



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“REPERCUSIONES DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)
DE TIPO RESIDUAL EN LA VIDA DE LOS ADULTOS”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

JOSEFINA ROJAS MEDRANO

Director: Lic. José Luis Ávila Calderón

Revisora: Lic. Irma Graciela Castañeda Ramírez

México, D.F.

2008



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.

AGRADECIMIENTOS

A mi Dios Jehová

Que me permite estar viva y disfrutar de su creación

A la memoria de **mis padres** que a través de su cariño y valores me forjaron como el ser humano que soy.

A mis hijos Rosalía y Alejandro con todo mi amor.

A mis hermanos: Dolores, Carmen, Marcos y Simón por su apoyo y cariño incondicional.

A mis amigas: Martha, Catalina, Isabel, Ángeles, Margarita y Dorita por siempre estar en las buenas y malas.

Al padre de mis hijos y a la Sra. Sara Stein.

A mi Universidad por el excelente nivel académico que nos brinda a través de sus profesores a un costo mínimo.

Al Sr. **Lic.** José Luis Ávila Calderón

A la Sra. **Lic.** Irma Graciela Castañeda Ramírez

A la Sra. **Mtra.** Marcela González Fuentes

Al Sr. **Lic.** Fernando Fierro Luna

A la Sra. **Lic.** Margarita Molina Avilés

Con especial agradecimiento por sus valiosas sugerencias en la realización de este trabajo.

A todos ustedes

¡Muchas Gracias!

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
---------------------------	---

Capítulo I

EDUCACION ESPECIAL

1.1. Historia de la Educación Especial.....	7
1.2. Antecedentes de la Educación Especial en México.....	11
1.2.1. La Integración en México.....	14
1.3. Situación actual de las NEE en México.....	19
1.3.1. Nueva estrategia de Integración.....	20
1.3.2. Unidad de servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER).....	20
1.3.3. Centro de Atención Múltiple (CAM).....	22
1.3.4. Limitaciones en la integración en México.....	23
1.4 Conclusiones.....	24

Capítulo 2

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) DE TIPO RESIDUAL.

2.1. Definición.....	26
2.2. Antecedentes.....	28
2.3. Prevalencia.....	31
2.4. Causas.....	34
2.4.1. Base Biológica.....	34
2.4.2. Factores Ambientales.....	39
2.5. Alteraciones en el Desarrollo.....	40
2.6. Conclusiones.....	41

Capítulo 3

MANIFESTACIONES EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) DE TIPO RESIDUAL.

3.1. DSM IV.....	42
3.2. Manifestaciones.....	44
3.2.1. Inatención.....	44
3.2.2. Hiperactividad.....	45
3.2.3. Impulsividad.....	47
3.2.4. Área Cognitiva.....	48
3.2.5. Desorganización.....	52
3.2.6. Área Afectiva.....	54
3.2.7. Área Emocional.....	54
3.2.8. Área Social.....	56
3.3. Resumen.....	57

Capítulo 4

DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) DE TIPO RESIDUAL.

4.1. Evaluación Diagnóstica.....	58
4.1.1. Historia Clínica.....	58
4.1.2. Examen Médico.....	59
4.1.3. Test Psicológicos.....	60
4.2. Escalas.....	60
4.3. Evaluación Neurológica.....	69
4.4. Integración de datos Diagnósticos.....	69
4.5. Comorbilidad.....	70
4.5.1. Diagnóstico Diferencial.....	70
4.6. Conclusiones.....	80

Capítulo 5

FORMAS DE INTERVENCIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) DE TIPO RESIDUAL.

5.1. Intervención.....	82
5.1.1. Farmacológica (intervención médica).....	83
5.1.2. Estrategias Terapéuticas (intervención no médica).....	89
a) Educación acerca del TDAH de tipo Residual.....	90
b) Modificación de Conducta.....	91
c) Coaching Mentoring.....	96
d) Estructura.....	97
e) Psicoterapia Especializada.....	98
f) Orientación Laboral/Vocacional.....	103
g) Grupos de Apoyo.....	103
h) Neuroretroalimentación.....	104
5.2. Consejos para los Adultos.....	106
5.3. Conclusiones.....	110

Capítulo 6

REPERCUSIONES DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) DE TIPO RESIDUAL EN LA VIDA DE LOS ADULTOS.

6.1. Repercusiones.....	111
6.1.1. Repercusiones en el Área Académica.....	111
6.1.2. Repercusiones en el Área Laboral.....	112
6.1.3. Repercusiones en el Área Social.....	113
6.1.4. Repercusiones en el Área Afectiva y Familiar.....	113
6.1.5. Repercusiones en el Área Emocional.....	114
6.2. Conclusiones.....	117

Capítulo 7

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.

7.1 Conclusiones.....	119
7.2 Propuestas.....	126

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
---	-----

ANEXOS. Cuestionario para Adultos

INTRODUCCION.

Existen personas que a pesar de ser inteligentes, padecen un trastorno que afecta su rendimiento intelectual y les impide sostener la atención, repercutiendo en su conducta y por lo tanto, en su aprendizaje

El problema al que nos referimos es el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

García (2002), define el trastorno como una condición biológica o psicológica de una persona que le lleva a sufrir algunos inconvenientes en su vida, a causa de la interacción de esa característica concreta (TDAH) con otros factores, circunstancias o características de la misma persona o de otra persona en su entorno.

Por eso se dice que el TDAH, es uno de los problemas de salud mental que con más frecuencia se presenta en la población. Es un síndrome neurobiológico y se caracteriza principalmente por: inatención, impulsividad e hiperactividad, síntomas que afectan la calidad de vida de las personas que lo padecen. Anteriormente se pensaba que dichas manifestaciones disminuirían al llegar a la adolescencia, lo que permitiría al individuo una vida normal.

Sin embargo, en investigaciones actuales, Klein y Mannuzza, (1991) han encontrado que algunos de esos niños llevarán esas manifestaciones a la vida adulta quedando residuos (Amstrong, 2001).

De acuerdo a la Asociación de Psiquiatría Americana (1994, pág. 82) en la mayoría de los individuos, las manifestaciones disminuyen durante la adolescencia tardía y la edad adulta, aunque una minoría experimenta todos los síntomas del TDAH hasta mediados de su vida adulta.

Así, algunos adultos podrían retener ciertas manifestaciones, aplicándose el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en Remisión Parcial (Armstrong, 2001).

El problema al que se hará referencia en este trabajo es el **Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) de tipo Residual**. Considerando que una condición para diagnosticarlo, es que el sujeto haya padecido TDAH durante la infancia.

Se presentan a continuación los fundamentos que sustentan a esta investigación:

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es una **condición biológica** con la que se nace que puede ser un factor que facilite la aparición de problemas en la vida de quien la presenta. Por lo tanto, también el adulto lo mantendrá, favoreciendo la aparición de problemas en su vida aunque no necesariamente debe aparecer en ambos casos (García, 2002).

Dentro de la **fundamentación psicológica**, la psicología y la educación se encuentran relacionadas debido a que tienen como fin estudiar biológica, psicológica y socialmente al ser humano. Así conocerá del adulto con Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad (TDAH) de tipo Residual, el medio ambiente que lo rodea, las costumbres que lo rigen y las formas de conducta que presenta. Faigel (1995) considera que este padecimiento tiene el riesgo de que los adultos afectados desarrollen problemas como: abuso de drogas, delincuencia, bajo desempeño laboral y divorcio entre otros (Villarino, 1998). Muchos de los casos de TDAH se detectan desde que el niño ingresa a la escuela, por lo tanto, será importante que el diagnóstico se realice lo más tempranamente posible para minimizar estas repercusiones al llegar a la vida adulta. De esta manera, en nuestro país la Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) y el Centro de Atención Múltiple (CAM) son instituciones que se han creado para desarrollar la integración atendiendo a los niños con necesidades educativas especiales desde un enfoque multidisciplinario.

Así también la **fundamentación pedagógica**, es la que sustentará la metodología que puede ser utilizada durante el proceso de enseñanza- aprendizaje. La revista de la Universidad Pedagógica Nacional, (Vol.1, pág.4) define a la Pedagogía como “una ciencia que estudia el fenómeno educativo, y se encarga del aspecto sistemático de la educación: programas, técnicas, objetivos”.

Esta ciencia es importante dentro de la educación de adultos con TDAH ya que tiene como finalidad el tratar de proporcionar una metodología didáctica que permita nivelar las áreas con problema. Se considera que este trastorno puede afectar la capacidad para aprender en la medida que afecte la atención. Por lo tanto, quien no se puede adaptar a las metodologías de enseñanza, tarde o temprano presentará dificultades. Con el tiempo muchos adultos rechazan cualquier tipo de aprendizaje pues éste los enfrenta a constantes frustraciones. Como consecuencia traerá serios daños en la autoestima de quién lo padece.

Desde el punto de vista de la **fundamentación social**, el medio ambiente es uno de los factores esenciales dentro del desarrollo de cualquier individuo, pues no hay que olvidar que el hombre es un ser social por naturaleza.

Comúnmente se entiende por mundo al medio, la circunstancia en la cual vive y se desarrolla el ser humano. Su entorno lo rechaza o lo absorbe, le permite avanzar o detenerse.

Puede decirse que el adulto con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, rechaza las exigencias de adaptación a la vida social. Muchas veces son transgresores y no cumplen con las reglas básicas de convivencia debido a su impulsividad. Suelen no cumplir con lo que otros les reclaman. Se distraen y olvidan sus compromisos evidenciando una habitual conducta de irresponsabilidad crónica, causada por su recurrente inatención.

La actitud general de desconsideración por los otros y por las reglas parece deberse a una consecuencia de su incapacidad para prestar atención, irritabilidad e impulsividad (Gratch, 2001).

Por último, desde el punto de vista de un **marco Legal**, en México el gobierno federal provee los recursos para el desarrollo de los servicios de educación especial y de los sistemas de educación establecidas en el artículo 3° de la Ley Federal de Educación la cual fue sustituida por la actual Ley General de Educación para permitir cobertura legal a las estrategias microestructurales de integración educativa, esto quedó inscrito en el artículo 41 el cual considera:

“La educación especial está destinada a individuos con discapacidades transitorias o definitivas así como aquéllos con aptitudes sobresalientes. Procurará atender a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones con equidad social.

Tratándose de menores de edad con discapacidades, esta educación propiciará su integración a los planteles de educación básica regular. Para quienes no logren esa integración, esta educación, procurará la satisfacción de necesidades básicas de aprendizaje para la autónoma convivencia social productiva.

Esta educación incluye orientación, a los padres o tutores, así como también a los maestros y personal de escuelas de educación básica regular que integren alumnos con necesidades especiales de educación”

De acuerdo con la actual definición federal de problemas de aprendizaje en Estados Unidos, el TDAH es un trastorno asociado, pero no un problema de aprendizaje. Como consecuencia, los niños identificados con TDAH que no tienen problemas de aprendizaje no son atendidos en programas escolares especiales (Silver, 1990). Pero si el grado de TDAH es tan alto que afecta el desempeño escolar del estudiante, éste puede ser identificado como una necesidad educativa especial y entonces se le tendrá que proporcionar los servicios adecuados; aunque no sea candidato para educación especial de acuerdo con la Ley Pública.

Como se mencionó anteriormente, originalmente se pensaba que el TDAH terminaba

con la niñez, hoy se han encontrado evidencias que sugieren que algunas manifestaciones de este trastorno continúan en la edad adulta. Por esta razón, en la ley Pública (Ley de Educación para los Individuos con NEE de 1990) se incluyó un “aviso de averiguación” que solicita la consulta pública para una definición operacional del trastorno del déficit de atención con el objetivo de aclarar las dudas de los padres y profesiones en cuanto a este trastorno y la forma en que se ofrecen los servicios para personas con NEE (Cit. en Shea y Bauer, 2000, p. 300-301).

Como se ha podido observar la presencia de este trastorno constituye un problema en la vida de estas personas quienes tienen el riesgo de desarrollar diferentes alteraciones.

Por lo antes expuesto, el objetivo de esta investigación es identificar y analizar las repercusiones del Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) de tipo Residual y el impacto en la vida de los adultos con este trastorno, para proporcionar conocimientos básicos que sirvan para un diagnóstico temprano y permitan llevar a cabo las intervenciones correspondientes, que beneficiará a los profesionales al comprender a qué responden los síntomas, cuáles son y cuál es la mejor manera de resolver los trastornos emocionales que pueden desarrollar estos individuos.

La estructura de este trabajo está considerando los siguientes aspectos:

En el capítulo I, se presenta una descripción de la evolución que ha tenido la Educación Especial en México. Así mismo se presentan las reformas que se han ido haciendo a las Instituciones que atienden a estos niños con Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad.

En el capítulo dos, se presenta una exposición breve de este Trastorno, considerando las diferentes definiciones de algunos autores y de la última versión del Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM IV); se describe también: la evolución de sus diferentes nombres a través de la historia, la prevalencia en la población, las diferentes causas de esta alteración; así como las alteraciones del desarrollo a futuro. Es importante mencionar, que esta entidad ha sido manejada la mayoría de veces con un

lenguaje en términos médicos debido a que los criterios del TDAH se dan por la Asociación Americana de Psiquiatría. Sin embargo, dado que nuestra área de interés es educativa, en este trabajo se intentará darle un enfoque más educativo.

El capítulo tres se centra en los criterios diagnósticos del DSM IV (1994) y los subtipos de TDAH, se describen las manifestaciones principales y secundarias que presentan los adultos con TDAH de tipo Residual.

En el capítulo cuatro se explican todos los elementos que componen el diagnóstico; desde la evaluación psicológica hasta la integración de los datos abarcando la entrevista y la historia clínica así como las diferentes escalas clinimétricas. Por último, se mencionarán las diferentes manifestaciones que pueden estar asociadas al TDAH de tipo Residual.

En el capítulo cinco se abordan las diferentes formas de intervención farmacológica, para el adulto que presenta TDAH de tipo Residual y las estrategias terapéuticas así como algunas sugerencias prácticas sobre su manejo.

En el capítulo seis se revisan las repercusiones en las diferentes áreas de la vida del adulto con el TDAH de tipo Residual.

Por último, en el capítulo siete se plantean las conclusiones de esta investigación bibliográfica y sugerencias para nuevas investigaciones, en espera que el presente trabajo sea de ayuda para todos los interesados en el campo.

Como cita Gratch (2001) al respecto: Un tratamiento adecuado permitirá que surjan aspectos más creativos, las múltiples inquietudes que estos adultos poseen y podrán desarrollar gracias al encauzamiento de su energía vital, si se remueven esos obstáculos que el TDAH de tipo Residual les impone.

CAPITULO I

1. EDUCACION ESPECIAL EN NIÑOS.

Educación Especial.

La Educación Especial es necesaria para aquellos individuos que experimentan importantes dificultades para aprender y para obtener la oportunidad de una educación normal. Durante muchos años todos aquellos niños que presentaban una incapacidad vivían marginados en la sociedad pero particularmente en los salones de clase. Actualmente, se sabe que estos niños presentan necesidades de educación especial como es el caso del Trastorno por Déficit de Atención (DSM IV, 1995) que se considera un trastorno de conducta. Por esta razón es importante mencionar el desarrollo en el proceso de la institucionalización en la Educación Especial, hasta nuestros días.

1.1 Historia de la Educación Especial.

Se ha dividido en tres grandes épocas; la primera, se considera como la prehistoria de la Educación Especial y que tuvo sus orígenes en el siglo XVI ; la segunda, en la que surge la Educación Especial, entendida como la atención asistencial y a veces educativa a un tipo de personas, llevándose a cabo en situaciones y ambientes separados de la educación regular a finales del siglo XVIII y primeros del XIX; y la última etapa, o sea actualmente, con un nuevo enfoque del concepto y la práctica en Educación Especial.

Es en el siglo XX que se va a caracterizar por la detección de alumnos, que presentaban dificultades para seguir el ritmo normal de la clase y lograr rendimientos iguales a los demás niños de su edad. Es entonces cuando se aplica la división del trabajo a la educación y nace así una pedagogía diferencial, una Educación Especial institucionalizada, basada en los niveles de capacidad intelectual y diagnosticada en términos de cociente intelectual (Bautista, 1993).

Durante la década de los cincuenta y principios de los sesenta se dio un incremento de niños en las escuelas especiales, debido a los procedimientos de diagnóstico, lo cual implicó que se podían tener niños con diferentes problemas en el salón de clase.

García (1993) menciona que en los sesenta se introdujo el término de “normalización” en los diferentes aspectos de la vida de estos sujetos. En el ámbito educativo este concepto constituyó las bases para las primeras ideas integradoras (Martínez, 1999).

El principio de **normalización**, implica, que la atención educativa de los alumnos se ajuste a las características de cada uno de ellos; es necesario, para formar la integración escolar, que los alumnos con necesidades especiales reciban la atención que necesitan dentro de su medio ambiente natural.

Kaufman (cit. por Sanz del Río, 1985) define la **integración** en el marco educativo como “referida a la integración temporal, instructiva y social de un grupo seleccionado de niños excepcionales, con sus compañeros normales, basada en una planificación educativa y un proceso programador evolutivo e individualmente determinado. Esta integración requerirá una clasificación de responsabilidades entre el personal educativo regular y especial y el personal administrativo, instructor y auxiliar” (Cit. en Bautista, 1993 p. 39).

La NARC (National Association of Retarded Citizens, USA) dice al respecto: “La integración es una filosofía o principio de ofrecimiento de servicios educativos que se pone en práctica mediante la provisión de una variedad de alternativas instructivas y de clases, que son apropiadas al plan educativo, para cada alumno, permitiendo la máxima integración instructiva, temporal y social entre alumnos deficientes o no deficientes durante la jornada escolar normal” (Cit. en Bautista, 1993, p. 39).

Se entiende que todos los alumnos pueden ser integrados al aula regular pero para cada uno de ellos deben elegirse los medios más apropiados para su desarrollo y educación.

Marchesi y Martín (1995) señalan que a partir de los años 60's empezó a formarse en distintos países un importante movimiento, el cual se sustentó en diferentes campos de conocimiento como la psicología, la sociología, etc. que llevó a un cambio en las concepciones de deficiencia y Educación Especial (Martínez,1999).

El objetivo de este movimiento fue solicitar condiciones educativas satisfactorias para todos los niños dentro de la escuela regular, y sensibilizar a maestros, padres y autoridades civiles y educativas para adoptar una actitud positiva en este proceso. Por otro lado, García (1992), plantea que el desarrollo de la integración ha sido diferente en los distintos países que la han adoptado. También señala que se ha dado en contextos no sólo educativos, sino sociopolíticos con diferentes características. Asimismo en cada país la integración ha tomado estrategias políticas diferentes.

En los años 70 el principio de normalización se extendió por Europa y América del Norte, siendo Canadá uno de los principales países que estudió este principio. Fue en estos centros especiales segregados de las escuelas regulares, con sus propios programas, técnicas y especialistas, los cuales formaron un subsistema de Educación Especial, diferenciado dentro del sistema educativo general. Es así que se forman asociaciones de padres que rechazan este tipo de escuelas segregadas y reciben apoyo administrativo.

Deno (1970) proporciona una estructura organizativa de los servicios (**sistema en cascada**) para satisfacer las necesidades a estudiantes siendo actualmente el modelo tradicional de distribución de servicios en muchos sistemas escolares. Los siete niveles de servicios van desde los servicios menos restrictivos, en los cuales se atiende a más estudiantes (la base del triángulo invertido), hasta los servicios más restrictivos, donde se atiende a menos estudiantes (el vértice del triángulo). Los servicios en los niveles 2-6 son proporcionados por la escuela; los servicios del nivel 7, por instituciones de salud mental comunitaria y de bienestar para la familia (Shea y Bauer, 2000). Se presentan las funciones de los primeros dos niveles tradicionales de distribución de servicios por ser los menos restrictivos.

Nivel I. Estudiantes en clases regulares.

Los alumnos en este nivel están en educación regular con o sin terapias de apoyo médicas y consejería. Las instituciones médicas, de salud mental y de servicio social, privadas y públicas proporcionan los servicios que reciben estos estudiantes.

Nivel 2. Estudiantes en clases regulares con servicios de instrucción complementarios. La función del educador especial es brindar apoyo. Cumple tres funciones:

Primera, el educador especial y el maestro de educación regular identifican los tipos de asistencia y apoyo necesarios para el estudiante con NEE.

A continuación, colabora con el maestro de educación regular y el estudiante para determinar qué asistencia específica es más aplicable en el escenario donde funciona. En este paso, el maestro de la clase regular, el educador especial y el estudiante integran información en forma conjunta, definen el problema específico e identifican posibles intervenciones de apoyo.

Por último, el educador especial asiste en la organización y puesta en práctica del servicio de apoyo acordado.

El servicio del nivel dos ha sido el salón de recursos, el cual es una alternativa de ubicación en Educación Especial, donde se ofrece a los estudiantes apoyo por medio de servicios especializados mientras reciben la mayor parte de su instrucción en el salón de clases de educación regular. En un estudio realizado por Jenkins y Heinen (1989) a estudiantes con NEE, estos prefirieron recibir la asistencia en su salón de clases y de su maestro de clases regulares, ya que creían que su profesor conocía bien sus necesidades. Aunque la vergüenza de ser separados de su salón de clases y recibir asistencia de un especialista también desempeñó un papel importante en la elección de su maestro regular y su aula. Los alumnos también prefirieron permanecer con sus compañeros de clases y con su maestro.

Estos servicios de tiempo completo en escuela regular con muy poco o ningún apoyo, permiten la integración total.

En 1990 se celebró la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos: Satisfacción de las Necesidades Básicas de Aprendizaje, con el fin de enfrentar el problema de la marginación en la educación.

En 1994, se realizó en Salamanca España la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales: Acceso y Calidad donde se planteó la integración en escuelas de todos los niños del mundo, y la reforma del sistema educativo. Ambas Conferencias constituyeron las bases políticas de la integración.

En México, la Declaración de Salamanca de Principios, Política y Práctica para las Necesidades Educativas Especiales, publicada en 1994, es considerada como el marco de acción y es retomada por la Dirección de Educación Especial señalándose:

Como consecuencia, se produce el cambio de prácticas segregadoras a prácticas y experiencias integradoras en el medio educativo. Se crean centros especiales que se dirigen hacia la desinstitucionalización. Se trata de integrar a los deficientes en el mismo ambiente escolar y laboral que los demás sujetos considerados normales (Martínez, 1999).

1.2 Antecedentes de la Educación Especial en México.

La aparición de instituciones especiales de educación en México se origina a mediados del siglo XIX, durante el periodo presidencial de Benito Juárez, quien fundó en 1867 la escuela nacional para sordos y en 1870 la escuela nacional de ciegos (Sánchez, Cantón y Sevilla, 1997). Es aquí donde se dan algunos hechos históricos que marcan el desarrollo de las instituciones de educación especial en el país, como las siguientes:

- En 1914 escuela especial en la ciudad de León, Guanajuato.

