experimental model of minimal brain dysfunction**. Science. 1976, vol. 191, pp. 305 – 308. En: Uriarte, Víctor. (1998). **Hiperquinesia**. Ed. Trillas. México.
71. Silver LB. **Attention-deficit hyperactivity disorder in adult life**. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 2000:9:3: 411-523.

72. Sprague, R., Barnes, K. y Werry, J. ***Methylphenidate and thioridazine: learning, activity and behavior in emotionally disturbed boys.*** American Journal Orthopsychiatry. 1970, vol. 40, pp. 615 – 628.
73. Stein, L. ***Psychopharmacological substrates of mental depresión.*** Excepta Medical. Int. Cong. Series. 1966, vol. 122, pp. 130 – 139. En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
74. Still, G.F. “The coulstonian lectures on some abnormal psychical condition in children” . Lancet 1: 1008-1012, 1902, en: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
75. Strauss, A. y Lehtinen, L. (1947). ***Psychopathology and education of the brain-in greed children.*** New York, USA Grune and Stratton. En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
76. Sulzbacher, S. (1972). ***Behavior análisis of drug effects in the classroom.*** En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
77. Tanner, B. y Hanmer, J. (1998). ***ADHD. A guide for families.*** Ed. Clinical Tools, Inc. USA.
78. Tec, L. ***Unexpected effects in children trated with impramine.*** American Journal of Psychiatry. 1967, vol. 120, pp. 603. En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
79. Towbin, A. (1981). ***Neuropathological aspects. II. Perinatal brain damage and its sequels’.*** New York, USA. En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
80. Uriarte, V. y Gajardo, S (1984). ***El diagnóstico en niños con problemas de aprendizaje.*** Trabajo presentado en el IX Congreso Mexicano de Medicina de Rehabilitación. En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
81. Uriarte, Víctor. (1983). ***Psicofarmacología.*** Ed. Trillas. México.
82. Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
83. Weiss, G. Et.al. ***Comparison of the effects of CPZ, amphetamine and methylphenidate on the behavior and intellectual functioning of hyperactive children.*** Canad. Med. Ass. Journal. 1971, vol. 104, num.1, pp. 20 – 25. En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
84. Wender, P. H. (1971). ***Minimal brain dysfunction in children.*** New York, USA: Wiley-Interscience. En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.

85. Wender, P. H. (1979). ***The concept of Adult Minimal brain dysfunction in children.*** New York, USA: Wiley-Interscience. En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
86. Wender PH. (2002) ***ADHD: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adults.*** Oxford University Press.
87. Wengartner, H. Et.al. ***Cognitive processes in normal and hyperactive children and their response to amphetamine treatment.*** Journal abnormal psychology. 1980, vol. 89, pp. 25 – 37.
88. Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ. ***Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan.*** Annual Review of Medicine, 2002;53:113-131.
89. Wilens TC, Faraone, SV, Biederman J, Gunawardene S. ***Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature.*** Pediatrics, 2003, 111:1:179-185.
90. Wolff, P.H. (1969). ***The natural history of crying and other vocalizations in early infancy.*** En: Uriarte, Víctor. (1998). ***Hiperquinesia.*** Ed. Trillas. México.
91. Zivin, G. (1979). ***The development of self – regulation through private speech.*** New York: Wiley. En: Kazdin, A. (2000). ***Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas.*** Manual moderno, México.

## WEBSITES

- <http://www.idanalt.org/>
- <http://www.health-center.com/adhd/>
- <http://www.viocenet.com/-blazer>
- <http://www.clinicaltools.com>
- <http://www.chadd.org/>
- <http://www.idanalt.org/>
- <http://www.add.org/>
- <http://www.nclld.org>
- [www.HINhealthbooks.com](http://www.HINhealthbooks.com)
- [www.addwarehouse.com](http://www.addwarehouse.com)
- [www.adders.org](http://www.adders.org)
- [www.strattera.com](http://www.strattera.com)