- Entre 1919-1927 se fundaron dos escuelas de orientación para hombres y mujeres y empezaron a funcionar grupos de capacitación y experimentación pedagógica de atención para personas con retraso mental en la UNAM y escuela para personas con deficiencia mental en la ciudad de Guadalajara.
- En 1932 se inauguró en la ciudad de México una escuela modelo llamada Policlínica No. 2 del D.F.
- En 1935 se institucionalizó la educación especial en México y se creó el Instituto Médico-Pedagógico especializado en la atención de la persona con discapacidad mental.
- En 1943, se inauguró la escuela de formación docente para maestros especialistas en el Instituto Médico- Pedagógico.
- En 1959, se creó la oficina de coordinación de educación especial, dependiente de la dirección general de la educación superior e investigaciones científicas.
- En 1960, se fundaron las escuelas de perfeccionamiento 1 y 2.
- En 1966 se crearon 10 escuelas en el D.F. y 12 en el interior del país entre ellas, la escuela “Yucatán para personas con deficiencia mental en la ciudad de Mérida.
- 1970-1976 se crearon los centros de atención psicopedagógica conocidos como CREE (centros de rehabilitación y educación especial.
- En 1985 (SEP) los servicios de educación especial en México se han clasificado en dos grandes grupos. El primero abarca a personas cuya necesidad de educación especial es indispensable para su integración y normalización, y comprende las áreas de retraso mental, trastornos de audición y lenguaje, impedimentos motores y trastornos visuales; la atención se brinda en escuelas de educación especial, centros de rehabilitación y centros de capacitación de educación especial. El segundo incluye a personas cuya necesidad de educación especial es complementaria al proceso educativo regular, y comprende las áreas de problemas de aprendizaje, lenguaje y conducta; la atención se brinda en unidades de grupos integrados, centros de rehabilitación y educación especial

- Con la creación del documento de “Bases para una Política de Educación Especial” de 1982, enumeran los grupos de alumnos por el carácter dominante del problema en las siguientes categorías: deficiencia mental, dificultades de aprendizaje, trastornos de audición y lenguaje, deficiencias visuales, impedimentos motores y problemas de conducta.

Los trastornos de conducta entonces pueden ser referidos como Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (DSM IV, 1995). Bower (Cit. en Castanedo, 1997), nos indica que un trastorno de conducta se identifica bajo los siguientes patrones:

- Ausencia de conocimientos y de adquisición de destrezas en conductas académicas y sociales que no son atribuidas a baja capacidad intelectual o trastornos auditivos y/o visuales, y a trastornos en la salud física, todo ello fácilmente detectado por el maestro.
 - Ausencia de relaciones interpersonales “sanas” o satisfactorias con adultos y compañeros (ejemplo, evitar a los otros, tratarlos con aspereza, con dureza, etc)
 - Frecuentes conductas inadecuadas que son inesperadas en el contexto en que ocurren (ejemplo, ataques físicos y/o verbales injustificados a otras personas).
 - Periodos de disminución en la comunicación verbal y en la actividad motora (ejemplo, frustración, depresión, ansiedad, etc).
- Kauffman en 1980 (cit. en Castanedo, 1997), sugiere una descripción de los trastornos conductuales en aquellos niños que responden a su ambiente, de forma socialmente inaceptable y/o insatisfactoria, pero que pueden aprender conductas aceptables y gratificantes. Como es el caso de los niños que presentan TDAH (Cirilo y Soto, 1997).
 - 1995 se formó la Comisión Nacional Coordinadora para el Desarrollo del Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad (DIF, 1995). Entre sus principales planteamientos resaltan:

- Prevención de la salud y de la discapacidad.
- Ampliar el acceso a la rehabilitación y la obtención de aditamentos.
- Acceso de niños con discapacidad a las estancias para bienestar y desarrollo.
- Integración de los menores con discapacidad a la escuela regular.
- Oportunidades de capacitación laboral que permitan tener las mismas oportunidades de trabajo.
- Garantizar a las personas con discapacidad el acceso a la cultura, deporte y recreación.
- Derribar las barreras físicas, de transporte y comunicación.
- Difundir la cultura de integración y respeto hacia las personas con discapacidad y facilitar su acceso a los medios de comunicación.
- Garantizar el ejercicio de los derechos humanos de la persona con discapacidad.
- Registrar a la población con discapacidad con el fin de conocer el universo total y los porcentajes reales de las diversas discapacidades en México.

1.2.1 La Integración en México.

Sánchez et. al. (1997) menciona otros argumentos que dan paso a la integración, estos los agrupa bajo tres marcos:

Desde el **punto de vista filosófico**, todos los individuos son únicos y por ello, especiales. En este ámbito la educación especial posee una filosofía y una pedagogía propias, basadas en la igualdad de oportunidades de educación para aquellas personas que tienen algún tipo de discapacidad, y que permita desarrollar una personalidad autónoma y socialmente integrada. En las políticas de la SEP, se subraya el término formación, ya que la educación especial pretende estimular a los niños que tienen dificultades de aprendizaje de materias académicas, pero que pueden aprender a vivir y a convivir de acuerdo con las normas de su medio cultural, así como a trabajar con una independencia personal más o menos relativa. En Educación especial, la problemática que presentan los alumnos requiere de intervención multidisciplinaria.

Debe insistirse en que en México la educación es un derecho del individuo y, de acuerdo al artículo tercero constitucional, ésta debe ser gratuita y obligatoria para todos los niños, incluso para aquellos que presentan discapacidades.

Desde el **punto de vista pedagógico**, la educación especial en México, es concebida como una visión educativa humanista, y existen diferentes marcos legales para su desarrollo. Se pueden identificar tres pilares que sostienen la política de educación especial en México:

1-. La **individuación** se refiere a la realización de un perfil psicoeducativo individual para cada sujeto con necesidades de educación especial, que sirva para establecer criterios educativos para su instrucción.

2-. Gómez Palacio, (1992) dice que el principio de **normalización** aspira a colocar a las personas con discapacidad en condiciones de igualdad al proporcionarles las mismas oportunidades y posibilidades que al resto de los habitantes (Cit. en Sánchez, 1997).

El principio de normalización puede ayudar a los maestros, psicólogos y trabajadores sociales en su tarea de aliviar los conflictos y tensiones que crean algunos niños y adolescentes con necesidades especiales en la familia. Además si los padres y hermanos aprenden ciertas técnicas de los programas, podrán satisfacer su necesidad de hacer algo por sus hijos o hermanos que presentan alguna dificultad. Para Jirge (1991), la normalización es “un programa de vida” que pretende disminuir las diferencias y realzar las similitudes.

El término **integración**, se refiere a la tendencia a incorporar en la escuela regular a estudiantes con discapacidades leves o moderadas. Según Gómez Palacio (1992), la integración se refiere al medio en que tendrá lugar la instrucción sistemática de las personas con necesidades especiales de educación. De acuerdo con Nicola (1993), la integración se considera como una oportunidad para el mejoramiento de las instituciones escolares y, en consecuencia, de la educación de todos los alumnos.

Por último, desde un **punto de vista del marco legal**, que establece el desarrollo de los servicios de educación especial.

El estado mexicano por ley está obligado a destinar recursos para la promoción y consolidación de los sistemas de educación especial en el país. El artículo tercero de la constitución de los Estados Unidos Mexicanos afirma (Cit. en Sánchez et.al.p.10).

Los objetivos a los que aspira la educación especial en México, descritos en los manuales operativos de la SEP son:

- 1-. Capacitar al individuo con necesidades especiales para ser una persona autónoma y facilitar su integración social para que pueda gozar de una vida satisfactoria.
- 2-. Actuar de manera preventiva en la comunidad para promover el grado máximo de desarrollo psicoeducativo.
- 3-. Desarrollar programas que promuevan habilidades para compensar las limitaciones del individuo.
- 4-. Elaborar un currículo que promueva independencia personal, comunicación, socialización y la capacidad de gozar de trabajo y recreación.
- 5-. Promover la aceptación de personas con requerimientos de educación especial que consideren los principios de normalización e integración.

Entre los cambios que se han logrado en esta legislación están:

- a) Las mediciones basadas en contenidos curriculares que permiten describir lo que el alumno puede y no puede hacer.
- b) Los maestros de clases regulares y especiales trabajan de manera cooperativa con sus colegas y con otros profesionales como, psicólogos escolares, consejeros guías, terapeutas de lenguaje, etc.
- c) El más importante, la aceptación entre los maestros de clases regulares de la presencia de alumnos con discapacidades leves.

- d) Esta actitud ha dado lugar a la iniciativa de Educación Regular (IER), la cual propone que muchos estudiantes con necesidades especiales de educación sean atendidos dentro del mismo salón de clases con ayuda de un compañero o par sin discapacidad alguna. (Sánchez, et.al. 1997).

El concepto de integración es retomado a partir de 1992 cuando se lleva a cabo un proceso de reordenamiento de la SEP con el propósito de elevar la calidad académica de los servicios educativos.

En este Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica, el principal objetivo es elevar la calidad de la educación. Otro hecho importante es la modificación del artículo 3° Constitucional realizado el 12 de Mayo de 1993, estos cambios consisten en que la educación básica debe ser impartida a toda aquella persona que habite el territorio mexicano, sea o no de nacionalidad mexicana; también extiende la obligatoriedad a la educación secundaria, así como la educación preescolar para quien lo solicite. También considera a la educación básica en tres niveles: preescolar, primaria y secundaria, y por las modalidades de educación inicial, especial y de adultos para todos los habitantes del país. Por último intenta promover una mayor participación de los padres en las escuelas (Cruz, 2002). Establece como prioridad la atención a “Menores con necesidades Educativas Especiales” en donde dice:

“Conscientes de que el proceso de integración escolar de las personas con discapacidad es un proceso gradual, que entraña dificultades para responder con equidad a sus requerimientos específicos, se diseñarán estrategias paulatinas para lograrlo. Se ha definido la integración educativa de los alumnos con discapacidad como el acceso, al que tienen derecho todos los menores, al currículo básico y a la satisfacción de las necesidades básicas del aprendizaje. Las estrategias para acceder a dicho currículo pueden ser los servicios escolarizados de Educación Especial, o en la escuela regular, el apoyo psicopedagógico de personal especializado en la propia escuela a la que asiste el menor”.

“A su vez, la atención a los menores con necesidades educativas especiales requiere una planeación educativa individualizada. El especialista y los padres del menor y en su caso el maestro de la escuela regular, establecerá las metas de aprendizaje a corto y mediano plazo que permitan ir valorando el desarrollo educativo del alumno en forma particularizada”.

“El importante papel del magisterio en la integración escolar, se trabajará en la inclusión de contenidos, en los procesos de formación del maestro, que lo sensibilicen y lo preparen para trabajar con menores con necesidades educativas especiales” (Cit. en Cruz, 2002 p. 9-10).

La reforma más importante que ha sufrido la educación es la referida al Artículo 41 de la ley General que dice:

“La educación especial está destinada a individuos con discapacidades transitorias o definitivas, así como aquellos con aptitudes sobresalientes. Procurará atender a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones, con equidad social”.

Al analizar la vinculación entre el Proyecto General para la Educación Especial en México y la Ley General de Educación, particularmente el Art. 41, se observa que existen varias contradicciones y/o incongruencias.

El Art. 41 habla de equidad y esta población no se encuentra mencionada en los artículos que se refieren a la equidad. Sólo se dice que propiciará su integración a los planteles de educación básica, pero no a la educación básica.

El Proyecto expresa que “la integración educativa del sujeto con necesidades educativas especiales requería de una ley no discriminatoria, cuando en realidad debería decir incluyente, pero el Artículo 41 no deja de ser discriminatorio y por supuesto no es incluyente, como tampoco lo es la Ley en ninguna de sus partes.

Por otro lado, se señala: « en el Programa de Desarrollo Educativo 1995-2000, el proceso gradual que amplía libertades educativas con un criterio equitativo de justicia, logrando integrar con éxito al bien común de la educación básica a los menores con discapacidad » (Cuadernos de Integración educativa No. 6, 1977, p. 9).

A partir de este programa se han logrado concretar acciones, objetivos y metas propuestas para poder responder a las desigualdades educativas.

La clave en la enseñanza de los estudiantes con discapacidad es reconocer que son un grupo heterogéneo. Cada individuo con diagnóstico de discapacidad tiene necesidades personales de aprendizaje (Martínez, 1999).

1.3 Situación actual de las Necesidades Educativas Especiales en México.

En 1989-1994 se estableció el Programa de Modernización Educativa (PROMODE), cuyo objetivo era integrar a la escuela regular el 50% de los Grupos Integrados del período 84-87 (SEP, 1994).

Uno de los aspectos que influyeron en la necesidad de un cambio de estrategia educativa de integración, es que con un sistema paralelo de educación especial no se podía cubrir la cobertura a la demanda potencial de los menores con NEE, ni con la infraestructura, ni con la que se pudiera planear a mediano o a largo plazo. Ya que la dispersión geográfica de los servicios, hacen inaccesibles los servicios de educación especial para la población que los requiere, y la difusión y promoción de los mismos no contraresta estos graves inconvenientes.

Además los “problemas de conducta” solo son atendidos en el Distrito Federal, pero esto no significa que en el resto de la República Mexicana no se presenten estas discapacidades, sino que debido a que no cuentan con profesionales especializados, por ejemplo, los niños con problemas de conducta, pueden ser encasillados en otras categorías, como sería “Problemas de aprendizaje”.

La demanda es muy grande en todas las categorías, atendiéndose una mínima parte, quizá debido, a que los centros de servicios están muy dispersos y, la gran mayoría de la población que es atendida no cuenta con los recursos necesarios para trasladarse al centro, ni tener una continuidad en el tratamiento del niño. De esta manera, la terapia que correspondería no sería la adecuada para el niño, y no se atendería la discapacidad de base.

1.3.1 Nueva estrategia de Integración

Eliseo Guajardo (SEP, 1994) menciona que el cambio en el enfoque de la integración del individuo con NEE consiste en hacer un medio estratégico para lograr la educación básica de calidad para todos, sin exclusión. Esto es, la integración pasa a ser una estrategia metodológica para un objetivo ético: la igualdad en la Educación Básica. También menciona que en México la educación especial ha atravesado por diferentes modelos de atención a través de los años, desde el asistencial, médico y finalmente el educativo. En la actualidad estos modelos se unen entre sí. Así el proyecto de integración debe contar con dos acciones simultáneas; la escolar y la social (Cirilo y Soto, 2007).

La estrategia de integración para las personas con NEE requiere de una acción integral: en salud, recreación y deporte, educación y asuntos laborales. Para ser independientes como ciudadanos productivos con todos sus derechos y obligaciones ante la sociedad y el Estado.

Para que esta iniciativa pueda llegar a los centros escolares será necesario llevar a cabo estrategias microestructurales. En Educación Especial, la Unidad de Servicio de Apoyo a la Educación Regular (USAER), y el centro de Atención Múltiple (CAM) son estrategias para la integración.

1.3.2 Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER).

La USAER, constituye la propuesta para el inicio de la reorganización de la Educación Especial, es la instancia técnico-operativa y administrativa de la Educación Especial que favorece los apoyos teóricos y metodológicos en la atención de los alumnos con necesidades educativas especiales, dentro del ámbito escolar.

El desarrollo técnico-operativo de la USAER se realiza con base en dos estrategias generales que son: la atención a los alumnos y la orientación al personal de la escuela, así como, a los padres de familia (Cirilo y Soto, 1997).

Una alternativa a la que pueda derivar la información de la evaluación inicial es la de proporcionar una atención al alumno por medio de un servicio complementario; ya sea en un servicio de educación especial en turno alterno, donde se le proporcionará un apoyo pedagógico suplementario, manteniendo en el turno contrario la asistencia a su escuela regular; o bien, a un servicio de carácter asistencial como lo puede ser, de salud o recreación, que favorezca su desarrollo.

Los resultados de la evaluación inicial pueden también determinar la canalización del alumno a un servicio de Educación Especial de carácter indispensable, para atender sus necesidades educativas especiales, debido a que la escuela regular no logró responder a ellas y no cuenta con los medios y apoyos suficientes para proporcionarles una atención adecuada en el caso de que se realice la canalización del alumno. La canalización del alumno no implica la imposibilidad de que en otro momento, el alumno pueda ser integrado a la escuela de educación básica regular.

En cuanto a las orientaciones al personal de la escuela regular, éstas girarán en torno al proceso de trabajo de la USAER y al análisis de los factores que repercuten en el aprendizaje de los alumnos para que en la medida de lo posible, se den alternativas de atención a las necesidades educativas especiales de los alumnos.

La orientación a los padres de familia consistirá en brindar información respecto al trabajo que realiza el personal de la USAER en la escuela regular, en relación a la atención que recibirán sus hijos, ya sea en su grupo regular o en el aula de apoyo; también se informará de la evolución que presentan sus aprendizajes; finalmente, se brindarán sugerencias sobre diferentes actividades educativas a desarrollar en el hogar; es importante la participación, junto con el personal de la escuela, para mejorar la educación de sus hijos.

Así la Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) representa una nueva relación entre los servicios de educación especial y los servicios de educación regular en el marco de la educación básica.

Por ello, en el cambio hacia la atención a las necesidades educativas especiales y de la reestructuración del Sistema Educativo Nacional, la USAER es una estrategia a partir de la cual tendrán que ajustarse las otras instancias de la Educación Especial (servicio de carácter complementario y servicios de carácter indispensable) para ponerse a disposición de la educación básica en la atención de las necesidades educativas especiales, ya que con ello, se estará favoreciendo la integración educativa de la población que hasta el momento se encuentra en los servicios de Educación Especial y que no goza de los beneficios del currículum de la educación básica y de la interacción de medios educativos regulares. Estos redundarán en un mayor conocimiento y en compromisos compartidos para llegar al desarrollo de una escuela común para todos, de una escuela abierta a la diversidad, de una visión amplia de la educación básica y asegurar así una mejor atención a las necesidades educativas especiales que se presenten en los servicios escolares.

1.3.3 Centro de Atención Múltiple (CAM)

Es la institución educativa que ofrece educación básica para alumnos que presentan necesidades educativas especiales con o sin discapacidad (Cirilo y Soto, 1997).

Los propósitos fundamentales del CAM son:

- a) Proporcionar educación básica a los alumnos con o sin discapacidad que presenten NEE, realizando los arreglos pertinentes para lograr el acceso curricular.
- b) Estimular el desarrollo integral de los alumnos que presentan NEE para favorecer su integración educativa, escolar, laboral y social conforme a sus necesidades, características e intereses.
- c) Orientar a los profesores y a los padres de familia de la comunidad educativa acerca de los apoyos que requieren los alumnos con NEE para facilitar su integración escolar, familiar y social.

La estructura orgánica del centro de Atención Múltiple le permite resolver la problemática educativa que enfrenta su población escolar, ya que cuenta con elementos y aspectos metodológicos para mejorar los resultados del aprendizaje y poyar al trabajo que realizan los docentes, cuyo objetivo es la integración educativa y capacitación a el área laboral.

En el centro de Atención Múltiple del Proyecto escolar, se organiza e integran los grupos tomando en consideración la edad cronológica, los perfiles de competencia cognoscitiva, curricular y socio adaptativa de los alumnos.

La planeación de las actividades en el aula, se diseña de manera conjunta por el personal docente y para el docente, mediante el planteamiento de las adecuaciones curriculares y la operación de modelos requeridos por la población de acuerdo a sus posibilidades y características (SEP, 2000).

1.3.4 Limitaciones en la integración en México

La SEP (2002) en el Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa, menciona los siguientes problemas:

- En la Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular se atiende en promedio a 20 alumnos, esta situación ha llevado al personal de la educación especial a registrar alumnos que no necesariamente requieren el apoyo especializado, o en otros casos, se ha dejado de prestar el servicio a los alumnos que lo solicitan porque la cantidad supera los 20 alumnos.
- Prevalece la idea de que el personal de apoyo debe atender a los alumnos que presentan rezago escolar.
- Los niños con aptitudes sobresalientes han dejado de recibir apoyos específicos.
- Asignan al personal de educación especial algunas funciones propias del maestro adjunto o auxiliar.
- En el ejercicio de la asesoría no siempre se concentra en las estrategias para la atención de niños con NEE.

- Los cambios requeridos en las prácticas del equipo de apoyo (psicología, trabajo social y lenguaje) y el número de alumnos o planteles que deben atender ha contribuido a disminuir sus funciones específicas.
- El personal de USAER, en muchos casos, desconocen las estrategias didácticas específicas para responder a las necesidades de los alumnos que presentan NEE.
- Al trabajar con el currículo común se ha perdido de vista que muchos de los alumnos que asisten a estos servicios requieren de atención específica según su discapacidad.
- En muchas ocasiones la planeación del maestro está alejada de las necesidades y características de los alumnos.
- En los últimos años, en algunos CAM, se han rechazado a niños con discapacidad severa o múltiple, con el argumento de que sus características no pueden acceder al currículo básico. Al no ser aceptados, éstos niños se quedan sin opción educativa.

Concluyendo, la Integración educativa cambia de un modelo de escuela tradicional, donde los niños encuentran condiciones mínimas para su progreso a un modelo de escuela donde intentan encontrar una respuesta a sus necesidades educativas especiales, beneficiando a todos los alumnos gracias a los nuevos recursos y servicios con que va a contar.

La educación para todos cambia actitudes, estructuras, se abre a la comunidad; los maestros deben modificar su manera de trabajar, al reconocer que cada niño es distinto; tiene necesidades específicas y progresa de acuerdo a sus posibilidades.

Este tipo de educación se puede impartir por medio de cursos complementarios organizados para los alumnos con necesidades especiales.

Es decir, el niño, cuyo mal no sea profundo, puede asistir normalmente a una escuela regular donde tendrá un seguimiento especial por parte del docente y de la psicóloga escolar y complementará su aprendizaje asistiendo una vez o más a la semana a su clase o escuela especial, tal sería el caso del niño con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) que va a requerir ayuda psicopedagógica de Instituciones integradoras como el USAER y el CAM pero como se ha podido observar, estas instancias presentan todavía limitaciones en su estructura, funcionamiento, reconocimiento legal y social.

CAPITULO 2.

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) DE TIPO RESIDUAL.

En este capítulo se brindará información sobre la definición, antecedentes, prevalencia, posibles causas y alteraciones en el desarrollo del Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad para llegar al Trastorno por Déficit de Atención en adultos.

2.1 DEFINICION.

El comportamiento humano puede dividirse en actividades de selección y de procesamiento: “**Selección**” significa escoger lo que se hace, lo que se piensa, qué problema se resuelve y hacia donde se dirige la atención (Kinsbourne y Kaplan, 1990, p. 3). **El comportamiento adaptativo** implica seleccionar lo que se quiere escuchar así como mantener la concentración sobre una cosa. En cambio, **el procesamiento** implica usar la información que se recoge para un propósito deseado.

Cuando una persona se enfrenta a un problema, primero, debe pensar de una manera apropiada o sea “adoptar la posición mental correcta u orientar la tarea” y segunda mantener su atención en él hasta saber cómo resolverlo o lo que llamaríamos “tiempo de concentración,” el lapso durante el cual una persona analiza un problema antes de tomar una decisión. Una persona puede concentrarse en una tarea hasta que se haya terminado. Pero si se distrae entonces es probable que tenga error. Por otra parte, si la persona sigue concentrada en un problema aún después de haberlo resuelto, entonces se beneficiará poco debido al tiempo adicional que le llevo. Por lo tanto estará utilizando el tiempo de una manera inapropiada y no tendrá la comprensión necesaria para responder a situaciones que varían. A las personas que se concentran demasiado tiempo se les llama “**superenfocados**” y a las que se concentran demasiado poco “**subenfocados**” (Kinsbourne y Kaplan, 1990 p. 203).

La atención abarca casi todas las estructuras cerebrales. Gobierna nuestra conciencia, experiencias, acciones y reacciones. Para entender mejor este trastorno veremos las definiciones que nos dan algunos autores:

La décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10-1992) utilizado en Europa define al **TDAH** como: “Un grupo de trastornos caracterizados por un comienzo prematuro, la combinación de un comportamiento hiperactivo con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas, que se presentan en varias situaciones y a lo largo del tiempo.” Señala, además su inicio, durante los primeros cinco años de vida (Benassini, 2002, p. 15-16).

La Asociación Americana de Psiquiatría a través de la última versión del Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM IV) (APA, 1994) se refiere a este síndrome como **Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad** definiéndolo como “un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que es más frecuente y severo de lo típicamente observado en individuos con un nivel comparable de desarrollo”. Agrega que dicho patrón es de tipo inadaptable en cuando menos dos ámbitos diferentes (por ejemplo: casa y escuela, escuela y trabajo, casa y trabajo), y que debe de estar presente antes de los siete años de edad. Además, el trastorno debe interferir en el desarrollo y funcionamiento social, académico y ocupacional (Benassini, 2002, p. 15).

El DSM IV es considerado la versión más completa y actualizada en la que se describen los síntomas de este trastorno. Por esto es la más utilizada en nuestro país, así como en las investigaciones realizadas internacionalmente sobre este padecimiento.

García y Magaz (2000), lo describen como “un trastorno de comportamiento que presentan tanto niños, como adultos, con manifestaciones diferentes según la edad y la educación recibida. Este trastorno implica primordialmente una dificultad, generalizada en el espacio y el tiempo (ocurre en cualquier lugar y todos los días), para mantener y regular la atención y una actividad motora excesiva.

Secundariamente se manifiesta en forma de un notable déficit de flexibilidad: actúa con impulsividad o con escasa reflexión” (p.10)

Cuando una persona, después de la adolescencia presenta estos síntomas que se dieron en la infancia pero que aparecen de otra forma, las llamamos **manifestaciones residuales**. Por eso, el padecimiento de TDAH durante la infancia, es una condición necesaria para que se considere como TDAH de tipo Residual.

En el DSM- IV se conoce que el trastorno puede continuar hasta la edad adulta y se clasifica como variante residual. Por lo tanto se afirma que las manifestaciones se encuentran en remisión parcial en **el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) de Tipo Residual**, que será el tema que veremos en el presente trabajo.

Para Hallowell y Ratey (2001) las personas con TDAH de tipo Residual, son personas desorganizadas, o hiperactivas, o creativas pero impredecibles; que podrían mejorar organizándose, personas que tanto en el colegio como en su vida profesional han fracasado y han triunfado, pero se sienten manejadas o desorientadas.

2.2 ANTECEDENTES

A través de la Historia, diferentes términos han sido utilizados para definir este trastorno conocido como trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad de Tipo Residual. Siendo sus siglas (TDAH) de Tipo Residual según el DSM IV, (1994).

En las primeras clasificaciones del trastorno del DSM-III el cuadro recibió el nombre de ADD (Trastorno por Déficit de Atención), TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) y ADD-RT (Trastorno por Déficit de Atención de Tipo Residual).

Douglas (1972) señaló que las características de este síndrome eran la dificultad para mantener por un largo período la atención y para controlar los impulsos. Eran, para el diagnóstico, más significativo que la hiperactividad (Gratch, 2001).

En 1976, Mann y Greenspan propusieron el término **Disfunción Cerebral del Adulto** (ABD, Adult Brain Disfunction). Se caracterizaba por ser un síndrome independiente y diferente de la patología mental en quienes habían tenido el trastorno en la infancia. Señalaron, las dificultades para su diagnóstico, ya que podía haber sido precedida de formas leves del trastorno en la niñez que no hubieran sido diagnosticadas. Finalmente advirtieron que el cuadro podía ser frecuente en adultos así como la hiperquinesia lo era en menores (Benassini, 2002). Propusieron cuatro componentes para definir el nuevo síndrome:

- a) Historia de trastornos tempranos de aprendizaje con periodos cortos de atención.
- b) Síntomas difusos y severos en la edad adulta, con ansiedad y depresión o sus equivalentes, de manera prominente.
- c) Respuesta del cuadro a la imipramina.
- d) Flujo rápido del discurso, con frecuentes cambios de tema.

Wender (1980) hizo referencia a la “**Disfunción Cerebral Mínima**” y a la “**Hiperactividad**” en adultos continuando la infantil.

Se atribuía la hiperactividad a una desviación de las funciones del sistema nervioso central. Probablemente se trata de un trastorno neurofisiológico, que se caracteriza por un alto grado de distracción y una excesiva respuesta a los estímulos. Sin embargo, hasta ahora no se han logrado determinar las alteraciones anatómicas responsables. A si mismo, adoptó el término trastorno de atención residual para identificar a los adolescentes con estos síntomas, además agregó el calificativo de residual (Joselevich, 2000).

En 1985, Cantwell describió tres posibles patrones de evaluación para los niños afectados por trastornos de atención: ausencia de manifestaciones y deterioro en el funcionamiento social de 30 % de los casos; posibilidad de síntomas de deterioro en la adaptación que persisten en la edad adulta acompañados de diferentes tipos de dificultades sociales y emocionales 40% de los casos, y además de la persistencia de manifestaciones y deterioro en la adaptación, la presencia de otras patologías mentales asociadas para el restante 30%.

Estos trastornos parecen ser un importante marcador temprano de patología mental durante la edad adulta (Benassini, 2002).

En 1987 la revisión de Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R) estableció una relación entre el déficit de atención y la hiperactividad, formando el síndrome conductual llamado **Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad** (TDA-H). En el DSM-III-R, la variante sin hiperactividad se hizo a un lado a la clasificación de trastorno por déficit de atención no diferenciado, sin señalar subtipos específicos (Elías, 2005).

También en este año se formó la fundación de la institución Niños y Adultos con Trastornos de Déficit de Atención. Realizaron sus primeras inclusiones del tema en adultos y posteriormente organizaron departamentos de TDAH en adultos y comenzaron a investigar y ayudar a adultos (Children and Adults with Attention Déficit Disorders, o CHADD). Sin embargo, el intento de los padres de que el TDAH fuera legalmente declarado una condición discapacitante se vio frustrado en 1990; el Congreso de los Estados Unidos se negó a incorporarlo como condición de discapacidad bajo nuevas leyes de educación especial (Moses, 1990). Más tarde Machan (1996) expresó que como resultado, las personas con diagnóstico de TDAH tenían derecho a solicitar ciertos beneficios, como otorgar más tiempo para presentar exámenes importantes como el de ingreso a la facultad de Medicina, subsidios de seguridad social a las familias con un hijo con TDAH y otras ventajas en la escuela y el trabajo (Armstrong, 2001).

En 1994 se volvieron a mencionar los subtipos y se describieron las manifestaciones, prevalencia y otros aspectos de este trastorno. En la cuarta edición del Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM IV) la clasificación es la siguiente:

1-. Trastorno de bajo nivel de atención o hiperactividad, de **tipo predominantemente distraído o inatento.**

2-. Trastorno de bajo nivel de atención o hiperactividad, de **tipo predominantemente hiperactivo o impulsivo**.

3-. Trastorno de bajo nivel de atención o hiperactividad, de **tipo combinado**.

4-. Se reconoce que el trastorno puede persistir hasta la edad adulta, se clasifica como **variante Residual**.

(Los subtipos se describirán más específicamente en el capítulo 3).

El incluir esta tipología permitió diagnosticar a aquellos adultos que, después de la adolescencia, permanecían con alguna alteración en su atención. La población diagnosticada con TDAH aumentó al incluir a preescolares, niños, adolescentes y adultos.

Barkley (1990), menciona, que hasta hace poco tiempo los profesionales de la educación y de otras áreas parecidas atribuían los tipos de conductas asociadas con el TDAH a un número pequeño de niños.

2.3 PREVALENCIA.

El trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, forma parte de uno de los problemas del comportamiento más comunes en la infancia y que van a repercutir cuando lleguen a la adultez.

Serrano (1990), así como el Manual de Diagnóstico y Estadística de las Enfermedades Mentales (DSM -IV), estiman que aproximadamente entre un 3% y el 5% de los niños escolarizados presentan hiperactividad (Lopera, Palacio, Jiménez, Villegas, Puerta, Pineda, y Arcos-Burgos, 1998). Por su parte, Cantwell (1997) señala que en Estados Unidos y Canadá, la incidencia es del 4% estas cifras indican que en las aulas normales habrá entre uno y tres niños con TDAH o que presentan los problemas típicos relacionados con el problema (Moreno, 1997).

En el manual de Barkley sobre el TDAH se observan variaciones de entre el 1 y el 20%. Barkley (1990, pág.61) señala que la incidencia del TDAH “depende de cómo se defina al TDAH de la población estudiada, de la ubicación geográfica de la encuesta y hasta del grado de acuerdo requerido entre padres, profesores y profesionales.” Lo que sugiere que la definición del TDAH es altamente inestable (Armstrong, 2001. p. 22).

Ruíz (2004), señala que la frecuencia de TDAH en México, es entre 4 y 10 %. Estos porcentajes se han ido incrementando a medida que se hace más conciencia del problema y se realiza más el diagnóstico (De la Garza, 2005).

Sin embargo Barkley (1998) señala que el rango de síntomas residuales en estos niños en la infancia es probablemente alrededor de un 65% que presentaran manifestaciones que les van a producir dificultades como adultos. De acuerdo con estas cifras, podría esperarse que de uno a tres de cada 100 adultos estuvieran afectados por diferentes grados de discapacidad consecutivos a estos trastornos, lo que los ubica como predictores importantes de psicopatología (Benassini 2002).

Mientras que Wender (1995) estima que de aquellos niños que padecieron el problema en su primera infancia, aproximadamente un 60-70 % lo llevará también a la vida adulta (Biaggi, 1996).

La OMS señala una prevalencia del 5% y la SSA, el 6%. Si se extrapolan las cifras internacionales a México en donde existen 28 millones de niños (as) menores de 16 años, tendríamos que el problema afecta a un millón y medio de niños. Otras cifras señalan que uno de cada tres niños que solicitan atención lo hace por TDAH. Los recursos para la atención a personas con TDAH pueden identificarse a través de mencionar algunos de los que se utilizan para cuidados de la salud mental o para proporcionar educación a niños discapacitados, puesto que en realidad no existen recursos para este propósito.

Dentro de los hospitales federales se encuentran una serie de hospitales psiquiátricos y uno de psiquiatría infantil que es el único en el país dedicado a esta materia.

En el hospital J:N: Navarro, único hospital paidopsiquiátrico, y autoridad en el tema en todo el país, la primera causa de atención en la consulta externa es el TDAH.

Existe un grupo pequeño de investigaciones en aspectos educativos y de rehabilitación del problema pero no es confiable.

La estructura del sistema de Salud Nacional es insuficiente para atender debidamente a esta población de niños y sus familias ya que en México tenemos solo un paidopsiquiatra por cada 142,000 niños. Los programas de pregrado en neurología y psiquiatría son irregulares y no cuentan con educación en TDAH.

El sector privado ofrece servicios a una limitada cantidad de personas con TDA, principalmente en las áreas urbanas. El 41% de los psiquiatras y psicólogos de instituciones que dan atención a la población no asegurada se concentra en el D.F. Existen clínicas de diagnóstico y tratamiento médico psicoeducacional, pero son aún escasas y gran proporción de la población no tienen acceso a ellas (Programa Específico de trastornos por Déficit de Atención (SERSAME 2000-2006).

La Fundación Federico Holth, A.C. realiza un proyecto para la atención de los niños que tienen TDAH, en el Estado de México, a la fecha han beneficiado a 6430 personas informadas y orientadas; han capacitado a 615 familias; se han creado grupos de apoyo (GADAH); y han capacitado a maestros de escuelas públicas y privadas (Frade, 2006).

El TDAH es más frecuente en los hombres que en las mujeres, con diferencias que van de 3 a 4 hombres por 1 mujer. Si en la infancia afecta más al sexo masculino, parece que en la edad adulta las cifras se igualan entre ambos sexos aunque las estadísticas no son del todo confiables.

En los Estados Unidos, se estima que la proporción, por género se reduce a 2:1 o menos. Se ha encontrado que existe en todos los países en lo que ha sido investigado como en América del Norte y América del Sur, entre otros.

En otros países no tienen el mismo nombre, pero su existencia es evidente.

En un estudio reciente, Hill y Shoener (1996) indican que el índice de TDAH en cualquier grupo de edad parece descender aproximadamente un 50% cada 5 años. Entonces si el porcentaje del TDAH en la infancia es del 4%, el índice estimado para el TDAH entre los adultos será del 0.8% a los 20 años y del 0.05% a los cuarenta años. Esto quiere decir que en algunos casos el TDAH entrará en remisión, se volverá mínimo o hasta desaparecerá al madurar el niño (Armstrong, 2001). Sin embargo no se conoce con exactitud la incidencia del TDAH en los adultos.

2.4 CAUSAS.

La opinión de los especialistas es que varios factores intervienen realizando cada uno sus efectos. A continuación mencionaremos los estudios y opiniones de diferentes especialistas para determinar las causas de este trastorno:

Sattler (1982) y Kirby (1992) explican que existen diferentes corrientes y teorías que explican las causas desde distintas posturas: Los que señalan una base biológica, psicológica y los que señalan a los factores ambientales como causantes de este trastorno (Cruz, 2001).

2.4.1 Base Biológica.

La condición biológica denominada Déficit de Atención con hiperactividad consiste en poder encontrar una relación funcional de causa -efecto, entre la naturaleza biológica del individuo y sus problemas pasados y actuales (García, 2002).

a) Causas Prenatales, Peri natales y Postnatales.

Un período de peligro es la gestación, porque en ese momento todas las estructuras crecen rápidamente.

Por tanto la desnutrición, la hipovitaminosis, las infecciones, las enfermedades maternas y otras condiciones que trastornen las variables fisiológicas de la madre repercuten en el organismo del producto, sobre todo en su cerebro.

Dentro de la base biológica están las causas más frecuentes que se dividen en las que afectan el producto mientras permanece en el útero (Prenatales); las que lo hacen durante el parto (perinatales) y las que afectan al niño después del nacimiento, (postnatales) (Velasco, 2000).

- Factores prenatales.

Los factores prenatales que con mayor frecuencia producen los cambios estructurales responsables de la disfunción, son los siguientes: Padecimientos infecciosos de la madre principalmente rubéola y toxoplasmosis; Anoxia (falta de oxígeno) del producto in útero, producida por alguna de las siguientes situaciones: aspiración de monóxido de carbono por parte de la madre, anemia grave, hipotensión severa, infartos placentarios, etc. Hemorragia cerebral en el producto (generalmente microhemorragias). Exposición excesiva a los rayos X. Problemas metabólicos, especialmente la diabetes mellitas. Y por último, incompatibilidad de factor Rh.

- Factores perinatales..

Anoxia neonatorum (producto), producida regularmente en las siguientes situaciones: Obstrucción mecánica respiratoria; mal uso de sedantes y anestésicos administrados a la madre; placenta previa, e hipotensión pronunciada. Sufrimiento fetal, como aplicación deficiente de fórceps, maniobra de extracción, expulsión demasiado rápida, parto prolongado, cesárea, etc.

- Factores postnatales.

Enfermedades infecciosas durante los primeros meses de vida, especialmente la tosferina, el sarampión, la escarlatina y las neumonías, la encefalitis, la meningitis. Traumatismos craneanos.

Secuelas debidas a incompatibilidad del factor Rh. Neoplasias cerebrales y anoxias accidentales pasajeras.

b) Lesión Cerebral o Disfunción cerebral y del sistema nervioso central.

Probablemente las lesiones graves en el cerebro son causa de algunos casos de hiperactividad y más en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, donde las investigaciones sugieren causas biológicas directas. Los niños con TDAH poseen un coeficiente intelectual normal por lo menos. Aunque un pequeño porcentaje de esos niños tienen daño en el sistema nervioso, no existe seguridad de que el niño con TDAH tenga daño cerebral. Más bien, se cree que el TDAH es debido a una estimulación pobre de las áreas del cerebro que producen un déficit en el sostenimiento de atención del niño, distracción, temperamento, respuestas impulsivas, retraso en el control motor, poca disposición en el seguimiento de reglas, motivación y conducta planeada (Taylor, 1991).

En poblaciones seleccionadas, sin antecedentes de traumatismo, la prevalencia de TDA es de 4.5% en tanto que en pacientes con golpe en la cabeza es de 20% antes del trumatismo, y de 19% un año después.

A juicio de Barkley (1994) el TDAH es, probablemente un trastorno de los lóbulos frontales (prefrontales) implicando, sobre todo, el área orbitofrontal y sus conexiones con los ganglios basales y el sistema límbico que hace que la actividad eléctrica sea más lenta. El córtex orbitofrontal media en la respuesta retardada y regula varias capacidades cognitivas (Cruz, 2001).

En 1997, Scweitzza, usando la tomografía por emisión de positrones (PET) demostró la presencia de alteraciones en el flujo sanguíneo cerebral en la corteza prefrontal de adultos con el trastorno, mientras realizaban operaciones aritméticas en forma verbal, con un incremento del flujo en la corteza occipital, al ser comparados con controles normales (Benassini, 2002).

c) Causas Genéticas.

Barkley (1998) menciona, cómo algunos investigadores han descubierto una relación entre genes llamados el DRD4 gen repetidor y TDAH.

Este es el mismo gen que ha sido asociado con el rasgo de personalidad buscador de lo novedoso. Barkley, presento, un estudio donde se encontró que los hijos de un progenitor con TDAH tienen un 50% de posibilidades de experimentar las mismas dificultades (Robin, 2004).

Por lo menos el 10% de los padres de niños hiperactivos fueron hiperactivos en su niñez. Por ejemplo, algunos estudios sugieren que padres de niños con TDAH es probable que hayan padecido problemas en el control de impulsos y atención (Grenberg, 1998).

Robin (1998), en investigaciones realizadas señala que entre el 20% y el 32% o sea al menos uno de cada cuatro niños tiene un pariente en primer grado (padre y hermanos) del paciente presentan el mismo trastorno (Cruz, 2001).

En estudios realizados en gemelos monocigóticos, Gillis (1992) reportó una concordancia de 55 a 92%, encontrando de once a dieciocho veces más riesgo de padecer el trastorno al compararlos con controles, con un coeficiente de heredabilidad estimado en 64% (Benassini, 2002). En cambio en estudios en gemelos dicigóticos, se ha encontrado a una mayor frecuencia del síndrome en familias y en tanto más cercano sea el parentesco. Esta afirmación ha sido apoyada por los estudios de las familias biológicas de menores que padecen el trastorno y que han sido adoptados (Barkley, 1990).

Cuando se evalúan niños seleccionados a partir de padres con diagnóstico de TDAH de inicio infantil, se demuestra que el 57% de estos niños cumple con criterios para TDAH y de éstos, un 75% ha estado en tratamiento (Lopera, et al 1998). A pesar de las claras evidencias de la transmisión familiar del trastorno, e incluso de la asociación del trastorno a marcadores genéticos como el receptor de dopamina D4, la discriminación entre el componente familiar y el componente ambiental y la determinación del modelo hereditario, que subyace a esta transmisión familiar, no ha podido ser aclarada con precisión.

a) Causas hormonales.

La teoría explicativa localiza la dificultad en un trastorno de la neurotransmisión de la corteza prefrontal, zona que se encarga de un papel importante en la planificación y regulación de la conducta y sirve para anticipar y planificar futuros eventos.

Cosgrove (1997) menciona que se han detectado anomalías en los neurotransmisores (disfunción noradrenérgica), así como bajos niveles de dopamina en el líquido cefaloraquídeo. Estudios de flujo cerebral evidencian disminución del flujo en lóbulo frontal, lo cual podría indicar que la desinhibición estaría relacionada con la disfunción de dicho lóbulo. Esta deficiencia hace más difícil que el organismo mantenga el umbral de estimulación adecuado de las neuronas. Los niños hiperactivos mantienen un estado de hipervigilancia, es decir, reaccionan de forma más exagerada a estímulos sensoriales (Cruz, 2001).

Poza (2006), señala que el promedio estimado del TDAH afirma que los factores genéticos que intervienen son aproximadamente de un 80% mientras que el 20 % restante se debe principalmente a problemas perinatales- durante el embarazo, como desnutrición, consumo de sustancias tóxicas como tabaco y drogas.

2.4.2. Factores Ambientales.

a) Factores alérgicos.

Dentro de las causas ambientales, la que más se acerca, es la que se relaciona con el plomo.

Existen datos que indican que los niños con niveles elevados, de plomo en la sangre o pelo, a pesar de no manifestar signos clínicos de envenenamiento por plomo, pueden mostrar una conducta agresiva e inquieta.

Gargalo (1991) menciona que el plomo es tóxico para el sistema nervioso y puede causar encefalopatía. Puede causar la muerte y, cuando se sobrevive, puede dejar daños neurológicos permanentes, así como un grave deterioro cognitivo y de conducta.

Sin embargo no hay pruebas suficientes que demuestren una relación causal entre las conductas hiperactivas y la exposición a altos niveles de plomo. (Cruz, 2001).

b) Factores Psicosociales.

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

En estudios realizados por Weiss (1993) Barkley (1997), Mortimer (1998), se ha comprobado que el medio ambiente en el que vive o se desarrolló el niño, adolescente o adulto afectan grandemente la evolución de estas personas (Joselevich, 2000).

Taylor (1991) por su parte comenta que existen diferentes factores psicológicos y sociales que pueden contribuir al TDAH. La influencia de la vida familiar y la cultura sobre la atención. En muchos casos, aún con un sistema familiar adecuado, las causas biológicas suelen tener más poder.

Los conflictos, un pobre manejo y psicopatologías de los padres, bajo nivel socioeconómico, estrés psicosocial de la familia o las crisis de la vida familiar, así como las exigencias de un ambiente familiar o escolar excesivamente rígido y demandante pueden agravar los síntomas y las dificultades de adaptación.

Por otro lado, el trabajo sedentario, que exige una concentración mental prolongada, la gratificación instantánea que proporciona la tecnología electrónica, las altas tasas de divorcio y el estrés que trae como consecuencia para las familias el ejercicio profesional de ambos padres.

Las investigaciones realizadas por Carlson, (Jacovitz y Stroufe, 1995; Diller y Tanner, 1996) indican que los niños con diagnóstico de TDAH tienden a provenir de familias donde existen desavenencias conyugales, ansiedad y depresión parental y otros problemas familiares.