---

## BIBLIOGRAFÍA DE FIGURAS

---

- **Figura 1.1** Tomada de: Arango de Narváez, M., Infante de Ospina, E., López de Bernal, M. (2000). *Estimulación adecuada*. Ediciones gamma, Colombia. Tomo 2 pág. 37.
- **Figura 1.2** Tomada de: Arango de Narváez, M., Infante de Ospina, E., López de Bernal, M. (2000). *Estimulación adecuada*. Ediciones gamma, Colombia. Tomo 2 pág. 36.
- **Figura 1.3** Tomada de: Arango de Narváez, M., Infante de Ospina, E., López de Bernal, M. (2000). *Estimulación adecuada*. Ediciones gamma, Colombia. Tomo 2 pág. 106.
- **Figura 2.4** Tomada de: Sureda, R. (2002). *La disciplina en el aula*. Gil editores, Puebla, México. Tomo 1 pág. 22.
- **Figura 2.5** Tomada de: Fenwick, E. (1999). *El parto*. Ediciones grupo Zeta, Javier Vergara Editor. Italia. Pág. 51.
- **Figura 2.6** Tomada de: Fenwick, E. (1999). *El parto*. Ediciones grupo Zeta, Javier Vergara Editor. Italia. Pág. 59.
- **Figura 2.7** Tomada de: Arango de Narváez, M., Infante de Ospina, E., López de Bernal, M. (2000). *Estimulación adecuada*. Ediciones gamma, Colombia. Tomo 1 pág. 24.
- **Figura 2.8** Tomada de: Tanner, B. y Hanmer, J. (1998). *ADHD. A guide for families*. Ed. Clinical Tools, Inc. USA. Pág. 6.
- **Figura 3.9** Tomada de: Sureda, R. (2002). *La disciplina en el aula*. Gil editores, Puebla, México. Tomo 1 pág. 39.
- **Figura 3.10** Tomada de: Sureda, R. (2002). *La disciplina en el aula*. Gil editores, Puebla, México. Tomo 1 pág. 95.
- **Figura 3.11** Tomada de: Sureda, R. (2002). *La disciplina en el aula*. Gil editores, Puebla, México. Tomo 2 pág. 140.
- **Figura 3.12** Tomada de: Sureda, R. (2002). *La disciplina en el aula*. Gil editores, Puebla, México. Tomo 3 pág. 257.
- **Figura 3.13** Tomada de: Arango de Narváez, M., Infante de Ospina, E., López de Bernal, M. (2000). *Estimulación adecuada*. Ediciones gamma, Colombia. Tomo 2 pág. 19.

- **Figura 3.14** Tomada de: Uriarte, Víctor. (1998). *Hiperquinesia*. Ed. Trillas. México. Pág. 35.
- **Figura 3.15** Tomada de: Uriarte, Víctor. (1998). *Hiperquinesia*. Ed. Trillas. México. Pág. 16.
- **Figura 3.16** Tomada de: Sureda, R. (2002). *La disciplina en el aula*. Gil editores, Puebla, México. Tomo 3 pág. 265.
- **Figura 4.17** Tomada de: Arango de Narváez, M., Infante de Ospina, E., López de Bernal, M. (2000). *Estimulación adecuada*. Ediciones gamma, Colombia. Tomo 2 pág. 81.
- **Figura 4.18** Tomada de: Narvarte, M. (2001). *Trastornos escolares*. Gil editores, Puebla, México. Tomo 1, pág. 39.
- **Figura 4.19** Tomada de: Narvarte, M. (2001). *Trastornos escolares*. Gil editores, Puebla, México. Tomo 1, pág. 68.
- **Figura 4.20** Tomada de: Narvarte, M. (2001). *Trastornos escolares*. Gil editores, Puebla, México. Tomo 1, pág. 103.
- **Figura 4.21** Tomada de: Narvarte, M. (2001). *Trastornos escolares*. Gil editores, Puebla, México. Tomo 3, pág. 237.
- **Figura 4.22** Tomada de: Uriarte, Víctor. (1998). *Hiperquinesia*. Ed. Trillas. México. Pág. 129.
- **Figura 4.23** Tomada de: Sureda, R. (2002). *La disciplina en el aula*. Gil editores, Puebla, México. Tomo 3 pág. 312.
- **Figura 4.24** Tomada de: Sureda, R. (2002). *La disciplina en el aula*. Gil editores, Puebla, México. Tomo 2 pág. 159.
- **Figura 4.25** Tomada de: Sureda, R. (2002). *La disciplina en el aula*. Gil editores, Puebla, México. Tomo 2 pág. 208.

## APÉNDICE 1<sup>1</sup>

### Criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, según el DSM – IV.

**A. (1) o (2):**

- (1) Seis (o más) de los siguientes síntomas de **desatención** han persistido por lo menos durante 6 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 o 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 en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor
- (f) A menudo habla en exceso

(continúa)

<sup>1</sup> Tomado de APA (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – IV)*, 4° ed., México.