Posiblemente, algunos niños pueden cargar con el peso de esta dinámica familiar enferma. Además, un niño que es inquieto y desatento podría estar expresando problemas que hay entre los padres o conflictos con un hermano (Armstrong, 2001).

Además, decir que un niño es el que tiene el problema es una manera de encontrar un “chivo expiatorio”. Atribuir el problema a un solo miembro de la familia les facilita a los demás no tener que enfrentar sus propios conflictos.

Por lo tanto el grado de afectación en cada persona dependerá de su grado de estado psicológico, capacidades y también, muy importante, del ambiente familiar en el que crece.

2.5 ALTERACIONES EN EL DESARROLLO.

Las condiciones que se asocian con el TDAH no tratado son, el alcoholismo, el abuso de sustancias y la conducta antisocial (Manuzza, Klein y Bessler, 1993). En otros estudios (Biederman, Faraone, Spencer, 1993) encontraron que el adulto promedio con TDAH muestra mayor frecuencia de desórdenes psiquiátricos, menor nivel del funcionamiento mental cognoscitivo, menor nivel socioeconómico, altos índices de disfunción matrimonial y coeficiente intelectual más bajo.

También Higuera (2006) ha sugerido la presencia de problemas en el aprendizaje en adultos con TDAH. Estos problemas continúan en la vida adulta y son característicos de deficiencia lingüística, incapacidad en la función ejecutiva o espacial. Combinaciones de disfunción lingüística o espacial con disfunciones ejecutivas han sido más encontradas que deterioro lingüístico o espacial, sugiriendo que la función ejecutiva es la que compensa en la incapacidad del aprendizaje en el adulto (Uriarte 1998).

Estos hechos muestran que el niño con TDAH debe de ser tratado adecuadamente, pues, es muy probable que enfrente problemas difíciles de manejar (Fisher, 2002).

Carlson, Jacovitz y Sroufe, (1995); Biederman, Milberger, y Faraone, (1995) dan algunos factores de pronóstico positivo o negativo para el niño que tiene TDAH, como son su nivel socioeconómico, coeficiente intelectual, agresividad, hiperactividad, habilidades sociales, diagnóstico temprano así como el estado psicológico de los padres, indicando que el TDAH será de más o menos fácil manejo (Van-Wielink, 2004).

Concluyendo, como se sabe la atención es muy importante para el trabajo mental que requiere una tarea o actividad. Por esta razón ha sido tema de interés de varios de investigadores, quienes han dado su definición de trastorno de déficit de atención con hiperactividad, (TDAH) en niños hasta llegar al Trastorno por Déficit de Atención TDAH de tipo Residual.

En el DSM- IV se conoce que el trastorno puede continuar hasta la edad adulta y se clasifica como variante residual. Por lo tanto se afirma que los síntomas se encuentran en remisión parcial en **el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) de Tipo Residual** y una condición es que el TDAH se haya dado en la infancia.

Se sabe que los menores, ya sean niños o adolescentes y adultos que sufren de pobre atención, inquietud e impulsividad, deben enfrentar constantemente el fracaso académico, laboral y el rechazo de padres, maestros y compañeros de su edad, lo que los lleva a tener serias repercusiones para su autoestima, su autoconcepto y la seguridad con la que se desempeñan.

Por esto es importante, que las personas reciban información acerca del TDAH para identificar los síntomas que están repercutiendo en las diferentes áreas de su vida. Al obtener conciencia de este padecimiento es probable que las personas involucradas decidan tomar las intervenciones terapéuticas que van a beneficiar la relación con su familia y entorno. Claro esta, que va a ser importante el ambiente familiar en el que se desarrolla la persona con TDAH.

CAPITULO 3.

MANIFESTACIONES DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) DE TIPO RESIDUAL.

3.1 DSM IV.

El manual diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés) conocido como el DSM- IV- TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales Cuarta Edición- Revisión de Texto) da guías clínicas para el diagnóstico del TDAH de tipo Residual.

Las manifestaciones como falta de atención e impulsividad pueden ocurrir en la edad adulta en muchos tipos de trastornos. Los criterios diagnósticos de que se dispone en la actualidad se desarrollaron primeramente para trabajar con niños y no se puede afirmar que se disponga de criterios específicos para la edad adulta cuya validez se haya demostrado.

Por ello, Murphy (1994) propone, en tanto no exista una mejor solución, apegarse a los criterios DSM-IV (Benassini, 2002).

Subtipos.

Desde 1990 se ha clasificado a las personas con TDAH en subtipos, dependiendo de las combinaciones de síntomas que presentan: El DSM- IV RT, admite tres tipos: tipo predominantemente inatento, tipo predominantemente impulsivo hiperactivo, y tipo combinado. Se describirán de la siguiente manera:

1-. En personas con una inatención importante, se les reconoce que tienen el TDAH **tipo predominantemente inatento**. Dicho trastorno parece estar asociado con “soñar despierto”, pasividad, dificultades con la atención selectiva (seleccionar entre lo importante y no importante), procesamiento lento de información mental, aprensión social o timidez, hipoactividad y la recuperación pobre de información de la memoria.

2-. Aquellas que tienen dificultades principalmente con conducta impulsiva, tienen el TDAH del **tipo predominantemente impulsivo hiperactivo**.

3-. Sin embargo, la mayoría de las personas con el trastorno tienen las dos características clínicas y se les denomina con el TDAH **tipo combinado**. En este grupo hay más conducta oposicionista- desafiante.

Esta condición permitió diagnosticar a aquellos adultos que después de la adolescencia, permanecían con alguna alteración en la atención. El DSM-IV empleó un criterio más amplio por lo que la población diagnosticada con TDAH aumentó al incluir a preescolares, niños, adolescentes y adultos (De la Garza, 2005). Los dos últimos, originan más trastornos conductuales. En cambio el tipo predominantemente inatento se asocia más con problemas de lenguaje, aprendizaje y problemas motores (Elías, 2005).

En un estudio, Millstein, Wilens, Biederman y Spencer (1998) encontraron que el 56% de adultos tenían el subtipo combinado, el 37% tenía el subtipo inatento y solamente, el 2% presentaba el subtipo Hiperactivo- impulsivo (Robin, 2004).

El DSM IV (1995) establece las siguientes características para este Trastorno:

- 1) Presencia de Hiperactividad- Impulsividad o Desatención.
- 2) Inicio antes de los 7 años de edad.
- 3) Una duración de cuando menos seis meses.
- 4) Para diagnosticar a los adultos es necesario reconocer seis o más de los síntomas de falta de atención, impulsividad o hiperactividad.
- 5) En los adultos, este patrón es de tipo inadaptativo en cuando menos dos ámbitos diferentes (por ejemplo casa y escuela, escuela y trabajo, casa y trabajo).

Algunas manifestaciones se vuelven inconscientes en la personalidad del adulto repercutiendo en el desarrollo y actividad social, académica y ocupacional.

3.2 MANIFESTACIONES.

Las manifestaciones variarán dependiendo de la edad y el estado evolutivo del individuo. Como consecuencia, habrá un deterioro en la calidad de vida y el desarrollo de quienes lo padecen. (Fundación para la investigación del “Déficit Atencional e Hiperquinesia” 2004).

Se hará una descripción de las manifestaciones primarias que como ya se mencionó son; inatención, impulsividad e hiperactividad y de los síntomas secundarios que se reflejan en un deterioro en como dirige su vida y su conducta.

3.2.1 Inatención.

Galindo (1990, pág. 53) define la atención como “aquella conducta que consiste en establecer contacto visual con personas y objetos a diferentes distancias.” Así mismo, afirma que una condición del trabajo mental es la atención, orientación y aplicación de las funciones mentales en el aprendizaje.

Por otro lado, en el DSM IV la **Atención** es definida como la capacidad de concentrarse de manera sostenida, hasta finalizar una tarea o actividad.

El TDAH de tipo residual es un desorden que afecta la atención que es necesaria para procesar la información que recibimos del medio ambiente. Sin embargo, son pocos los adultos que se dan cuenta de esta dificultad, debido a que quienes padecen el problema, han sido siempre dispersos y no le dan importancia a algún desorden en su conducta. Las principales manifestaciones son:

- El tiempo que necesita para terminar un trabajo es mayor al requerido.
- No sigue las instrucciones que se le dan.
- Tiene dificultad para mantenerse en una tarea.
- Evita actividades que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- No pone atención a los detalles y se equivoca.

- Es soñador, está en la luna.
 - Se olvida de cosas importantes en las actividades diarias.
 - Se le ve desconectado de las tareas.
 - Se siente confuso.
 - Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes.
 - Cambia de actividad sin concluir la anterior.
 - Falta de paciencia o desatención cuando escucha órdenes o consejos.
 - Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
 - Pierde objetos necesarios para realizar las tareas u otras actividades.
 - Busca inconscientemente ocuparse en trabajos poco prolongados de la atención.
 - Llega tarde u olvida sus compromisos, hace planes y proyectos que luego no cumple.
- A veces tiene capacidad de concentrarse intensamente, permitiendo ser constante en su tarea, lo que indica que éste no es un síndrome de déficit de atención, sino de falta de continuidad en la atención.

Hart, Lahey, Loeber y cols. (1995) en un estudio de seguimiento de 4 años demostró que la inatención tiende a persistir en el tiempo y la hiperactividad e impulsividad tienden a disminuir. Así también Millstein, Wilens, Biederman y Spencer, (1998) encontraron que la inatención persiste más que la hiperactividad-impulsividad en la adultez ya que éstos tienden a declinar a medida que pasa el tiempo (Robin, 2004).

Los problemas de atención no sólo tienden a persistir en la vida adulta, sino que se asocia con dificultades de adaptación, tanto a nivel de empleo como de relaciones sociales (Achenback, Howell, Mc Conaughy y cols. 1995). (De la Garza, 2005).

3.2.2 Hiperactividad.

En cuánto a la persistencia de síntomas durante la adolescencia Barkley (1990) propuso que éstos se reducen significativamente y aunque las conductas hiperactivas se atenúan en la etapa de la vida adulta, persiste la sensación de inquietud más que una verdadera hiperactividad.

A continuación se señalan las características más importantes:

- Está siempre apurado, como accionado por un motor.
- Hace varias cosas a la vez y rápido.
- Está ansioso cuando permanece inactivo.
- Habla excesivamente (verborrea) o tiene dificultad para expresarse verbalmente.

- Dificultad para participar en actividades tranquilas, así como evitar pasatiempos y ocupaciones que no permiten el movimiento espontáneo (Tareas de despacho).

- Tiene dificultad para permanecer sentado y se mueve en situaciones donde se espera que permanezca quieto. Esta en constante movimiento (sacudir las piernas, mover los pies, manos, zapateos en la silla, necesidad de moverse).

- Como tiene poca capacidad para descansar o relajarse en su tiempo libre, busca alguna actividad que le ayude a justificarse. Solo se siente satisfecho de lo realizado durante el día si ha hecho varias cosas o ha tenido mucha actividad físico- deportiva.

- Fallas en la coordinación motora las cuales se manifiestan en la torpeza de movimientos o en la coordinación motriz fina.

- Intolerancia al aburrimiento. Busca estímulos fuertes. Le gusta experimentar cosas nuevas y atractivas del mundo exterior.

En un estudio, Biederman y cols. (2000) encontraron una asociación significativa entre la edad y la disminución de los síntomas, con preferencia por la hiperactividad-impulsividad, que mostró, mayor remisión que la inatención. También propusieron que la desaparición de los síntomas con el paso de los años podía variar, dependiendo del concepto de remisión que se estuviera empleando. Distinguieron entre remisión sindromática, sintomática y funcional (recuperación completa), señalando que si bien la primera podía estar por arriba de 60%, las dos últimas mostraban tendencias menores.

Este hecho contradice la impresión de que el problema disminuye en la adolescencia. Parece haber dos razones. Una es que en las diferentes etapas de la vida el temperamento impulsivo y atolondrado se expresa de manera distinta, y la relación que existe entre las expresiones de impulsividad en el adolescente y el adulto, y las de la niñez, no se aprecian bien. La segunda es que los adultos hiperactivos pueden ya no preocupar a sus parientes y, por lo tanto, se reducen las presiones externas para que se sometan a tratamiento (Kinsbourne y Kaplan, 1990).

En los diferentes estudios se sugiere que la hiperactividad permanente tiene su principal efecto sobre el desarrollo al incrementar el riesgo que los individuos afectados desarrollen problemas complejos, como por ejemplo un trastorno de conducta antisocial. Cuando la conducta antisocial se desarrolla, se convierte en un elemento importante para la predicción del resultado. La importancia de la hiperactividad está en función de su interacción con otros eventos (Taylor, 1991).

Las consecuencias a largo plazo de la hiperactividad en los niños son muy inciertas. Sin embargo, la mayoría de los estudios indican que muchos niños hiperactivos son inquietos al llegar a la etapa adulta, aunque esta conducta es menos observable que antes.

3.2.3 Impulsividad.

La impulsividad es el aumento en la cantidad de errores que un sujeto comete, por la incapacidad de tomarse el mínimo tiempo que se requiere para dar una respuesta correcta.

Esta conducta se manifiesta en quien actúa antes de pensar. O sea toma importantes decisiones sin reflexión o sin suficiente información.

Aunque las conductas impulsivas se atenúan en la etapa de la vida adulta, persiste la tendencia a presentar síntomas como los siguientes:

- Conductas de riesgo. Las discusiones en el ámbito laboral son cotidianas y como consecuencia puede abandonar su puesto de trabajo.

- Tiene dificultad en esperar su turno, debido a que desea obtener una rápida gratificación.
- Tiende a decir lo primero que pasa por su cabeza sin tener en cuenta la oportunidad o lo apropiado del comentario.
- La impulsividad es causa de fracaso interpersonal (comentarios irreflexivos, actos impulsivos).
- Tendencia a abusar de sustancias, o hábitos impulsivos.
- Contesta antes que le pregunten.
- Con frecuencia comete errores y viola los límites.
- Interrumpe frecuentemente el silencio o se entromete en lo que otros están haciendo.
- Tiene poca tolerancia a la frustración.
- Dificultad para controlar explosiones de humor o estado de ánimo.
- Le cuesta mantener secretos.
- Problemas con la toma de decisiones: impulsivas.
- Realiza muchos proyectos a la vez pero con dificultad para continuarlos.
- Se deja llevar por el entusiasmo.
- Quiere que las cosas ocurran ya.
- Se obsesiona con lo que tiene en mente.
- Pésimo manejo de sus finanzas, ya que compra de forma impulsiva.

3.2.4 Alteraciones en el Área cognitiva.

Molina (1997) señala que la atención es necesaria para procesar la información que recibimos. Es un proceso que requiere de esfuerzo. Asimismo la atención es una condición esencial para el aprendizaje (Cruz, 2001).

A continuación se describen los problemas de atención que presentan las personas con TDAH (Kirby, 1992).

a) Dificultad en la atención controlada frente a la automática. Cuando una tarea es nueva o no ha sido aprendida realizamos un procesamiento controlado, toda nuestra corteza cerebral está concentrada en la realización de la tarea y eso requiere un esfuerzo. Cuando la tarea es fácil o ya es conocida, podemos relegar esa función a sistemas automáticos realizando un menor esfuerzo. El adulto con TDAH tiene dificultades en el trabajo intelectual, para crear y seguir actividades rutinarias, presentando variabilidad en la ejecución de tareas o en el trabajo, aunque a veces muestra destellos de brillantez, puede ser intuitiva y muy inteligente. (Médica de Terragona, 2004).

b) Dificultad para procesar varios estímulos de forma simultánea. La atención selectiva se refiere a la habilidad de una persona para responder a los aspectos importantes de una tarea o situación y, a pasar por alto aquellos que sean irrelevantes (Jhonson y Dark, 1986).

La persona con TDAH de tipo Residual no solamente tiene olvidos repetidos sino, también, la atención dividida o sea, una incapacidad para mantener uno o más elementos al mismo tiempo, que le permita comparar, procesar y dar una respuesta adecuada. Tiene dificultad para mantener la atención en actividades de entretenimiento, tiende a desconectar o a divagar en medio de una conversación. Se produce cuando la persona no está mirando, ni hablando; y uno se da cuenta que “no está ahí”. Se distrae fácilmente por estímulos ambientales.

c) Dificultad para mantener la atención sostenida. Es la atención que tiene lugar cuando un individuo debe mantenerse consciente de los requerimientos de una tarea y ocuparse de ella por cierto tiempo, durante un periodo determinado. (Douglas, 1980). La falta de atención tiene manifestaciones conductuales cuyo origen puede estar en un déficit cognoscitivo o por falta de motivación para realizar las tareas. Cuando las tareas son repetitivas y aburridas, la persona se distrae fácilmente porque le cuesta más trabajo mantener la atención surgiendo la desmotivación, que tiene su origen en una mayor dificultad para procesar los estímulos.

Por esta razón comete errores en el desempeño laboral debido a que no completa ninguna tarea de la oficina, a menos de que se le presione. Hay ensoñaciones excesivas durante el día; muestra distracción excesiva cuando se le habla, o distracción para la lectura, lo que ocasiona que frecuentemente pierda el hilo de lo que lee y tiene que reiniciar la línea o el párrafo.

d) Dificultad en aprender y recordar lo aprendido por procesar la información de forma más superficial. La información es aprendida y recordada más fácilmente, si ha sido procesada significativamente durante un período de tiempo. Por el contrario si la información ha sido procesada sin sentido, demasiado rápidamente o de forma desorganizada, se almacena de forma temporal en la memoria de trabajo y no llega a almacenarse en la memoria a largo plazo. **La memoria de trabajo** (memoria a corto plazo) se refiere a la capacidad que tiene el sujeto para procesar en la mente información que será usada para accionar en el momento o posteriormente. Si se pierde, se bloquea la memoria de trabajo, la funcionalidad también se dañará. Por esta razón el adulto con TDAH tiene dificultad en aprender porque procesa la información de forma más superficial debido a la falta de estrategias adecuadas e impulsividad. En la oficina olvida los nombres, citas o fechas que le son comunes. Además la falta de atención suficiente y el cambio atencional frecuente explica las deficiencias de memoria, sin necesidad de presuponer una alteración en estos procesos.

e) Eventos cognoscitivos. Se refieren a ideas o pensamientos automáticos que caracterizan e influyen en la conducta y los sentimientos de una persona.

A menudo son inconscientes o preconcientes, en el sentido de que uno no los genera regularmente ni los vigila de manera intencional (Meichenbaum, 1977). Solo cuando se rompe una rutina o el individuo debe elegir en circunstancias nuevas o inciertas se adquiere conciencia y se comienza a vigilar estas ideas automáticas, una vez interrumpidas, se vuelven más gramaticales, con sujeto y sintaxis verbal, en su estado natural continuo son más similares a mensajes telegráficos.

En condiciones normales, los pensamientos automáticos se encargan de proporcionar señales lingüísticas preconcientes e imágenes visuales que más adelante desempeñan una función esencial en la autorregulación de la afectividad y conducta, por medio del dialogo interno. Las personas con TDAH no son hábiles en el uso intencional del diálogo interno, por lo que tienden a tener problemas en tareas o situaciones que requieren esfuerzos sostenidos, autoregulación y autocontrol.

f) Procesos cognoscitivos y metacognoscitivos. Michenbaum (1985) señala que este término se refiere a la manera como automáticamente en forma inconsciente procesamos información, que incluye mecanismos de búsqueda y almacenamiento, además de procesos inferenciales y de recuperación.

Estos procesos conforman las representaciones y los esquemas mentales, el conocimiento personal de estos procesos cognoscitivos, así como, la habilidad para controlarlos y evaluarlos constituye la metacognición que representa una interfase entre aquello que normalmente se encuentra fuera de la esfera consciente y lo que es susceptible de evaluarse, investigarse y entrenarse. Las decisiones del adulto con TDAH son hechas irreflexivamente sin suficiente información; cuando se observa como enfoca algunos problemas, los cuales requieren procesos cognoscitivos que consisten en dirigir una búsqueda sistemática, formular y probar hipótesis, suelen responder de modo impulsivo, toman decisiones en forma rápida e incorrecta, hacen poco esfuerzo y tienen poco interés por escoger con cuidado la respuesta correcta.

g) Estructuras cognoscitivas. Michenbaum (1985) las define como las suposiciones, creencias, los cometidos y significados tácitos que influyen en las formas habituales de percibirse a sí mismo y al universo, operan a nivel inconsciente, son altamente independientes y, quizá, están ordenadas por jerarquías. **Los esquemas** son organizaciones mentales, la experiencia repercute en el modo como se procesa la información y se organiza la conducta, pueden generar procesos y sucesos cognoscitivos y afectivos y, a su vez, pueden ser desarrolladas y modificadas por procesos y sucesos en curso. Las personas con TDAH tienden a vivir el momento presente sin reflexionar acerca de lo que acaba de suceder o pensar en lo que podría ocurrir.

- Douglas y Peters (1979) señalan que la persona con TDAH de tipo residual tiende a no ver ni escuchar con cuidado, ni meditar con profundidad acerca de sus experiencias, lo cual obstaculiza la realización de operaciones perceptivas y cognoscitivas y el ciclo se repite continuamente (Kirby, 1992).
- Hartocollis (1979) menciona la dificultad que tiene el adulto para utilizar conceptos abstractos, a pesar de poseer un buen coeficiente intelectual (Uriarte 1998).
- Wender (1979), ha observado alteraciones tales como Dislógias (incoherencia en el discurso, expresión de las ideas y ritmo del lenguaje) concretismo o incapacidad para abstraer, problemas en la escritura (ortografía) y en el lenguaje (pronunciación), así como dificultad para la orientación derecha- izquierda, en especial respecto a planos y mapas (Uriarte, 1998).
- Comete errores por falta de cuidado. Pierde o pone en lugares equivocados sus pertenencias.
- Se encuentra preocupado por sus propios pensamientos.
- Somnolencia diurna.
- Pobre persistencia en los esfuerzos hacia las tareas.

3.2.5 Desorganización.

Es la dificultad para seguir un orden o mantener un método en la realización de actividades. Por tanto, la desorganización en los adultos con TDAH tiene como causa principal una deficiente memoria inmediata. Por ello el individuo con TDAH empieza varias cosas a la vez pasando de una actividad a la otra sin concretar ninguna.

- Fracasa a la hora de mantener un determinado patrón de productividad en su trabajo de un momento a otro y de un día a otro. Tal variabilidad es con frecuencia, desconcertante para quienes están con ellos, ya que está claro que un adulto con TDAH puede completar su trabajo de una manera rápida y correctamente en una ocasión, mientras en otras, su trabajo lo realizan de una manera pobre, incorrecta y con poca precisión.

- La desorganización comprende aspectos como horarios y programas de actividades, utensilios y materiales para la realización de éstas. Su explicación podría encontrarse en las dificultades de atención y concentración, impulsividad, en los problemas previos de aprendizaje y sus secuelas y en el déficit de las funciones ejecutivas con incapacidad para planear la conducta.
- Es observable en sus escritorios y lugares de trabajo desorganizado. El descuido en su vestimenta y su automóvil.
- Parece incapaz de aprender normas, tablas, listas, etc. Se deja llevar siempre por su manera de actuar y reconoce su culpa cuando es reprendido; sin embargo no puede cambiar.
- Cuando trabaja en forma independiente se caracteriza por ser de los primeros en no respetar sus propios horarios, promesas y planes; es gente acelerada, con mucho movimiento y pocos logros. Aunque tiene buenas intenciones, no dejan de hacer enojar a quienes con ellos conviven.
- Tiene problema con el manejo del tiempo y para proyectar a futuro (no cumple con límites de tiempo, etc).
- Por lo común, pierde oportunidades de trabajo pues olvida sus citas o el horario de las mismas y llega tarde a éstas.
- Presenta desorganización en su pensamiento, perdiendo de vista el objetivo de sus actividades.
- Tiene una imaginación que lo lleva a proyectar ideas todo el tiempo; sin embargo no hace casi nada.
- Necesidad de utilizar listas escritas de las actividades a realizar para evitar olvidarlas.

- Tiene dificultad para mantener rutinas diarias en el trabajo y manejar prioridades.
- Puede a veces ser muy bueno, resolviendo su trabajo, a pesar del desorden.

3.2.6 Área afectiva.

- Relaciones afectivas fracasadas o “abandonadas”. Son descritos por sus cónyuges como tiranos, caprichosos y malhumorados, especialmente si no son complacidos. En el trabajo suelen reprimir sus verdaderas emociones del momento, pero por lo común se les conoce por ser muy sensibles, pues se enojan fácilmente a la mínima provocación. El problema real suele suceder en casa, donde los cambios de temperamento se descargan sobre la esposa e hijos. Las esposas sufren los frecuentes cambios de humor sin justificación aparente.

- Las relaciones familiares se caracterizan por constantes problemas y resentimiento que se controlan con dificultad y se expresa mediante continuas peleas, a causa de las características sintomáticas, lo que facilita la creencia de que todo el comportamiento anormal es voluntario.

- Tienen poca habilidad para manejar las actividades de sus hijos.

3.2.7 Área emocional.

Se sabe que entre los adultos con TDAH casi la mitad (el 44%) sufren de problemas de conducta (Biaggi, 1996).

Shekin (1990) remarca que el diagnóstico en adultos se asocia con ansiedad y depresión. Mientras Murphy (1994) se enfoca en la dificultad para controlar el enojo y la intolerancia a los eventos estresantes. Bender por su parte, destaca el temperamento irascible y de nuevo la baja tolerancia al estrés que consiste en una hiperreacción al stress de la vida diaria con falta de flexibilidad y adaptación (Benassini 2002).

- Algunas personas con TDAH de tipo residual presentan **distimia**, que es una perturbación de la afectividad que se caracteriza por continuas variaciones del humor y temperamento, en donde hay frecuentes oscilaciones anímicas, que duran horas o minutos y se pueden presentar varios ciclos a lo largo de un día aunque, con el tiempo, algunos pueden llegar a estar muy deprimidos.
- Responde exageradamente a las demandas, pero si son inesperadas, se siente desorientado, confundido, agredido, impaciente.
- Su dispersión, desorganización y distractibilidad provoca enojo en los demás, ocasionando conflictos, ya que siempre busca ser el centro de la atención.
- Tiene una sensación de no alcanzar los objetivos. Debido al miedo que tiene de no realizar las cosas correctamente las atrasa una y otra vez, lo cual aumenta la ansiedad.
- Temperamento explosivo, vive en estado permanente de irritabilidad y es agresivo perdiendo el control.
- Tiende a abandonar o huir de las situaciones que exigen soportar tensión o convivir con otros y actuar bajo presión.
- Retrasa responsabilidades dejando para mañana lo que se hubiera podido hacer hoy. (Procrastinación). Esto a su vez incrementa la impulsividad en general.
- No puede pensar serenamente ni puede encontrar soluciones, aunque es capaz de ello; con esto la sensación de fracaso crece, trayendo como consecuencia problemas en la autoestima y un autoconcepto de sí mismo muy inadecuado. Sin embargo es mentalmente fuerte, pese a todos los contratiempos.
- Dificultades en la motivación y la excitación.

A la hora de desarrollar una motivación intrínseca por las tareas que no tienen recompensa inmediata o que no les resultan atractivas. Esto con frecuencia les hace parecer carentes de autodisciplina.

- Algunas personas buscan actividades que los sobreexciten para combatir el aburrimiento que se da por el modo rutinario de realizar las cosas.
- Tendencia a preocuparse de forma interminable. Frecuentemente tiene la sensación de que su mundo puede desmoronarse.

3.2.8 Área social.

- Bastantes adultos con TDAH presentan un historial de relaciones sociales fracasadas.
- No administra bien su patrimonio.
- Es muy sensible a las críticas por lo que le cuesta trabajo mantener a sus amistades.
- Tiene problemas para desenvolverse a través de las normas establecidas.
- Parece no entender lo que es claro para todos, aunque se le explique una y otra vez que su comportamiento inadecuado causa problemas en los demás. Otras veces funciona bien cuando es fuertemente reprendido o lo hace después de un esfuerzo de voluntad.
- **“Dislexia social.”** es la incapacidad para leer, entender y seguir los códigos “no hablados” en una relación interpersonal.
- Se maneja con impresiones y teorías personales sobre los hechos, comportamientos y conductas de la gente. Esta falta de “codificación” en la información le merece el nombre de inmaduro.
- Cuando está en grupo de trabajo, sus ideas pueden ser reconocidas, pero la convivencia inadecuada con sus compañeros hace que no sea aceptado.
- Es terco, arbitrario, obstinado ya que no sigue las observaciones y consejos de la gente.

Por eso, la pasa mejor cuando está solo.

En resumen, a lo largo del capítulo, se mencionaron las diferentes manifestaciones del TDAH de tipo Residual y se pudo observar que el trastorno no siempre desaparece en la adolescencia, sino que muchas veces continúa hasta la vida adulta.

Según el DSM IV (1994) existe la tríada de síntomas como dificultad de atención, impulsividad e hiperactividad, características que cambian al ser adulto, ya que sin tratamiento, los problemas de atención persisten y solo algunos casos de impulsividad e hiperactividad continúan en la edad adulta, otros parecen solucionarse por sí mismos en la adolescencia.

Sin embargo, persisten la sensación de inquietud, la tendencia a manifestar comportamientos faltos de premeditación, dificultades de atención y concentración, desorganización, escasa memoria a corto plazo labilidad emocional y dificultades para realizar rutinas diarias y metas en el trabajo, escuela y hogar.

Después de esta descripción de los síntomas del TDAH de tipo residual se mencionará el procedimiento a seguir para un correcto diagnóstico.

CAPITULO 4.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) DE TIPO RESIDUAL.

4.1 EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA.

El trastorno por Déficit de la atención (TDAH), de tipo residual causa un daño importante en las personas que lo padecen y además el desarrollo de otras enfermedades de tipo psiquiátrico y social.

Se necesita una evaluación por tres razones:

- Para hacer un diagnóstico preciso.
- Para evaluar la presencia de otras condiciones médicas o educativas.
- Para descartar explicaciones alternas sobre las conductas o para las dificultades ocupacionales, académicas o de relaciones.

4.1.1 Historia clínica.

La evaluación debe incluir una entrevista clínica que ofrece un historial detallado de la persona para examinar las manifestaciones pasadas y presentes.

La entrevista sirve para buscar evidencia de las manifestaciones principales del TDAH como son (hiperactividad, atención, impulsividad), y luego, evaluar si éstas son antiguas y en qué medida continúan presentes. Esta historia clínica debe incluir posibles problemas del desarrollo, desempeño escolar, laboral y antecedentes psiquiátricos, incluyendo cualquier medicación empleada.

En esta, el entrevistador hace varias preguntas, con el fin de aumentar la confiabilidad. Las preguntas deben incluir los aspectos positivos del trastorno, las condiciones que excluyan el diagnóstico, historial familiar, así como evaluar si anteriormente hubo uso de sustancias, problemas de personalidad o afectivas, etc. **(Véase anexo al final).**

El profesional puede también obtener información de otros miembros de la familia directa que evalúen el comportamiento de la persona como son cónyuge, pareja, madre o padre. En el caso de parejas casadas o conviviendo, es importante para la pareja, que el profesional los entreviste juntos cuando esta revisando los síntomas del TDAH de tipo Residual, esto ayuda al cónyuge o pareja a conocer y comprender mejor por qué el adulto actúa así y a su vez para mejorar la relación después de que el diagnóstico se haya completado (Revista de adicciones, 1996).

En la entrevista, la observación de conductas en el déficit de atención es necesaria, siendo una estrategia de evaluación indirecta complementaria. La observación de los indicios no verbales, nos pueden facilitar datos para confirmar el contenido presentado por el sujeto. Además es importante para descubrir otros problemas que podrían haber pasado desapercibidos en el historial del paciente (Hallowell y Ratey, 2001).

Una vez que se ha realizado el historial del paciente, se ha de aplicar el examen médico para hacer un juicio correcto.

4.1.2 Examen médico.

Algunas condiciones médicas pueden causar síntomas que se asemejan a los síntomas del TDAH. Un examen médico no incluye o acepta como diagnóstico el TDAH de tipo Residual, pero es importante para ayudar a descartar otros problemas (Salas, 2004).

- En el caso de hipertiroidismo, los pacientes están nerviosos y son hiperactivos tal como en el caso del TDAH de tipo residual. En cambio, en el caso de hipotiroidismo el paciente esta hipo-activo.

-Accidentes que ocasionaron fuerte traumatismo craneoencefálico en el que los pacientes presentan también una sintomatología muy parecida al TDAH de tipo residual. En la entrevista puede demostrarse que estos síntomas aparecieron después del traumatismo y no antes.

-Trastornos de convulsión pueden causar manifestaciones que se parecen a los síntomas del TDAH.

Una vez que se ha realizado la entrevista, el historial clínico y el examen médico entonces se ha de decidir si se administran los tests Psicológicos y evaluaciones psicopedagógicas.

4.1.3 Test psicológicos.

Aunque no existe una batería estándar que sirva por sí misma para señalar si una persona padece TDAH de tipo Residual, hay instrumentos de evaluación o herramientas como son las escalas de evaluación de las manifestaciones del TDAH según el DSM-IV y las pruebas psicológicas que pueden ser útiles para determinar debilidades cognitivas o de aprendizaje, así como otras cuestiones emocionales ocultas que pueden ayudar al profesional a conocer mejor al adulto con este padecimiento.

El profesional deberá tener experiencia en diagnosticar y tratar adultos con TDAH, que cuente con formación en baterías de test psicológicos y tenga experiencia en efectuar pruebas a personas con TDAH de tipo Residual.

Dado que la atención tiene manifestaciones fisiológicas, motoras, cognitivas y que el TDAH no ayuda al buen rendimiento del individuo en ambientes como la familia, escuela, trabajo y la comunidad, es que se han desarrollado instrumentos que contribuyan a su detección y medición en el área psicológica, neurológica y pedagógica siendo de nuestro interés la psicológica y pedagógica en donde la labor del profesional consistirá en determinar las áreas con déficit en el adulto con el fin de ayudarlo en su desarrollo.

4.2 ESCALAS CLINIMÉTRICAS.

Arbieto (2002) señala que gran parte de las escalas no cuentan con parámetros de evaluación objetiva de la atención, ya que se dirigen también a la cuantificación de otras conductas como la hiperactividad, impulsividad, agresividad, etc. A continuación se describirán las más relevantes:

a) Escala de Conners (1969).

Uclés y Serrate (2001) mencionan que uno de los cuestionarios utilizado en los Estados Unidos es la forma abreviada de la escala de Conners (versión maestros y padres). El sistema para diagnosticar con exactitud se realiza en etapas. “Cuando el paciente expone en la consulta sus problemas, si existe sospecha, se le aplica la escala de atención de Conners para adultos y se solicita la presencia de algún familiar mayor, para que describa la infancia” (Citado en Serrano, 2004, pág. 2).

La **escala de Conners** es un instrumento de medición psicológica que puede utilizarse en forma regresiva, ya que tiene en cuenta la historia del adulto con TDAH, lo cual incluye los problemas durante los años escolares por hiperactividad, inatención, impulsividad, sobreexcitación emocional o física.

Abarca el análisis de la hiperactividad motora, los problemas de atención, labilidad emocional o del afecto, el carácter explosivo, la sobreacción emocional, la desorganización e inhabilidad para terminar tareas, la impulsividad y otros problemas asociados. Además, esta escala brinda datos acerca de la atención sostenida y selectiva según pasa el tiempo.

b) Test de TOVA (test de variables de atención, 1980)

A mediados de la década de 1980 Rovold diseñó el TOVA. En 1996 se hizo una nueva versión, que funciona con estímulos visuales y auditivos (Tova -A o versión auditiva) (Gratch, 2001).

El test consiste en la aparición continua, durante 22.5 minutos, de dos gráficas rectangulares en el que la persona debe responder a diferentes figuras o formas que aparecen en la pantalla de un monitor de una computadora. Uno de ellos al que se le llama target o blanco, tiene un cuadro cercano al límite inferior. A la persona se le entrega un micro switch que deberá oprimir una vez y lo más rápido que pueda después de la aparición del target o blanco.

Se le dice al sujeto lo siguiente: “Ahora vamos a ver una serie de figuras y tu oprimirás el botón lo más rápido que puedas, cada vez que veas el rectángulo con el cuadrado cercano a la parte superior.

Lo importante es que lo hagas lo más rápido posible pero también lo más seguro que puedas.

Antes de comenzar con el test se practica durante aproximadamente 3 minutos para que el sujeto conozca los dibujos y se familiarice con él.

Los principales indicadores de inatención (errores por omisión) e impulsividad (errores por comisión) nos dan datos que en sí mismos no son definitivos, pero que con otros de la historia personal, la evaluación clínica, los informes de los cuestionarios, etc., permitirán llegar a una conclusión diagnóstica y una indicación terapéutica.

c) El CPT (Continuous performance test o prueba de desempeño continuo, 1995).

Rosvold, Mirsky, Sarason, Bransome y Beck, (1956) y Fischer (1995) desarrollaron una prueba para medir la capacidad de atención en la realización de varias tareas, que evalúa cuantitativamente los errores de atención (Joselevich, 2000).

Aquí el sujeto debe prestar atención a una serie de flashes. Cuando se da una orden específica con anticipación, el sujeto debe presionar un botón, si la secuencia no se realiza no lo deberá presionar.

En la versión standard visual X y AX se requiere que el sujeto presione un botón ante ciertos estímulos-señales (presione tan pronto como pueda cuando vea la letra X o presiones la X solamente cuando está precedida por la letra A, respectivamente). La tarea X representa una prueba de vigilancia altamente automática, dependiendo casi exclusivamente del procesamiento sensorial, mientras que la tarea AX tiene un claro componente de memoria ligado a la capacidad del sujeto para distinguir entre la señal y la no señal.

Esta última evalúa además la habilidad del sujeto para inhibir la tarea previamente establecida de presionar ante cada X. Además esta la versión X degradada y el auditivo (tonos, sílabas, etc).

El test evalúa los lapsos de atención y la impulsividad: si se presiona el botón cuando corresponde significa que se presta atención; presionado de forma incorrecta, indica que existe impulsividad. Sin embargo este test no es del todo confiable.

d) Escalas de Wender Utah (1995).

Criterios de UTAH para adultos con TDAH:

Los criterios propuestos por Wender (1993) son los siguientes:

Por su parte Wender ha propuesto criterios que se centran en los síntomas principales del TDAH en adultos, mejor conocidos como “Criterios de Utah” (Hallowell and Ratey 2001).

Ward, Wender y Reinher construyeron un cuestionario con el objetivo de identificar y describir el comportamiento en la infancia del adulto y detectar las manifestaciones del TDAH a través de preguntas que llevan a un diagnóstico retrospectivo, consta de 61 ítems que evalúan problemas de atención así como problemas de conducta, aprendizaje y habilidades sociales. No existen datos normativos para nuestra población (Arbieto, 2002).

Para ser considerado TDAH de tipo residual los criterios son los siguientes:

- b) Evidencia de que el adulto padeció TDAH de niño. La historia debe obtenerse de los padres o de un hermano mayor.
- b) Persistencia en la etapa adulta de la hiperactividad o del déficit de atención.

Debe presentar:

- habilidad emocional
- Inhabilidad para completar tareas.
- Temperamento agresivo.
- Impulsividad.
- Intolerancia al estrés.

Los criterios de UTAH tienen varios defectos, el más importante es que hacen de la hiperactividad el síntoma más importante y dejan como secundario el resto de los síntomas que dejan más repercusiones en la vida del individuo.

e) Escala de inteligencia WAIS- R (Weschler, 1994)

Para descartar la posibilidad de un trastorno del aprendizaje de otro origen, es importante reconocer si existe un trastorno de Coeficiente Intelectual.

Por eso se utiliza un test de inteligencia como el Weschler Adult Intelligent Scale, (WAIS- R) A través de él es posible diferenciar el TDAH de tipo Residual de una discapacidad específica del aprendizaje.

Esta prueba aporta algunos datos valiosos tales como rendimiento verbal y de ejecución, diferencias entre ambas o entre diferentes subtest, además de algunas habilidades perceptuales y motoras (Miranda, 2001).

Algunas subescalas del test del WAIS frecuentemente son bajas en personas que padecen TDAH de tipo residual. Las subpruebas que resultan más difíciles de resolver para las personas con déficit de atención son las de símbolos y dígitos, aritmética y retención de dígitos, estas subpruebas en su combinación se conocen como la Triada de la Atención.

La subprueba de retención de dígitos es usada para evaluar la atención mientras que los dígitos en regresión evalúan la capacidad de concentración de la atención en esa tarea que requiere mayor habilidad visomotora y secuenciación. Además evalúa **la vigilancia**, es decir, la disposición para emitir una respuesta ante un estímulo y mantener esta disposición a lo largo del tiempo.

. Mide la **Atención Sostenida** que se define como la capacidad de mantener la concentración en una tarea hasta que se haya terminado. Por otro lado las personas con déficit de atención presentan puntajes bajos en las subpruebas de aritmética que valora la **Atención Dividida**, esto es, la habilidad del sujeto para atender a dos fuentes de información diferentes.

f) Escala de Brown (1996).

Estos criterios son de los más utilizados actualmente La escala de adultos está formada por 40 preguntas en relación a las manifestaciones cognoscitivas asociadas con la dificultad para iniciar y mantener una buena concentración y un buen nivel de atención (Van- Wielink, 2001).

Se evalúa si el individuo tiene problemas en las áreas que se mencionan a continuación:

1-. **Activarse y organizarse para trabajar.** Hay dificultad para organizarse y empezar las actividades del trabajo, así como problemas en autoactivarse para realizar las rutinas diarias.

2-. **Atención sostenida.** Manifiesta problemas para mantener una atención constante en las actividades del trabajo.

3-. **Energía o esfuerzo sostenido.** Hay problemas en concentrar la energía, o el esfuerzo para finalizar una tarea determinada.

4-. **Hipersensibilidad o labilidad emocionales.** Existen dificultades para controlar la irritación que es ocasionada por incidentes menores de la vida diaria y que vuelve conflictiva la convivencia.

5-. **Memoria.** Presenta problemas para recordar el material que ya aprendió, lo cual le ocasiona dificultad en todos los entornos.

Los criterios de Brown vienen en formatos ya impresos tipo cuestionarios, que llena el propio sujeto.

En estos criterios el individuo debe cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Que el adulto tenga historia del Trastorno por Déficit de Atención de inicio a los 7 años de edad.
- b) La evidencia de la presencia del Trastorno por Déficit de Atención, que se da desde la niñez hasta la edad adulta.
- c) La evidencia de que el adulto tiene un nivel leve o serio de afectación que se atribuya al Trastorno por Déficit de Atención, según los criterios del DSM IV.

g) Tareas de escucha dicótica.

Esta técnica consiste en presentar dos tipos de información auditiva, que pueden ser dígitos, letras o palabras, una por cada canal auditivo y de manera continua o intercalada. La tarea del sujeto consiste en recordar todo el mensaje que debe atender, y puede presentar dos variantes (Arbieto, 2002).

La primera conocida como “**técnica de sombreado**”, que es la presentación de un mensaje relevante por un canal auditivo y, al mismo tiempo, un mensaje irrelevante por el otro canal auditivo, la tarea del sujeto consiste en repetir, en voz alta, el mensaje relevante, según se le va presentando. Con esta técnica se evalúan los mecanismos selectivos de la atención.

La segunda se llama “**amplitud de memoria dividida**”, y consiste en la presentación de dos mensajes auditivos (generalmente no más de 12 dígitos) de forma secuencial y sucesiva, la tarea del sujeto es repetir ambos mensajes una vez recibidos y finalizados, esta técnica ha sido utilizada para estudiar los mecanismos de división de atención y su amplitud.

h) Técnica de la doble tarea.

La tarea del sujeto consiste en realizar dos o más tareas juntas. Antes se hace por separado cada una de las tareas para establecer la línea base, que servirá para comparar el rendimiento de esas mismas tareas cuando se realicen juntas (Arbieto, 2002).

Con esta técnica se observa el grado de deterioro que se produce en algunas tareas. Se analizan mecanismos de división y distribución de la atención así como las consecuencias que la práctica tiene sobre esos mecanismos.

i) Tareas de vigilancia.

Consiste en la presentación, al azar, de un estímulo (auditivo o visual), entre 2 a 10 minutos, a lo largo de un periodo de tiempo de una hora o más.

La tarea del sujeto consiste en descubrir la señal, para lo cual es necesario mantener niveles mínimos de activación y alerta. Como toda tarea de atención sostenida es susceptible a la aparición del fenómeno de **decremento de la atención** entendida como la disminución de los niveles de alerta y atención del individuo que se presenta por un mayor número de errores y en un incremento en el tiempo de reacción (Arbieto, 2002).

j) Test de Stroop de independencia palabra- color (1935).

Consiste en un juego de tres hojas. La primera con palabras que designan colores escritos en tinta negra, la segunda con cruces de colores y la tercera que contiene las mismas palabras de la primera página pero impresas con los colores de la segunda.

En ésta técnica se presenta una palabra impresa de un color de tinta cuyo contenido semántico es incompatible con el color de la tinta en el que dicha palabra se encuentra impresa. Es un test sensible a distintos trastornos neurológicos y psiquiátricos y en especial a los procesos de interferencia. Proporciona información acerca de los métodos para resolver problemas, flexibilidad cognitiva, los niveles de frustración, inquietud, agitación, distrahibilidad y la forma como ciertos automatismos pueden convertirse en distractores.

El sujeto deberá nombrar el color de tinta en el que está impresa la palabra. Esta técnica tiene tres variantes:

- 1) Relación entre el nombre del color de la tinta y la palabra impresa.
- 2) Incongruencia entre el nombre del color de la tinta y la palabra impresa, mayormente se cometen peores resultados en esta modalidad, se imprimen palabras cuyo contenido semántico no son colores.
- 3) La atención selectiva actúa en el proceso de percepción al orientarlo en discriminar percepción visual de color y percepción visual de grafema (Arbieto, 2002).

k) Escala de Copeland (1991).