**Impulsividad**

- (g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las pre-guntas
  - (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 [o en el trabajo] 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).

**F90.9 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado****[314.9]**

Esta categoría incluye trastornos con síntomas prominentes de desatención o hiperactividad-impulsividad que no satisfacen los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

**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

## APÉNDICE 2<sup>2</sup>

### Cuestionario dirigido a Padres de Familia y Profesores para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

#### CUESTIONARIO PARA PADRES

Mucho le agradeceré se sirva contestar con toda objetividad las siguientes preguntas sobre la conducta de su hijo. En caso de que tenga cualquier duda o requiera información adicional, por favor, llámenos o descríbala en hojas adicionales.

Gracias.

Nombre del niño (a): \_\_\_\_\_

Año escolar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Marque con una cruz en el inciso que considere más apropiado a la pregunta correspondiente.

#### 1. CONCENTRACIÓN Y ATENCIÓN.

- |   |               |                   |
|---|---------------|-------------------|
| a) Distráido, no pone atención a sus tareas.                            |               |                   |
| ( ) Ocasional   | ( ) Frecuente | ( ) Muy frecuente |
| b) Se equivoca por descuido e inatención.                               |               |                   |
| ( ) Ocasional   | ( ) Frecuente | ( ) Muy frecuente |
| c) No puede mantener su atención y concentración por tiempo suficiente. |               |                   |
| ( ) Ocasional   | ( ) Frecuente | ( ) Muy frecuente |
| d) Parece no escuchar sus indicaciones.                                 |               |                   |
| ( ) Ocasional   | ( ) Frecuente | ( ) Muy frecuente |
| e) No sigue adecuadamente las instrucciones.                            |               |                   |
| ( ) Ocasional   | ( ) Frecuente | ( ) Muy frecuente |
| f) Desidioso, no termina las cosas que inicia: tareas, juegos, etc.     |               |                   |
| ( ) Ocasional   | ( ) Frecuente | ( ) Muy frecuente |
| g) Desorganizado en su material y tareas escolares.                     |               |                   |
| ( ) Ocasional   | ( ) Frecuente | ( ) Muy frecuente |
| h) Le disgusta razonar y concentrarse.                                  |               |                   |
| ( ) Ocasional   | ( ) Frecuente | ( ) Muy frecuente |
| i) Pierde los útiles escolares.   |               |                   |
| ( ) Ocasional   | ( ) Frecuente | ( ) Muy frecuente |
| j) Cualquier estímulo lo distrae.                                       |               |                   |
| ( ) Ocasional   | ( ) Frecuente | ( ) Muy frecuente |
| k) Olvida sus obligaciones escolares.                                   |               |                   |
| ( ) Ocasional   | ( ) Frecuente | ( ) Muy frecuente |
| l) Descuidado, mal arreglo personal, no cuida sus cosas.                |               |                   |

<sup>2</sup> Tomado de Uriarte, Víctor. (1998). *Hiperquinesia*. Ed. Trillas. México.

**2. INQUIETUD.**

- a) Nervioso, se mueve demasiado.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- b) No permanece en su lugar a la hora de comer.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- c) Corre y brinca cuando debería mantenerse quieto.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- d) Problemas en el juego y tiempo libre por no poderse mantener quieto.
- e) Grita y habla demasiado.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente

**3. IMPULSIVIDAD.**

- a) Responde precipitadamente y sin pensar lo que dice.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- b) No puede esperar su turno.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- c) Interrumpe y no respeta las actividades y conversaciones de los adultos.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- d) No mide las consecuencias de sus acciones.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- e) Osado, se trepa en los árboles, bardas, postes, sin medir el peligro.

**4. ANTISOCIAL.**

- a) Agresivo, molesta a sus hermanos y otros niños.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- b) Destructivo, rompe los útiles escolares y juguetes.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- c) Miente, lo niega a pesar de todos saben lo que hizo.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- d) Hace trampas en los juegos por no saber perder.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- e) Desafiante, desobedece las órdenes y las reta.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- f) Impúdico, señas, vocabulario y juegos obscenos.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- g) Terco, testarudo y voluntariosos.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- h) Crueldad con animales, hermanos y compañeros.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- i) Egoísta, quiere todas las cosas para él, no permite muestras de afecto a los demás hermanos.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente

**5. OTROS.**

- a) Problemas de aprendizaje y bajas calificaciones.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- b) Miedoso a la oscuridad y ruidos.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente

- c) Fantasiosos, cuenta historias personales increíbles.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- d) Inmaduro, se comporta como niño de menor edad.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- e) Susceptible, cambia de estado de ánimo con facilidad, alegría, enojo, etc.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- f) Nada le satisface, no tiene la alegría de los demás niños.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- g) Le gusta llamar la atención.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente

**6. PERCEPCIÓN Y HABILIDADES.**

- h) ¿Cómo ve su hijo?  
 Mal                                       Regular                                       Bien
- i) ¿Cómo oye su hijo?  
 Mal                                       Regular                                       Bien
- j) ¿Cómo se expresa su hijo?  
 Mal                                       Regular                                       Bien
- k) ¿Cómo es su habilidad para los juegos que requieren destreza?

**7. OTRAS OBSERVACIONES.**

---



---



---

**CUESTIONARIO PARA MAESTROS**

Mucho le agradeceré se sirva contestar con toda objetividad las siguientes preguntas sobre la conducta del niño en cuestión. En caso de que tenga cualquier duda o requiera información adicional, por favor, llámenos o descríbala en hojas adicionales.  
 Gracias.

Nombre del niño (a): \_\_\_\_\_

Año escolar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Marque con una cruz en el inciso que considere más apropiado a la pregunta correspondiente.

**1. CONCENTRACIÓN Y ATENCIÓN.**

- a) Distráido, no pone atención a sus tareas.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- b) Se equivoca por descuido e inatención.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- c) No puede mantener su atención y concentración por tiempo suficiente.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente

- d) Parece no escuchar sus indicaciones.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- e) No sigue adecuadamente las instrucciones.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- f) Desidioso, no termina las cosas que inicia: tareas, juegos, etc.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- g) Desorganizado en su material y tareas escolares.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- h) Le disgusta razonar y concentrarse.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- i) Pierde los útiles escolares.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- j) Cualquier estímulo lo distrae.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- k) Olvida sus obligaciones escolares.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- l) Descuidado, mal arreglo personal, no cuida sus cosas.

## 2. INQUIETUD.

- f) Nervioso, se mueve demasiado.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- g) No permanece en su lugar a la hora de comer.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- h) Corre y brinca cuando debería mantenerse quieto.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- i) Problemas en el juego y tiempo libre por no poderse mantener quieto.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- j) Grita y habla demasiado.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente

## 3. IMPULSIVIDAD.

- f) Responde precipitadamente y sin pensar lo que dice.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- g) No puede esperar su turno.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- h) Interrumpe y no respeta las actividades y conversaciones de los adultos.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- i) No mide las consecuencias de sus acciones.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- j) Osado, se trepa en los árboles, bardas, postes, sin medir el peligro.

## 4. ANTISOCIAL.

- j) Agresivo, molesta a sus hermanos y otros niños.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- k) Destructivo, rompe los útiles escolares y juguetes.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- l) Miente, lo niega a pesar de todos saben lo que hizo.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- m) Hace trampas en los juegos por no saber perder.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente

- n) Desafiante, desobedece las órdenes y las reta.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- o) Impúdico, señas, vocabulario y juegos obscenos.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- p) Terco, testarudo y voluntariosos.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- q) Crueldad con animales, hermanos y compañeros.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente
- r) Egoísta, quiere todas las cosas para él, no permite muestras de afecto a los demás compañeros.  
 Ocasional                       Frecuente                       Muy frecuente

**5. APRENDIZAJE.**

- a) Dictado.  
 Mal                                       Regular                                       Bien
- b) Copia.  
 Mal                                       Regular                                       Bien
- c) Lectura.  
 Mal                                       Regular                                       Bien
- d) Pronunciación.  
 Mal                                       Regular                                       Bien
- e) Matemáticas.  
 Mal                                       Regular                                       Bien
- f) Educación física.  
 Mal                                       Regular                                       Bien

**6. PERCEPCIÓN Y HABILIDADES.**

- l) ¿Cómo ve el niño?  
 Mal                                       Regular                                       Bien
- m) ¿Cómo oye el niño?  
 Mal                                       Regular                                       Bien
- n) ¿Cómo se expresa el niño?  
 Mal                                       Regular                                       Bien
- o) ¿Cómo es su habilidad para los juegos que requieren destreza?

**7. OTRAS OBSERVACIONES.**

---



---



---

**NOMBRE DE LA MAESTRA**

---