La escala de Copeland (1991) para adultos consiste en 63 preguntas que incluyen un rango de síntomas cognoscitivos y emocionales, así como el impacto emocional de éstos (Van-Wielink, 2004).

l) La torre de Londres

La torre de Londres es un instrumento neuropsicológico de administración individual muy difundido que se ha usado para detectar problemas en el área de la planificación, uno de los aspectos de las funciones “ejecutivas” en niños y adultos. La habilidad para planificar y resolver problemas de manera eficiente requiere de la integración de un número de habilidades interrelacionadas que incluyen:

- Atención focalizada y sostenida.
- Reconocimiento y selección del objetivo apropiado.
- Generación e implementación de planes y estrategias para alcanzar ese objetivo.
- Habilidad para usar el feedback que permita la modificación de las estrategias no exitosas.

El test evalúa la habilidad de planificar y resolver problemas, que las otras funciones involucradas como coordinación visomotora, procesamiento espacial y memoria a corto plazo tienen un impacto escaso en el resultado final. También permite evaluar la velocidad de procesamiento, impulsividad y flexibilidad (Joselevich, 2000).

i) Test de Caras (Thurstone- Yela, 1979)

Esta prueba proporciona información sobre la capacidad para mantener la atención en una tarea. Está compuesta por 60 elementos gráficos que representan dibujos esquemáticos de caras con trazos elementales. El sujeto debe señalar la cara que sea distinta de las otras dos, lo que exige una percepción rápida de semejanzas y diferencias (Miranda, 2001).

En la investigación neuropsicológica de la atención existen algunas tareas de percepción como la agudeza visual, descripción de dibujos, discriminación de figuras incompletas, discriminación auditiva, discriminación táctil, discriminación grafestésica, las cuales se utilizan para definir el tipo de déficit de atención y describir el perfil de las funciones genéticas en el sujeto.

4.3 EVALUACION NEUROLÓGICA.

El estudio electroencefalográfico hay que incluirlo en el diagnóstico como un auxiliar para descartar que la impulsividad pueda tener otro origen.

La última etapa del diagnóstico incluye la valoración neurofisiológica como son **mapeo o cartografía cerebral (MC) y potenciales evocados cognitivos.**

4.4 INTEGRACIÓN DE DATOS DIAGNÓSTICOS.

Al final de la evaluación, el psicólogo integrará la información que se ha recogido, realizará un informe escrito y dará a la persona evaluada y a la familia los resultados en relación a la presencia del TDAH de tipo Residual, así como de otro trastorno o problema de aprendizaje que se haya encontrado durante la evaluación. Luego se platicará con la persona acerca de las opciones de intervención.

El seguimiento es de importancia, ya que en lo futuro se deben aplicar cuestionarios o administrar pruebas que confirmen la efectividad del tratamiento.

4.5 MANIFESTACIONES ASOCIADAS.

Se definen como las diferentes manifestaciones que se presentan asociadas con otros trastornos. Por su parte, Van Wielink (2004) señala que es cuando dos o más padecimientos, asociados entre sí, se manifiestan en un mismo individuo. Es importante conocer todas las patologías con las que los síntomas del cuadro pueden confundirse con TDAH de tipo Residual. También se pueden encontrar manifestaciones asociadas de varios cuadros. Se sabe que el déficit de atención continúa hasta la edad adulta en la mayoría de los sujetos, al igual que los padecimientos asociados, por lo que estos últimos deben ser diagnosticados y tratados adecuadamente durante el tiempo necesario.

Así, Wender (1994) expresa que estas personas presentan trastornos mentales en comorbilidad durante su vida adulta, como desórdenes en el estado de ánimo y ansiedad, con los cuales pueden tener un **nivel de vida aceptable**, aún sin intervención. (Benassini, 2002).

4.5.1 Diagnóstico diferencial.

Downey, Stelson, Pomerleau y Giordiani (1997), coinciden en que su impacto en la sociedad es grande en términos de costo económico, estrés familiar, desempeño académico, ocupacional, social y emocional, por lo que se requiere un detallado análisis para realizar un adecuado diagnóstico diferencial (Elías 2005).

Gratch (2001) define la realización del **Diagnóstico Diferencial** como el reconocimiento de las características del TDAH de tipo residual y su diferenciación de otros trastornos. Dicho de otra manera, hay que revisar todos los diagnósticos diferenciales posibles, ya que el TDAH se parece o puede encontrarse asociado a otros trastornos.

Se debe definir cuál es el trastorno primario y cuál o cuáles son los secundarios, para diferenciarlos, ya que pueden necesitar diferentes tratamientos.

Trastornos de conducta perturbadora o disruptiva. Es la consecuencia de las manifestaciones en situaciones conflictivas que incluyen a padres, amigos, compañeros con quienes la relación es muy problemática. Ésta se presenta en 20 a 25% de los adultos (Salas, 2005).

Los que con frecuencia se asocian a él son:

- El trastorno negativista desafiante (ODD u oppositional defiant disorder).
- Los desórdenes de conducta CD (Trastorno disocial o antisocial de la personalidad) o conduct disorder).
- Los trastornos del aprendizaje (LD o Learning disability).

- Trastorno oposicionista negativista desafiante (ODD).

Es una tendencia a presentar una conducta oposicionista, desafiante y rencorosa con la autoridad. El trastorno parece molestar más a las personas que lo rodean que a la persona que lo presenta. Como consecuencia pueden tener una baja autoestima, escasa tolerancia a la frustración, ánimo deprimido y accesos de cólera (Higuera, 2006).

En el DSM IV, se señala que los criterios para el diagnóstico indican que el trastorno cause daño significativo en la actividad social, académica o laboral.

-Trastorno disocial (CD).

Se caracteriza por comportamientos antisociales que violan los derechos de otras personas, las normas y reglas. No toman en cuenta el daño o la desconsideración. Presentan dificultades para pensar antes de actuar debido a la impulsividad. Entre los comportamientos antisociales se pueden citar la irresponsabilidad, la violación de los derechos ajenos (robo) y la agresión física hacia personas o animales (asalto o violación). Hay dificultad para aprender de la experiencia y para reconocer y aceptar los límites.

Según el DSM IV se señala que los criterios para el diagnóstico de trastorno disocial son:

Es un trastorno progresivo, incluye los ambientes en los que se desenvuelve el sujeto, tales como el hogar, la escuela, el trabajo, los amigos, etc.

El trastorno oposicionista desafiante y el trastorno de conducta disocial, se relacionan con alteraciones en la dinámica familiar o social.

-Trastornos del Aprendizaje (LD).

Según Fletcher (1994), el TDAH en adultos es un desorden conductual con implicaciones en la función cognitiva. Los trastornos específicos del aprendizaje son representativos de un defecto de cognición, y se manifiestan de manera independiente, como problemas que afectan a las tareas académicas (Elías, 2005).

El término **Trastorno del Aprendizaje** significa que uno o más de los procesos psicológicos que están involucrados en la comprensión y uso del lenguaje escrito o hablado, se encuentre por sí mismo imperfecto en la habilidad de escuchar, pensar, escribir, leer, hablar, deletrear o hacer cálculos matemáticos (Gratch, 2001).

Los temas de la escuela se aprenden a través de escuchar las clases y de las lecturas que uno haga del tema. No existen métodos especiales de aprendizaje para quienes tienen dificultades para sostener la atención. Por lo tanto, tarde o temprano pueden presentar dificultades y, con el tiempo, los adultos podrían rechazar cualquier tipo de aprendizaje.

El aprendizaje no depende únicamente de la inteligencia. Algunas personas que tienen déficit de atención dedican muchas horas al estudio, pero al hacer los exámenes se frustran ya que adquirieron el conocimiento en forma desordenada y no pueden retener ni transmitir lo que conocen, ni discriminar lo importante de los detalles irrelevantes. Las personas se han cargado de mucha información pero no la pueden recuperar correctamente. Algunas veces, el desorden puede afectar la capacidad para aprender ya que el aprendizaje exige la atención.

Ejemplos:

- **Lenguaje escrito:** Muchos estudiantes hiperactivos tienen problemas en la motricidad fina que afectan a la coordinación y a la secuencia motora que requiere el trazado de las letras. Así su escritura suele presentar manifestaciones disgráficas como letras irregulares, tachones, interlineado y márgenes ondulantes, soldaduras, etc. En relación con las composiciones escritas, la información sobre lo que se desea escribir hay que recuperarla de la memoria a largo plazo y se mantiene en la memoria de trabajo al mismo tiempo que el alumno está planificando, generando frases y revisando sus ideas, teniendo presente la estructura del texto. Estos procesos generan dificultad en las personas con TDAH, ya que los déficit en el control inhibitorio que les caracterizan inciden de forma negativa en el proceso de planificación y supervisión de sus escritos, y afecta negativamente a los resultados finales.

Como consecuencia se resisten a escribir y desarrollan actitudes negativas, como la negación a coger el lápiz, en componer historias escritas muy cortas, en las que omiten algún componente importante del esquema de la historia, y utilizan términos poco sofisticados. Otra de las características, son sus errores sintácticos, debido al escaso monitoreo de sus producciones escritas (Miranda, 2001).

- **Lenguaje hablado:** Las tareas lingüísticas requieren niveles altos de atención, inhibición, memoria de trabajo, planificación y organización, aspectos en los que las personas con TDAH presentan bastantes dificultades. Por lo tanto, es muy probable que los requerimientos cognitivos de dichas tareas sean los que determinan su bajo rendimiento, más que los déficit en el dominio del lenguaje per se. Además tienen escasas habilidades narrativas: reproducen menos información y presentan una menor organización cuando narran una historia. Estos déficit en la producción de las narraciones aparecen especialmente cuando la información no está visualmente presente o no posee una secuencia predecible, ya que estas características incrementan las demandas de planificación interna, organización y control simultáneo de la información.

- **Aritmética:** Las dificultades cognitivas asociadas al TDAH interfieren de distintas maneras en el aprendizaje de las matemáticas.

El aprendizaje de la numeración y del cálculo mental, al depender de procedimientos de repetición de asociaciones, exige control e implicación activa del aprendiz para mantener la información en la memoria. Por desgracia, conseguir los niveles de activación que conlleva la repetición es difícil para los sujetos hiperactivos.

Por otra parte, la realización de operaciones matemáticas además de atención exige un monitoreo continuado, una habilidad estrechamente ligada al sistema ejecutivo. Desafortunadamente, la impulsividad en las personas con TDAH les lleva a menudo a cometer errores en las operaciones debido a la precipitación: no analizan un signo, a mitad de la operación cambian el algoritmo de la suma por la resta, o restan el número mayor del menor sin considerar si se corresponde con el sustraendo.

Por último, además de los recursos atencionales, la resolución de problemas implica procesos de alto nivel así como un adecuado funcionamiento ejecutivo (identificar cuáles son los datos relevantes, qué se preguntan, cuáles son los pasos a seguir en la solución del problema, etc) aspectos deficitarios en las personas con TDAH. Por consiguiente las personas hiperactivas suelen responder al problema antes de leerlo, e incluso cuando lo leen no pueden recordar lo que se les pregunta y no aplican una estrategia organizada para resolverlo (Miranda, 2001).

- **Memoria:** Se trata particularmente de problemas en la llamada memoria de corto plazo, en los cuales el sujeto no consigue retener la información que se le presenta, dadas sus dificultades para concentrarse y su déficit maduracional de percepción e integración.

Dencka (1993) investigó la presencia de deshabilidades en el aprendizaje en adultos con TDAH y encontró que las incapacidades en el aprendizaje continuaban dentro de la vida adulta y son características de insuficiencia lingüística, disfunción ejecutiva o espacial.

Combinaciones de disfunción lingüística o espacial con disfunciones ejecutivas fueron encontradas más comúnmente que deterioro puramente lingüístico o espacial, sugiriendo que la función ejecutiva es factor clave en la comprensión para la incapacidad en el aprendizaje experimentado por adultos (Fisher, 1998).

*** Estructura borderline de la personalidad o paciente fronterizo.**

La persona presenta dificultad en dar organización lógica a sus vidas. Su vida es caótica, su historial personal tiende a ser inestable, hay inestabilidad en los lazos afectivos, confusión de roles, trastornos en la autoimagen, fuerte tendencia a los actin-outs (representación mental a un acto, generalmente de modo impulsivo).

Presenta fuertes trastornos de la autoestima y relaciones problemáticas con el medio que los rodea. Debido a la impulsividad y la fuerte tendencia a la inestabilidad afectiva, laboral o en los estudios, sus síntomas pueden parecerse a los síntomas del TDAH de tipo residual. Los cambios de humor se deben a frustraciones en el trabajo y relaciones afectivas (Gratch, 2001).

*** Estructura narcisista de la personalidad.**

La personalidad narcisista experimenta desesperadamente ser amado, admirado, escuchado o simplemente reconocido, en muchas ocasiones, exige una actitud de homenaje constante por parte de los que conviven con él. Presenta complejo de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía, que empieza al principio de la edad adulta. Sus relaciones afectivas son inexistentes o absolutamente carentes de profundidad (Gratch, 2001).

Como consecuencia, tiene una sensación de vacío, falta de capacidad de goce, la constante sensación de gozar poco de la vida, a pesar de contar con elementos para ser feliz.

La tendencia al egocentrismo y la necesidad de recompensas constantes se puede confundir con la impulsividad del TDAH de tipo residual. También la irritabilidad frente a las frustraciones puede confundir ambos cuadros.

***Depresión.**

En este cuadro los síntomas son falta de motivación, falta de entusiasmo, estado de ánimo triste, ansioso o vacío, aislamiento, llanto, insomnio e inapetencia, pérdida de energía o fatiga, daño en la autoestima, preocupación por la muerte o ideas de suicidio. Además se puede manifestar otros síntomas como pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.

Dificultad para concentrarse, poner atención, recordar y tomar decisiones. Por otra parte pueden observarse síntomas hipomaniacos como irritabilidad, hablar presionado y rápido, pensamiento desorganizado, inquietud, los que eventualmente pueden confundirse como TDAH. El cuadro depresivo puede presentarse en el 47% de los adultos con TDAH de tipo residual (Salas, 2005).

***Enfermedad bipolar.**

Se trata de un trastorno en el cual los episodios de manía alternan con los episodios de depresión. Entre el 11% y 21% de los adultos con TDAH presentarán este padecimiento (De la Garza, 2005).

En la **fase maniaca**, el sujeto presenta trastornos para sostener la atención, autoestima exagerada o grandiosidad, distraibilidad, disminución de la necesidad de dormir, fuga de ideas, pensamiento rápido y tiende a pasar de una actividad a otra, así como un incremento en la capacidad para hablar. Este periodo va de un estado de ánimo anormal y continuamente elevado o irritable complementariamente con un aumento de la actividad (sea socialmente, en el trabajo o los estudios o sexualmente) o excitación motora. Además existe una excesiva participación en actividades placenteras, con alto potencial para consecuencias peligrosas.

Aunque estas manifestaciones guarden parecido con las del TDAH de tipo Residual, en la enfermedad bipolar son cíclicos e incluyen todo el ciclo vital de la persona.

En los casos en los que permanecen manifestaciones residuales del TDAH, el adulto tiende a actuar antes de pensar y puede confundirse con la conducta hipomaniaca.

En la **fase depresiva** se presenta ánimo depresivo o pérdida de interés para el placer. Disminución del interés o la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día. Pérdida importante del peso sin hacer dieta o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Insomnio, agitación o lentitud psicomotriz, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico.

Los síntomas provocan angustia significativa o deterioro social, laboral o de otras áreas en la actividad de la persona.

*** Ansiedad.**

Es una enfermedad que consiste en tener un miedo irracional a ciertas cosas que la persona siente que no puede controlar. Los pacientes a menudo se preocupan excesivamente acerca de muchas cosas (escuela, trabajo, etc) y pueden sentirse nerviosos, estresados o cansados, tensos y tener problemas para alcanzar el descanso durante el sueño, terrores, tics, o conductas repetitivas llamadas obsesivo-compulsivas. Los adultos principalmente pueden tener miedo a las relaciones interpersonales o pérdida de la autoestima. Del 20- 40% de los adultos con TDAH de tipo residual lo presentan (Salas, 2005).

***Desorden por estrés postraumático. (PTSD)**

Este trastorno viene después de que la persona sufre una situación muy peligrosa para su vida sin pérdida de la conciencia y sin graves lesiones físicas. (por ej. intentos o violaciones, asaltos, intimidaciones, etc). Sensación de un futuro desolador (por ej. el sujeto no espera obtener un empleo o casarse, formar una familia o llevar una vida normal) (Gratch, 2001).

El paciente con PTSD está ansioso, inquieto, no puede concentrarse y mantener su atención pero lo que diferencia este cuadro del TDAH es que en el PTSD no existe una historia personal previo de hiperactividad, impulsividad e inatención desde la infancia, ya que estos síntomas surgieron como consecuencia de la experiencia traumática, y desaparecen una vez superado el estrés postraumático.

Estas alteraciones causan angustia significativa o deterioro social, laboral o de otras áreas, en la actividad de la persona.

***Enfermedad de Gilles de la Tourette.**

Esta caracterizado por tics motores múltiples como son contracciones nerviosas, movimientos involuntarios de gran intensidad en las extremidades superiores como son la musculatura facial, el cuello, y los hombros, manierismos o movimientos como parpadeo de los ojos, uno o más tics vocales como sonidos guturales, carraspeo ecolalia y coprolalia (emisión de palabras soeces). Los tics aparecen varias veces al día casi cada día o intermitentemente a lo largo de un período libre de tics superior a tres meses consecutivos (Miranda, 2001).

La asociación de este síndrome con el TDAH es muy frecuente. Al rededor de la mitad de los pacientes que padecen el Trastorno de Gilles de la Tourette padecen además TDAH. A menudo, este síndrome incluye el TDAH, pero lo opuesto no es cierto. El trastorno provoca un malestar o deterioro significativo social, laboral o de otras áreas, en la actividad del individuo.

***Trastorno obsesivo- compulsivo.**

El sujeto presenta constantemente pensamientos estereotipados, desagradables (obsesiones) que lo llevan a realizar actos compulsivos para liberarse del displacer que estos pensamientos obsesivos le ocasionan (compulsiones). Las compulsiones se vuelven ritualistas o sea son conductas sin un propósito lógico y pueden ocupar la mayor parte de la vida del sujeto (Gratch, 2001).

El único síntoma en común que poseen estos cuadros con el TDAH consiste en la distraibilidad, ya que toda la vida del sujeto puede terminar girando alrededor de sus síntomas obsesivo- compulsivos y el resto recibe muy poco interés. Las obsesiones o compulsiones ocasionan un malestar clínico, representan una pérdida de tiempo o interfieren con las costumbres del individuo, sus relaciones laborales o su vida social.

***TDAH y el consumo de cocaína.**

El principal efecto de esta droga es que actúa sobre el sistema nervioso central debido a un efecto dopaminérgico que produce efectos parecidos al de otros psicoestimulantes utilizados en el tratamiento del TDAH (Gratch, 2001).

Muchos adultos con TDAH que han consumido cocaína comentan han experimentado el estado de euforia con la sensación de que poseen una mayor claridad mental, un mayor nivel de organización de las ideas, menos impulsividad y una mejoría en la capacidad de sostener la atención parecida a la de aquellos que recibieron medicación. La diferencia es que la cocaína produce su efecto farmacológico en forma inmediata y su período de acción eficaz dura muy corto tiempo también.

El uso de la cocaína aparece muy asociado a sujetos con fuertes rasgos depresivos de personalidad, enfermos bipolares y síntomas negativos de la esquizofrenia. Asimismo gran parte de la población de consumidores de cocaína son sujetos que sufren TDAH de tipo r Residual.

Para los sujetos depresivos o bipolares durante la fase depresiva se usa como elemento compensatorio de la depresión, mientras que en las personas con TDAH de tipo Residual su utilización perseguiría como objetivo principal mejorar la concentración y el rendimiento intelectual.

***Procrastinación.**

Es la tendencia a posponer para otro momento la realización de alguna tarea u obligación o pueden quedar pendientes de realización por años (Gratch, 2001).

La procrastinación suele ser una manifestación que ocasiona enormes perjuicios en la vida de quienes padecen TDAH. Suele comenzar en la niñez y acompaña al sujeto en los casos residuales toda la vida.

Milltein, Wilens, Biederman, Spencer, (1998) encontraron en un estudio que los hombres presentaba un mayor rango en trastornos de la conducta, trastorno antisocial, dependencia a alcohol y drogas; en cambio las mujeres presentaban más alto grado de depresión (Robin, 2004).

Concluyendo, para la realización del diagnóstico, el profesional determinará cuántas de estas manifestaciones presenta la persona, tanto en el presente como desde la niñez; o sea que debe reconocer las alteraciones en cuanto a problemas en su desarrollo, desempeño escolar, laboral y antecedentes psiquiátricos, incluyendo algún medicamento recetado. También hay que tomar en cuenta, observación en su ambiente natural, el punto de vista clínico y psicológico que es importante, así como organizar e integrar los datos para llegar al diagnóstico para posteriormente aplicar las estrategias de intervención al adulto.

También evaluará el grado en el que las manifestaciones del TDAH de tipo Residual están repercutiendo en su vida. Los principales incluyen un déficit en la atención, en las funciones ejecutivas, problemas de aprendizaje verbal, memoria, depresión, ansiedad, trastorno de conducta, antisocial y uso de sustancias.

Las pruebas psicológicas que ayudan al profesional a integrar el diagnóstico, proporcionan información sobre: atención sostenida, selectiva y dividida, concentración, secuenciación, memoria, labilidad emocional, impulsividad, desorganización, inhabilidad para terminar tareas.

Es importante señalar que ninguna de las pruebas psicológicas, por sí mismas, confirman el diagnóstico del TDAH de tipo Residual ya que no es confiable su validez (Prueba de Desempeño Continuo); no brindan resultados definitivos sino que se tienen que complementar con la historia personal y la evaluación clínica (Test de Tova); no existen datos normativos para nuestra población y tienen varios defectos, como hacer de la hiperactividad el síntoma más importante y dejan como secundario el resto de los síntomas (Escala de Wender). En cambio, los más actualizados y difundidos actualmente se encuentran la Escala de Conners, de Inteligencia de Weschler, de Brown, y la Torre de Londres.

Este trastorno se puede confundir ya que las manifestaciones del TDAH se esconden con frecuencia detrás de los problemas en las relaciones, la organización, ansiedad, la depresión, el abuso de sustancias, el empleo, problemas de aprendizaje y otras dificultades psicológicas. Es importante realizar el diagnóstico diferencial, ya que el TDAH se parece o puede encontrarse asociado a otros trastornos.

Por lo regular las personas con TDAH de tipo residual, son inteligentes pero muchas veces se sienten frustrados por no aprovechar su potencial. Es importante que la persona hable de manera abierta y que no oculte sus problemas debido al miedo a las críticas.

CAPITULO 5.

FORMAS DE INTERVENCIÓN DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) DE TIPO RESIDUAL.

5.1 INTERVENCIÓN.

La mayoría de investigadores en TDAH consideran que el medicamento es importante y casi indispensable en el tratamiento por considerar que este trastorno se debe a una disfunción, desequilibrio, deficiencia y/o diferencia cerebral (Benavides, 2004).

Algunas intervenciones que se apliquen por un periodo de tiempo, pueden ayudar a minimizar las manifestaciones del TDAH de tipo Residual, hacerlos manejables, llevar vidas más tranquilas, productivas pero no a curarlos.

Las investigaciones han demostrado que el 80% de los adultos con este trastorno, experimenta una gran mejoría cuando toma el medicamento adecuado (Brown, 2004).

El trabajo es **multidisciplinario**, lo que quiere decir que diferentes profesionales intervienen (especialistas en pedagogía, neurología, psicología clínica o educativa y psiquiatría). Cada uno va apoyar con su experiencia para solucionar los problemas específicos.

Hay dos tipos de intervenciones terapéuticas para el TDAH de tipo Residual: la **intervención médica** que es con uso de sustancias y la **no médica** que implica medidas psicológicas correctivas que abarcan todas las áreas problemas para modificar las manifestaciones (Uriarte, 1998). El iniciar con uno, otro o ambos, dependerá de una evaluación global del sujeto y a su vez particular de cada caso, para diseñarle un programa terapéutico personal y modificar su entorno (Ruíz, Gutiérrez, Garza, 2005).

5.1.1 Farmacológico. (Intervención médica).

La información acerca del tratamiento farmacológico en adultos es escasa en comparación con los datos existentes en la población infantil, debido a la investigación reciente del tratamiento de TDAH en personas después de la adolescencia.

Pueden usarse fármacos cuando el TDAH de tipo residual afecta el entorno familiar, social o de trabajo. Pero seleccionar el medicamento adecuado para tratar al adulto con TDAH de tipo residual, depende de varios factores. Los más importantes son:

- a) La historia Psicológica y médica del sujeto, especialmente la presencia de abuso de sustancias (Van- Wielink, 2004).
- b) La severidad de las manifestaciones y las dificultades de adaptación que originan.
- c) La posibilidad de llevar a cabo otro tipo de ayuda no farmacológica y su eficiencia, así como la aprobación del paciente (Benassini, 2002).

Debido a que en la persona con TDAH de tipo Residual existen padecimientos asociados como la ansiedad, la depresión, trastorno bipolar, y/o el abuso de sustancias, entre otras, estas necesitan diagnosticarse y tratarse en forma independiente. Por eso cuando está indicado, se emplean varios fármacos a la vez.

Pero para encontrar el medicamento y la dosis correcta puede llevar meses, pues todavía no se sabe qué medicamentos y qué dosis van a servir en cada caso. Entre los medicamentos que se prescriben con mayor frecuencia se mencionan:

- Estimulantes.

Los estimulantes son los fármacos que se usan con más frecuencia para el TDAH en adultos sin comorbilidades.

Wilens y Spencer, (1998) sostienen que los estimulantes actúan en diferentes áreas cerebrales que no funcionan adecuadamente en las personas con TDAH de tipo Residual. Son sustancias químicas parecidas a las que produce nuestro cerebro.

Estas impiden que las catecolaminas se degraden y actúen por más tiempo. Se dice que bloquean la recaptura de las catecolaminas (noradrenalina y norepinefrina) en la neurona presináptica (Van Wielink, 2004).

Los estimulantes que más se utilizan son: el Ritalin, Rubifen (metilfenidato) o el Modafinil (Modiodal; MDF), la Atomoxetina es un inhibidor de la recaptación de noradrenalina que actúa en zonas del cerebro implicadas en la atención. Adderal; Cylert (Pemolina), Dexedrine, Desoxyn (dextroanfetamina) los cuáles sirven cuando hay depresión, ansiedad, problemas de conducta o tics asociados al TDAH de tipo Residual; también es eficaz en el tratamiento de niños y adolescentes con TDAH. Además estos fármacos estimulan el sistema nervioso central, aumenta la actividad cerebral, con lo que aumenta la atención sostenida, concentración, mejoran la hiperactividad, la agresividad y puede tener un efecto positivo en el estado de ánimo (Coudry, 1999). Estos estimulantes son recetados en el 90% de los casos (Ruiz et al, 2005). El tratamiento con estimulantes mejora el comportamiento anormal asociado con el TDAH de tipo Residual y tiene efectos positivos en la autoestima y el funcionamiento familiar y social.

También mejoran las estrategias de búsqueda de información, actuando sobre aspectos generales del procesamiento de la información (de Sonnevile y Hilhorst, 1991), (Baltasar, Wagner y Pelma, 1991). Aumentan la eficacia y la intención de trabajo en lectura y en problemas de matemáticas (Elia, 1993) favorecen la actividad cognitiva en la tarea principal cuando se presentan dos o más tareas simultáneamente (Carlson, 1991) y aumentan el control de la impulsividad cognitiva (Malone y Swanson, 1993). Tiene efectos positivos en la coordinación motriz fina, el control de impulsos, mejor rendimiento y una mayor organización (Joselevich, 2000).

El metilfenidato podría ser útil durante una ayuda terapéutica de naturaleza cognitivo-conductual, basada en la enseñanza de nuevas habilidades y destrezas cognitivas e instrumentales, que nunca aprendió o que aprendió mal ayudando al adulto a concentrarse en su trabajo o en sus relaciones sociales (García 2002).

Los análisis hechos por Swanson (1993) sobre medicación estimulante informan mejor resultado para las manifestaciones conductuales que para el funcionamiento cognitivo y académico ya que en el rendimiento académico, los resultados son contradictorios, aunque se considera que si bien no modifica los resultados escolares si facilita las conductas que son necesarias para el aprendizaje escolar (Joselevich, 2000). Los especialistas señalan que si bien mejora la atención e inhibición de las respuestas impulsivas, facilitando la concentración en las tareas, no progresa la retención y el procesamiento de nueva información (Moreno, 1995).

En ensayos clínicos recientes se verificó la eficacia del metilfenidato, del Adderal y del Pemoline en adultos con TDAH demostrando una clara separación entre el efecto placebo y la efectividad de las sustancias estudiadas (Spencer, Wilens, Biederman, Faraone, Ablon y Lapey, 1995; Wilens, Biederman, y Spencer, 1999).

En un estudio reciente (Roigan y Barnhill, 2000) comprobaron que hubo una mejoría significativa en los adultos con TDAH que fueron tratados con una mezcla de estimulantes (Adderal).

Sin embargo algunos de los pacientes no respondieron, probablemente debido a un desorden de ansiedad, que se incrementa con el uso de estas sustancias. También se ha evidenciado una clara mejoría en un 25 a 75% de los adultos con el uso de Ritalin, Concerta (metilfenidato) (Paterson, Douglas y Halmayer, 1999). Al igual que ocurre con los niños, los estimulantes como el metilfenidato son los medicamentos con los que se ha experimentado más y a los que consistentemente se han considerado más eficaces. Aunque constituye una respuesta menos consistente que en los niños, hay que considerar que existe una gran diferencia entre los factores comórbidos infantiles y los de los adultos (Van- Wielink, 2004).

- Antidepresivos tricíclicos (ADT).

Estos fármacos actúan alterando diferentes sustancias cerebrales (se encuentran en las neuronas donde funcionan como neurotransmisores) como la norepinefrina y serotonina.

Aproximadamente el 30% de los pacientes con TDAH de tipo residual no toleran o no responden a los estimulantes. Para ellos hay otras opciones:

Los más utilizados son Imipramina, Dexipramina, (Tofranil, Pertofranc., Norpramina), Desimipramina (Febril) y la Nortriptilina (Ateten, Pamelor, Aventyl); Amtriptilina (Elaril); Fluoxetina (Prozac,); Clomipramina (Anafranil). Son los mejores como inhibidores de la recaptura de la noradrenalina. Los agonistas alfa adrenérgicos, los inhibidores de la recaptura de noradrenalina (IRNA), y el Bupropión (Welbutrin), un antidepresivo cuya función es principalmente noradrenérgico, puede usarse si existe depresión asociada, aunque el efecto sobre la atención es pobre. Mejorando la hiperactividad, agresividad y posiblemente sobre los resultados cognitivos.

Se debe considerar a los tricíclicos y otros antidepresivos como fármacos de amplio espectro y que han demostrado utilidad en trastornos de la conducta, tanto en la población pediátrica (Ambrosini, 1993) como adulta (Spencer, 1996).

En los adultos con TDAH produce un efecto positivo en el temperamento, la ansiedad, el sueño y los tics. Algunos antidepresivos tricíclicos también pueden ser efectivos a corto y mediano plazo para reducir las manifestaciones del TDAH de tipo Residual, así como los trastornos en el estado de ánimo y ansiedad. Su utilidad no se encuentra bien documentada por lo que requiere de un mayor número de estudios doble–ciego controlados con placebo (Wilens, et. al, 1996) (Joselevich, 2000).

De 33 estudios que evaluaron la eficacia de estos fármacos en dicho trastorno, 91% reportaron efectos positivos en los síntomas (Spencer, Biederman y Wilens, 1997). Incluso hay estudios que han seguido a los pacientes por dos años demostrando el efecto sostenido de estos fármacos (Wilens, Biederman, Geist, Steingard y Spencer, 1993) (Van Wielink, 2004).

Existe una mejoría considerable en la depresión o ansiedad (Biederman Mick, Spencer, 1995); igualmente se ha demostrado mejoría cuando existen desórdenes del movimiento (tics) (Spencer, Biederman, Wilens, Steingard y Geist, 1993; Spencer, Biederman, Kerman, Steingard y Wilens, 1993).

Anticonvulsivos,

Los estabilizantes del ánimo, como Tegrederal, Catapress con acción a nivel de receptores présinápticos, son medicamentos que pueden usarse en pacientes desafiantes o violentos; pero como no tienen efecto sobre la atención, debería complementarse con un medicamento estimulante o atomoxetina (Filomeno, 2003).

La nicotina es un agente colinérgico que aumenta la neurotransmisión de la dopamina. Aporta beneficios en la cognición, como una mejor memoria de trabajo, mayor poder de atención, (Peeke, S. y Peeke, H., 1992) mejor estado de alerta y mejoramiento en la realización de las funciones ejecutivas. En las personas con TDAH se ha documentado que hay una importante mejoría de las manifestaciones cuando se usan parches de nicotina (Levin, Conners y Sparrow, 1996). Es importante recalcar que se refieren a un compuesto purificado que no tienen la misma toxicidad y riesgos para la salud que el tabaco (Van Wielink, 2004).

Antihipertensivos.

La Clonidina actúa a nivel de corteza prefrontal favoreciendo la inhibición de estímulos irrelevantes, disminuye la hiperactividad, aumenta la tolerancia a la frustración y disminuye la agresividad. En cambio la Guanfacina tiene una vida media más larga que la Clonidina, mayor afinidad por receptores y menor efecto sedante. Tiene un efecto beneficioso en problemas de atención con mínimos efectos adversos. Ambos considerados fármacos de tercera línea después de los estimulantes y los tricíclicos.

Tranquilizantes

(Chlorpromazine: Thorazone; Thioridazine: Melleril.

Antipsicóticos

Haloperidol: Haldol

Barkley (1990) menciona que los sedantes antipsicóticos, la guanfacina (tenex), los antidepresivos y el antihipertensivo cloridina, (Catapres) también son de utilidad para mejorar el desempeño cognoscitivo de la corteza prefrontal (Biaggi, 2003).

Según Wender (1998) y Cowdry (1999) se ha comprobado la eficacia de los fármacos en el tratamiento a corto plazo de más del 60 al 76% de las personas con TDAH de tipo Residual (Van- Wielink, 2004).

Algunos pacientes deben recibir el medicamento por largos periodos, otros, solamente unos meses. Más tarde podría manejarse con sus propias capacidades de adaptación con una psicoterapia especializada. Y en otros se debe hacer sólo durante periodos críticos y el resto de tiempo se podría llevar con un apoyo psicoterapéutico.

La utilidad del medicamento va a depender de lo motivado que esté la persona con TDAH de tipo Residual y de esta manera, aprovechar la mejoría en la capacidad de atender para trabajar o estudiar con más efectividad (Filomeno, 2003). A veces la persona no va a percibir los cambios. Pero, los amigos, el esposo o el jefe pueden advertir una mejoría en la productividad del adulto.

El uso de fármacos debe ser una decisión del neurólogo que atiende al adulto con TDAH, quien deberá valorar si el paciente realmente necesita el medicamento y en caso de requerirlo, llevar un estricto control bajo una supervisión constante para detectar la presencia o ausencia de cambios y los efectos secundarios que pudieran aparecer como son la disminución de peso, falta de apetito, problemas para dormir entre otros. Sin embargo, estos efectos se pueden controlar ajustando la dosis.

En cuanto a sus limitaciones, según los trabajos realizados, existen muchas dudas acerca del mantenimiento de los efectos positivos sobre las conductas alteradas, cuando se retira la medicación. Debido a que el TDAH tiene una base biológica, no existe una verdadera cura para el síndrome.

Asimismo, el seguimiento de niños que han tomado fármacos durante años no ha demostrado claramente que produzca resultados efectivos a largo plazo, pues los efectos de la medicina dejan de existir una vez que la sustancia es eliminada del organismo. Por estas razones, se debe de emplear los fármacos con otras formas de intervención.

5.1.2 Estrategias Terapéuticas. (Tratamiento no médico).

En el momento en que el paciente obtiene mejoría con el medicamento, se le tiene que confrontar con su problema.

El adulto con TDAH de tipo residual puede tener preocupaciones conductuales, sociales, académicas, laborales, vocacionales y de relaciones. Por eso, la psicoterapia debe conscientizar al paciente acerca del problema neurológico, así como la patología psicológica que ha sobrellevado durante toda su vida.

Para algunos puede ser útil el ser diagnosticados y entender que había una razón para las dificultades pasadas. Los adultos con el TDAH de tipo Residual pueden beneficiarse por ejemplo: de consejería acerca de la condición, de una evaluación vocacional y asesoramiento para encontrar el ambiente de trabajo más adecuado, de orientación en el manejo del tiempo y en la organización de trabajo, de acomodos académicos o laborales y de estrategias de manejo de conducta.

El tratamiento no médico, se basa principalmente, en diferentes tipos de estrategias terapéuticas. Algunos planes de intervención para los adultos con el TDAH de tipo residual incluyen entre los que se encuentran aquellos destinados a:

- Acercamiento sistemático familiar.

- Familia. Pareja
- Individuos. Adolescentes. Adultos.
- Padres de adolescentes.

Estos incluyen métodos y estrategias para lograr controlar los efectos negativos de este padecimiento e incrementar habilidades y destrezas. Abarcan áreas de la vida cotidiana y doméstica, trabajo, estudio, relaciones de pareja y con hijos, entre otros.

- a) Educación acerca del TDAH de tipo residual.
- b) Modificación de conducta.
- c) Coaching o mentoring.
- d) Estructura externa.
- e) Psicoterapia especializada.
- f) Orientación laboral/ vocacional
- g) Psicoterapia especializada
- h) Grupos de apoyo.
- i) Neuro-retroalimentación.

A continuación se explicará cada una de ellas:

a) Educación acerca del TDAH de tipo residual.

Después del diagnóstico hay que aprender cuanto se pueda del trastorno. Varios estudios sugieren que la intervención que ofrece apoyo y educación puede ser efectiva (De la Garza 2005 y Salas 2000).

La educación del paciente y sus familiares es el primer paso en el tratamiento. Tiene como objetivo conocer la base científica de este trastorno. También guiarlos para adaptarse y superar este problema.

Educar al adulto con TDAH de tipo Residual es importante porque le permite cooperar positivamente en su manejo; por ejemplo, para afrontar la falta de concentración la persona puede minimizar las fuentes externas de distracción.

Se le debe de informar acerca del riesgo que puede tener el abuso de sustancias (alcohol, drogas) estimulándolos a no consumirlas.

El terapeuta le ayudará a adquirir la habilidad de organizarse, aprender a determinar cuales tareas son más importantes (priorizar) y a manejar su impulsividad.

Así, al reeducarse, el adulto con TDAH de tipo Residual le será más fácil adaptarse a su vida, desempeñándose mejor en el trabajo, con los amigos y la familia desarrollando habilidades que puedan compensar las deficiencias del trastorno.

b) Intervención Cognitivo- conductual o Modificación de conducta (control interno y externo; terapia de auto-control).

La modificación de conducta es un conjunto de técnicas que se aplican a la solución de problemas de conducta en los campos de la educación y la psicología clínica.

Tiene estrecha relación con el entrenamiento psicológico y su principal función es obtener el cambio a través de procesos cognitivos y conductistas terapéuticos, los cuales se deben adaptar al contexto y al ambiente en el que se desenvuelve el sujeto, así como su edad y etapa del desarrollo en la que se encuentre. Por lo tanto se necesita modificar no sólo el cómo piensa y se comporta el individuo con TDAH, sino como piensan y se comportan las personas que se relacionan con él (Cirilo y Soto, 2007).

En lo que se refiere a las conductas problemáticas se ha trabajado con casos de autoestimulación, autodestrucción, hiperactividad, agresividad y con conductas que por su frecuencia, o por no ser las adecuadas, interfieren con el desarrollo social del sujeto y dificulta la adquisición de comportamientos más aceptables.

En el aspecto académico, se ha trabajado con adultos, en el establecimiento de habilidades cognoscitivas y en la enseñanza de repertorios de atención, autocontrol y motivación.

En el área vocacional o laboral se han publicado varias clases de entrenamiento vocacional.

Según Galindo (1990) una característica de estos procedimientos es la estructuración sistemática de las condiciones ambientales para cambiar la conducta del sujeto, es decir para establecer, mantener, transformar o eliminar repertorios conductuales. Por lo tanto es un procedimiento de enseñanza.

La modificación de conducta tiene como objetivo adquirir habilidades como la autoinstrucción, el monitorearse a sí mismo y la utoevaluación; éstas le permitirán al adulto con TDAH de tipo Residual, reforzar las conductas que son útiles para lograr el manejo de la impulsividad, o la agresividad, así como aprender a tener un comportamiento social adecuado. Es por esto que se expondrán técnicas cognitivas que se han manejado con niños con TDAH y que han demostrado ser eficaces para modificar conductas inadecuadas en adultos también.

- Entrenamiento en autoinstrucciones verbales (AIV) Vigotsky (1962) y Luria (1959,1982).

Este método se propuso originalmente para enseñar a los niños hiperactivos estrategias cognitivas que les permitieran hacer frente aquellas situaciones en la que se le exige control del comportamiento.

El entrenamiento en autoinstrucciones consiste en modificar las verbalizaciones internas que un sujeto emplea cuando realiza cualquier tarea y cambiar por verbalizaciones que son apropiadas para lograr su éxito.

El terapeuta enseña al sujeto una estrategia para resolver problemas de la vida diaria; de este modo el individuo puede controlar su conducta en diferentes situaciones.

Los pasos que se describen son:

1-. Selección de tareas.

El clínico elige las tareas que van a enfocar la atención por cierto tiempo, así como estrategias sistemáticas para su realización. Selecciona tareas con un grado de dificultad acorde con el sujeto.

2-. Modelamiento cognoscitivo.

El clínico modela la resolución de la tarea. Selección de un procedimiento alternativo si no da resultado el empleado.

3-. Dirección externa manifiesta.

El clínico hace que el sujeto realice la tarea mientras le da instrucciones verbales a lo largo de ella, a través de las mismas seis etapas de solución de problemas.

4-. Autodirección manifiesta.

Después el clínico le pide al individuo que realice de nuevo la tarea (u otra similar) mientras utiliza afirmaciones acerca de sí mismo para que lo guíen hacia una solución. Requiere que participe activamente. Durante este paso, el clínico empieza a percibir la manera que tiene el sujeto de autodirigirse y observa las clases de afirmaciones acerca de sí mismo que da.

El sujeto debe considerar con detenimiento la índole de determinado problema y hacer una pausa para elegir una estrategia antes de comenzar a trabajar en una tarea.

5-. Modelamiento de autodirección manifiesta desvanecida.

El clínico modela el acto de murmurar las instrucciones mientras avanza por la tarea. El clínico modela y enseña a darse autoinstrucciones en un tono bajo, apenas audible.

6-. Práctica del sujeto de la autodirección manifiesta desvanecida.

Aquí el clínico escucha al sujeto con cuidado y lo ayuda a generar sus propias ideas y autoinstrucciones.

7-. Modelamiento de autoinstrucciones no manifiestas.

Al modelar esta etapa, el clínico muestra reflexión, hace una pausa para revisar dos alternativas, señala una y luego la otra, etc. Además antes de modelar la tarea, se le dice al sujeto las clases de cosas en que pensará el clínico.

8-. Práctica del sujeto de autoinstrucciones no manifiestas. El individuo ahora tiene que pensar solo a lo largo de la tarea que se le asigna. Pero al observar la conducta del sujeto, el clínico obtiene indicaciones sobre cómo enfoca la tarea el sujeto (Kirby, 1992).

Los distintos trabajos sobre tratamiento de niños impulsivos e hiperactivos han demostrado que el entrenamiento en autoinstrucciones es eficaz para modificar las estrategias cognitivas, al menos en tareas sensoriomotoras.

Sin embargo, los resultados no son concluyentes. Moreno, (1995) comenta que al parecer, este método no modifica significativamente las conductas sociales alteradas y existen dudas acerca de que la estrategia aprendida se generalice y emplee para resolver tareas de la vida real.

Otra estrategia para modificar la conducta que señalan Hinshaw y Erhardt, (1991); Hinshaw y Melnick, (1992) es enseñarles a crear alternativas para resolver problemas y a evaluar las posibles respuestas de cada estrategia para anticipar las posibles consecuencias de cada solución (Van Wielink, 2004).

- Método de resolución de problemas.

Una variable cognitiva relacionada con el TDAH es la deficiencia que tienen estas personas en las habilidades de solución de problemas. Teant y Douglas, (1982, cit en Herrero, 2001) definen la solución de problemas, la cual consiste en planear un propósito y organizar los pensamientos y comportamientos para solucionar el problema. Intervienen los componentes de reconocimiento del problema, pensamiento alternativo y consecuencial, así como la evaluación de la efectividad de las estrategias a utilizar. Para Kendall y Bransell, (1985, cit. en Herrero 2001), los déficits en estas áreas se han relacionado con dificultades en las habilidades intra e interpersonales para la solución de problemas. Estos sujetos generan un número menor de estrategias eficaces; al igual que presentan déficits en el pensamiento enfocado a medios- fines, por lo que difieren en su habilidad de pensar en pasos ordenados para llegar a una meta (Cirilo y Soto, 2007).

García y Méndez, (1993) destacan la importancia de varios procedimientos basados en la resolución de problemas. Tiene como objetivo enseñar a los sujetos autocontrolar sus conductas alteradas, impulsivas e hiperactivas (Moreno, 1995).

1ª Fase. El psicólogo expone la estrategia que el sujeto debe de aprender ante una situación difícil y problemática. El procedimiento consiste en respirar profundamente, relajarse y pensar e imaginar varias alternativas posibles y, finalmente, elegir la más adecuada.

2ª Fase. Se dedica al entrenamiento de relajación. El sujeto guiado por el terapeuta, aprende a relajar de manera progresiva, a través de ejercicios de contraste entre tensión-distensión, los músculos de los brazos, cara, cuello y hombros, espalda, etc.

3ª Fase. Se desarrolla el entrenamiento en solución de problemas cuyo objetivo es enseñar al sujeto con TDAH, a través de habilidades específicas, a encontrar una solución eficaz a sus problemas. El procedimiento consiste en definir el problema actual, plantear las posibles soluciones y valorar sus consecuencias y resultados, escogiendo la que se considera más apropiada. Finalmente poner en práctica la solución elegida y observar sus resultados a partir de los cambios o mejoras que se consiguen.

4ª Fase. Tiene como objetivo generalizar y mantener las estrategias aprendidas.

Los programas basados en la aplicación de técnicas conductuales y cognitivas han logrado buenos resultados en algunos déficits del trastorno, como la atención, sin embargo, todavía no se ha logrado la modificación de los comportamientos antisociales y el mantenimiento de estos en períodos prolongados de tiempo. (Moreno, 1995).

- Técnicas para aprender a autoevaluarse correctamente.

Enseñar al sujeto a autoevaluar su propia conducta (tanto positiva como la negativa) autoevaluar sus estilos de aprendizaje (tanto los inadecuados como los adecuados) y sus propios errores, asegurándose de ofrecerle armas suficientes para que tenga conciencia de sus dificultades, sea productiva y no les conduzca a un empeoramiento de su autoimagen.

La autoevaluación debe dirigirse hacia dos aspectos:

1-. Una autoevaluación general de su comportamiento.

2-. Una autoevaluación específica y objetiva de las tareas realizadas durante la sesión.

La autoevaluación general del comportamiento del sujeto va a permitirle tomar conciencia de: aquellas cosas que hace bien, (de aquellas en las que tiene dificultad y de sus posibles soluciones). De este modo se comienza implicar al individuo en su propia rehabilitación.

La autoevaluación del comportamiento se realiza al comenzar la intervención para proponer los objetivos y presentar las actividades que formarán parte del tratamiento.

El sujeto observará cuáles son los objetivos que ha conseguido alcanzar, cuáles son los que debe modificar y qué conductas positivas nuevas ha descubierto. (Orjales, 1998)

También se ha demostrado la eficacia de estrategias de intervención, como son premiar los cambios positivos de comportamientos y explicar claramente lo que se espera de las personas con TDAH de tipo Residual. Además es importante que los familiares o jefes sean pacientes y comprensivos.

c) Coach o mentoring (Blanchard, 1994).

Este programa es considerado de entrenamiento especial. Incluye métodos y estrategias para lograr controlar los efectos situacionales negativos de esta disfunción y generar habilidades y destrezas (Joselevich, 2000).

El coach facilita el aprendizaje de nuevas formas de resolver problemas para que luego el adulto con TDAH pueda aplicarlas en forma independiente en su vida, desarrollando habilidades en pasos para avanzar (Brown, 2004).

El coach ayuda a la persona a crear un proyecto de vida. Para lograrlo, se establece una relación entre la persona con TDAH de tipo residual y el coach, el cual le da constante aliento, además de brindarle estrategias que le permitan desenvolverse de una manera positiva para cumplir con sus obligaciones y metas.

El coach despierta la conciencia de la persona sobre su trastorno para aprender a manejarlo y sobre las consecuencias de sus actos.

Ayuda a contrarrestar la tendencia a perjudicarse a sí mismo.

El coach encuentra las cualidades de la persona y lo hace consciente de las mismas para establecer las metas. Las personas con TDAH de tipo residual tienen muchos rasgos positivos que un coach puede resaltar: empatía, flexibilidad, buen humor, sociabilidad, sentido de la justicia, generosidad, creatividad etc.

El coach utiliza la comunicación efectiva. Escucha con mucha atención y pregunta interviniendo cuando es necesario y haciéndole sentir a la persona que desea entender su punto de vista acerca de sus problemas y aspiraciones.

La técnica de preguntas y respuestas es importante porque la persona tiene que pensar y examinarse introspectivamente, comprometiéndose a responder. El coach debe estar atento a que las respuestas sean descriptivas y no evaluativas.

Algunas de las razones por que las personas con TDAH de tipo residual acuden a un coach son la necesidad de organizarse, tener mejor rendimiento académico y laboral, reconstruir su vida porque hay algo importante que desean cambiar, ordenar mejor su tiempo, mejorar sus relaciones sociales, de pareja y con sus hijos, ser objetivo en sus decisiones, obtener orientación sobre alguna actividad, dar estructura y responsabilidad.

d) Estructura interna y externa.

Brinda una comprensión de uno mismo que conduce de forma natural a cambiar y estructurar la vida, tanto interna como externamente. **Estructura interna** porque al tomarse en consideración el TDAH de tipo Residual y al intentar liberarse de las percepciones negativas sobre uno mismo que por tiempo se han mantenido, la persona rehace su auto concepto; y **Reestructuración externa** porque la persona también reorganiza los aspectos prácticos de su vida diaria, estableciendo una mejor organización y control.

Abarca el empleo de instrumentos como listas, recordatorios, blocks de notas, libros de visitas, sistemas de archivo, pizarrones para colgar avisos, agendas, calendarios, contestadores automáticos, despertadores, relojes con avisador (Hallowell and Ratey, 2001).

La estructura se refiere al conjunto de controles externos que se emplean para compensar el déficit de los controles internos.

Debe hacerse una lista con las tareas habituales, las citas, obligaciones y las visitas que se van a realizar semanalmente; entonces se elabora una cuadrícula para el horario en el calendario o en la agenda y se anota cada una de las obligaciones en las distintas casillas de cuadrícula y así se podrán realizar los pendientes, quedando en el subconsciente del adulto con TDAH de tipo residual. Esto deja libre el resto del tiempo para emplearlo en la actividad que se desee.

e) Psicoterapia especializada.

La psicoterapia es importante para resolver las repercusiones emocionales como ansiedad, depresión, una baja autoestima o dificultades en su relación con los demás. Se nombrarán ciertos enfoques teóricos-clínicos, que se han experimentado con variaciones y combinaciones múltiples y específicas: (Joselevich 2000)

-Comportamental. Muchos pacientes pueden necesitar intervenciones independientes especialmente dirigidas a las manifestaciones asociadas. En otros casos éstos son tratados conjuntamente.

Este tipo de psicoterapia esta formado por un proceso de comunicación entre el psicoterapeuta y una persona que lo consulta, que se da con el propósito de mejorar su vida de este último, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos.

Debido a que el adulto con TDAH de tipo Residual tiene dificultad para terminar su trabajo, tiende a aislarse socialmente y posee un mal manejo de sus emociones, es fácil entender que se vean dañadas las relaciones familiares, lo que incluye a padres, esposo (a) e hijos.

Para esto, el profesional ha de valorar lo que escucha y decidir en qué aspectos vale la pena centrarse y cuales no. En la terapia se debe respetar la personalidad del paciente.

Es importante identificar, junto con el paciente sus limitaciones, las cuales se le deben decir sutilmente, pues durante toda su vida le han hechado en cara esas dificultades.

Este proceso de conscientizar y prevenir tanto el déficit de base como los mecanismos de defensa, permitirá al paciente manejarlos con mayor facilidad.

Al estar bien el adulto con TDAH de tipo Residual, ocasiona un cambio positivo, entre él y quienes lo rodean. Por esto, es necesaria la psicoterapia de pareja para educar a ambos sobre los cambios que pueden ocurrir con el tratamiento y en caso de que la familia enfrente importantes dificultades por el problema del paciente.

- Psicoterapia sistemática relacional es útil para resolver dificultades personales y que afecten a los miembros de las diversas familias y parejas. Puede ser llevado a cabo con dichos miembros involucrados, presentes en la entrevista para atender a la comunicación, a expectativas, atribuciones, frustraciones, abusos u otras disfunciones, que se generan directamente de los síntomas o de efectos colaterales.

En el caso de familias con problemas, la terapia familiar es indispensable, ya que esto afectará la mayor aparición de conflictos y manifestaciones. El desajuste marital- familiar, el estrés prolongado, traumas en la pareja o familia, afectan la evolución del paciente con TDAH de de tipo Residual.

El programa fue diseñado originalmente para poder brindar a los padres de niños con dificultades atencionales (con o sin hiperactividad), problemas de oposicionismo y de conducta recursos para ayudar a las demandas de crianza de estos niños.

Ha demostrado ser efectivo en la intervención de adultos con TDAH utilizado en combinación o en forma independiente de la medicación.

Según datos empíricos (Barkley, 1997) indican que aproximadamente un 64% de padres notaron mejorías significativas durante la participación y el seguimiento del programa: reducción de comportamientos disruptivos del niño, disminución del estrés familiar, aumento de sentimientos de competencia en los padres. (Joselevich, 2000)

En relación con la influencia del TDAH en las relaciones familiares se han realizado trabajos comparativos que demostraron que las reacciones de los padres frente a un hijo con hiperactividad-impulsividad son diferentes de aquellos que mantienen con otros hijos que no presentan esas características. Tienden ser más controladores, más insistentes, a reaccionar en forma negativa, con más órdenes, prohibiciones y castigos que lo habitual (Barkley, 1990-1997).

Barkley y Cunningham (1990-1997) a través de un trabajo realizado en relación con la interacción madre-hijo TDAH comprobaron que la actitud negativa de las madres hacia sus hijos disminuía cuando el grupo de niños mejoraba sus manifestaciones con la administración de medicación estimulante (metilfenidato) y no variaba dicha actitud cuando al grupo control se le aplicaba placebo. Concluyendo “el TDAH influye en los vínculos que los padres tienen hacia el hijo”.

Dishion, Patterson y Kuanagh demostraron el papel que desempeñan los padres a través de una crianza incompetente, ineficaz (inconsistencia en los límites, pautas muy tenues o muy severas, etc) en la producción y mantenimiento de patrones de conductas agresivas en los niños. (Joselevich, 2000)

En cuanto a las interacciones, Petterson observó que las familias con niños con problemas de conducta son mutuamente reforzadas en forma negativa con conductas agresivas de unos hacia otros.

Se puede decir que los resultados positivos en lo interpersonal se ven incrementados por una comprensión mutua e información acerca de cómo el TDAH afecta el funcionamiento marital y familiar, lo cual lleva a un posible cambio de creencias, actitudes e implicaciones afectivas. Asimismo, este enfoque aporta beneficios para la asistencia en relaciones personales cercanas, grupos (como escolares) y relaciones sociales.

- **Psicoterapia interpersonal** ofrece un modelo alternativo para manejar los temas psicosociales, que el TDAH de tipo Residual. Ocurre dentro del contexto de las relaciones interpersonales actuales. Las reestructuraciones cognitivas, los retos adecuados de las certezas de enjuiciamientos, pueden ayudar a generar ideas más afirmativas con un cambio de actitudes para evitar tendencias ansiosas, depresivas, u otras ya mencionadas.

El objetivo de la psicoterapia es el mejoramiento de la calidad de vida disminuyendo efectos negativos e intentando reducir la aparición de manifestaciones.

- **Entrenamiento en solución de problemas interpersonales (SCPI).**

A los adultos con TDAH, les resulta complicado afrontar situaciones de solución de problemas tanto sociales como laborales. Por tanto las estrategias de intervención deben activar las variables cognoscitivas, afectivas y conductuales que parecen relacionarse con el ajuste social.

Shure y cols (1981) definieron la función de la medicación cognoscitiva en el desarrollo de habilidades de solución de problemas interpersonales en niños pequeños. Las evidencias de la relación entre habilidades SCPI y el ajuste social, han sido investigadas a través de varios estudios donde se trató de enseñar a los pequeños habilidades de solución de problemas sociales. Aunque el contenido y los métodos del entrenamiento muestran cierta variación, se encontró que los procesos cognoscitivos inadaptativos desempeñan una función decisiva en la aparición de trastornos psicosociales.

Aquí se le enseña al sujeto a desarrollar una mejor autorregulación y un mayor autocontrol.

Para obtener resultados duraderos, el clínico debe señalar los pensamientos, sentimientos y conductas que proceden, caracterizan y siguen a los encuentros sociales del individuo.

Wender (1995), que en general se inclinaba por el tratamiento farmacológico en el TDAH, pensaba que la psicoterapia puede ser útil para atender a la sintomatología secundaria. (Joselevich, 2000)

Se sugiere realizar una psicoterapia especializada ya que es de utilidad para diversos objetivos:

Objetivos a lograr

- a) Incorporar formas novedosas de encarar diversas cuestiones de la vida cotidiana, personales, sociales, vocacionales, laborales, resaltando la utilización instrumental de recursos positivos y potencialidades.
- b) Detectar la aparición de los síntomas dañinos y el diseño de cómo y cuándo, para evitar sus repeticiones.
- c) Readequación de la autoimagen y expectativas.
- d) Transformar conflictos afectivos específicos.
- e) Mejorar las relaciones familiares.
- f) Re-estructurar el medio ambiente en determinados aspectos.

Según Barton y Fuhrman (1994) la psicoterapia debería dar respuesta adecuada a los cuatro problemas que traen sujetos con TDAH a las consultas:

- Estrés y ansiedad que resultan de las luchas por responder a las demandas de la vida.
- Baja autoestima y sentimientos de incompetencia.
- Duelo por falta de logros suficientes.
- Impotencia frente a este panorama

Además Joselevich (2000) agrega a éstos las dificultades interpersonales y relaciones dañadas.

g) Orientación laboral/ vocacional.

Existen adolescentes y adultos que no pueden detectar y reconocer que poseen las habilidades y conocimientos necesarios para ciertos empleos o estudios y no para otros. Estas personas con TDAH se verán beneficiados al identificar sus aptitudes, y las formas que les permitirán acceder a, y luego sostener, sus actividades.

Si se combinan una asistencia y estrategias de intervención adecuadas con expectativas de proyectos realistas, estas personas podrán desempeñarse más satisfactoriamente, ya sea en su trabajo o en su estudio. Habrá que revisar la historia laboral-educacional y los éxitos o dificultades producidos, para detectar los factores que generan un tipo de inserción u otra. Estas personas pueden lograr objetivos más realistas, disminuyendo el índice de fracasos.

El asesoramiento vocacional se llevará a cabo distinguiendo tanto las características, intereses, y motivación del adulto con TDAH como la situación del contexto general y laboral y/ o académico en particular. El adulto con TDAH estará en mejores condiciones de obtener éxito en sus objetivos en la medida en que pueda descubrir un medio ocupacional satisfactorio y aprenda los métodos para conseguirlo y sostenerlo, lo cual requerirá saber usar las estrategias y técnicas especiales. Así la orientación en lo laboral y vocacional genera condiciones de logros con beneficios personales y sociales. Barkley (1991,1994, 1998), Brown y Borden (1995), Goldstein (1997), Kravetz (1994), Latham y Latham (1994), Murphy, (1995), Nadeau, (1996), Quinn (1994) y Weiss (1996). (Joselevich, 2000).

h) Grupos de apoyo.

Los grupos pueden manejar la energía positiva y desarrollar sus capacidades. Cuando los grupos son dirigidos de una manera adecuada, se puede realizar una terapia para el TDAH de tipo residual segura, económica y con éxito (Brown, 2004).

La terapia de grupos tiene diferentes ventajas:

Primero. Brinda la oportunidad de relacionarse con otras personas que tienen problemas muy parecidos en su vida.

Segundo. Los miembros de un grupo pueden enseñarse muchas cosas recíprocamente. Pueden hablar de sus propias experiencias y compartir consejos y sugerencias que ellos mismos han encontrado útiles y pueden aprender de los demás.

Tercero. El grupo puede valorar las experiencias de sus miedos. La aceptación que se puede encontrar en un grupo sirve para levantar la autoestima.

Cuarto. Un grupo puede brindarse energía.

Quinto. Permiten representar aquellas situaciones que las personas con TDAH de tipo Residual desean aprender a afrontar. Aprende a soportar la tensión de estos sentimientos cuando está con el grupo, así podrá llevar esta capacidad al mundo exterior.

Sexto. Los grupos pueden tener una sensación de pertenencia, de unión. Aumenta la sensación que tiene la persona de formar parte de diversas situaciones que se dan en su vida (Hallowell y Ratey, 2001).

i) Neuro- retroalimentación

Es un tratamiento que ha surgido de investigaciones desarrolladas durante los últimos 20 años y que es efectivo en el tratamiento del TDAH de tipo residual. Se le ha encontrado utilidad para controlar trastornos emocionales y conductuales (Armstrong, 2001).

En el campo de la neurofisiología, especialmente en los estudios de electroencefalograma (EEG) se ha encontrado, que las personas con TDAH de tipo residual muestran un patrón diferente de actividad cerebral.

Se observó que sobresalían las ondas lentas, que están relacionadas con estados del dormir, de procesamiento interno, de fantasía o de soñar despierto, que con estados de vigilia o de atención. O sea, el cerebro de estas personas está adormecido, funcionando lentamente, en vez de estar funcionando con ondas rápidas, más relacionadas con un estado de alerta (Roel, 2004).

Este tratamiento es administrado por neurofisiólogos, mediante retroalimentación biológica enseñan a la persona a centrar la atención, a la disminución de actividad neurológica asociada con la distracción y a producir condiciones fisiológicas que permiten el control neurobiológico del organismo; es decir que, por entrenamiento el sujeto, aprende a producir las condiciones fisiológicas necesarias para atender, primero en las condiciones controladas de la terapia, para luego generalizarlas a su vida cotidiana (Mendoza, 2003).

El tratamiento de Neuro-retroalimentación consiste en que el paciente aprenda a producir una actividad cerebral de ondas alfa parecida a la de una persona sin este problema. Para lograrlo, se requiere de la ayuda de una computadora que con un programa de imágenes y sonidos hace las veces de un entrenador de la actividad cerebral, ya que la persona aprende a controlar las imágenes y los sonidos que se le presentan en pantalla, por medio de su actividad eléctrica cerebral. Normalmente se usa un tono acústico como el mecanismo de retroalimentación, cuando las ondas alfa no se están produciendo.

Roel (2004) afirma que después de unos meses de tratamiento, se pueden observar cambios importantes en aumento en el Coeficiente Intelectual, concentración, autocontrol, autoestima y organización.

Ramírez y cols. (2001) reportaron en un estudio que en algunos casos de TDAH, los niños logran aprender a autocontrolar sus emociones y conducta (De la Garza).

Desafortunadamente, hasta la fecha, no se han llevado a cabo estudios de grupos amplios y bien controlados que apoyen su eficacia, ya que los estudios solo informan de entre 7 y 10 casos. Aunque no se puede descartar la posibilidad de que el entrenamiento en neuroretroalimentación pueda ser beneficioso, desde el punto de vista científico no se puede considerar que sea un tratamiento efectivo.

Desde el punto de vista de Cowdry, (1999) lo más efectivo es una combinación de medicación, terapia educativa, modificación de la conducta y psicoterapia especializada. Sin embargo se le sugiere al adulto con TDAH llevar algunos consejos prácticos con el fin de afrontar las dificultades que se presentan diariamente al vivir con este trastorno.

5.2 CONSEJOS PARA LOS ADULTOS (Hallowell and Ratey, 1992).

Una manera de organizar el tratamiento no medicado en el TDAH de tipo residual es a través de sugerencias prácticas sobre el manejo de éste. Los consejos son los siguientes:

I. Imaginación y educación.

- * Asegúrese de que el profesional a quien usted consulta, conozca muy bien el tema.

- * Infórmese una vez que conoce el diagnóstico. Debe saber a qué responden los síntomas, cuáles son y cuál es la mejor manera de resolverlos.

- * No se desanime ante las dificultades.

- * Tome conciencia de los peligros en los que se involucra y trate de evitarlos o aunque sea de minimizarlos.

- * Trate de prestar atención a lo que le dicen los otros. Evite usar la negación, como recurso para no ver su parte en situaciones que le ocasionan dificultades.

- * Participe en sus sesiones de terapia individual y/o grupal para mejorar el daño en su autoestima o en otros conflictos que provengan de su TDAH de tipo Residual.

- * Trate de ser tolerante con usted mismo. Comparta su tiempo con gente que lo acepte como es. Reconozca que es muy sensible a la falta de aceptación. Trate de buscar un empleo que implique un cambio de rutina y un desafío.

- * Trate de organizar su vida de la manera más estructurada que pueda. Anote todo lo que debe realizar, use agenda, haga listas con las obligaciones a cumplir y no las deje para después.

- * Trate de fraccionar las grandes tareas en pequeñas subtareas, haga primero lo primero y luego lo que haga falta para cumplir sus objetivos.

- * No haga las cosas hasta el último momento.

- * Entrenamiento. Es útil para usted tener un tutor o entrenador, coach cerca, alguien que lo cuide, pero siempre con buen humor.

- * Estímulo. Los adultos con el TDAH de tipo residual necesitan mucho estímulo.

- * Educar e involucrar a otros. Usted debe entender el TDAH de tipo residual e igualmente aquellos a su alrededor entenderlo; la familia, trabajo, escuela, amigos, una vez que ellos entiendan el concepto, podrán entenderlo mucho mejor y ayudarlo también.

- * Escuche y retro aliméntese de otras personas que sean de confiar.

- * Trate de quitarse la negatividad que pudo haber adquirido sin saber que usted ha tenido TDAH de tipo residual.

- * Recuerde que lo que usted tiene es una condición neurológica. Trate de esforzarse, en reconocer que el síndrome es biológico más bien que una debilidad de carácter.

II. Ejecución del manejo.

* Estructura externa. Organice horarios, tiempos y días; seguirlo produce beneficios importantes.

- Listas
- Códigos de color
- Recordatorios
- Notas para usted mismo
- Archivos

* Planee su entorno para recompensar o premiar más bien que decepcionarse.

* Aceptar retos. Mientras que usted sepa que no todos se resolverán fácilmente, usted conseguirá muchos de ellos terminados y permanecerá lejos de problemas.

* Ponga plazos o fechas.

* Divida deberes o tareas largas en pequeñas.

* Ponga prioridades.

* Observe cómo y dónde trabaja usted mejor.

* Conozca que está bien hacer dos cosas al mismo tiempo. Las personas con TDAH de tipo residual necesitan hacer varias cosas al mismo tiempo para de ese modo poder tener alguna terminada del todo.

* Realice lo que usted crea que es hábil.

* Deje tiempo entre compromisos para pensar.

* Tenga un block de notas cerca de usted. Para cuando tenga una idea, o recuerde alguna otra cosa.

* Lea con una pluma en la mano, para cuando tenga ideas y otros pensamientos que le ocurran a usted.

III. Manejo del humor.

- * Tómese un tiempo para el entretenimiento.
- * Recargue sus baterías. Tome una siesta, medite, siéntase tranquilo, descansado, a gusto o cómodo.

- * Entienda los cambios de humor y los métodos de manejarlos. Entérese como sus emociones pueden cambiar positivamente. Aprenda estrategias para hacer pasar malos momentos cambiando escenarios, ejemplo; Hacer una nueva actividad, como una conversación con un amigo o hacer ejercicio o leyendo un libro, etc.

- * Enfrentese con la rutina. Tenga una lista de amigos para llamarles, mantenga su mente libre, ensaye o enumere palabras de ánimo que usted pueda dárse las a si mismo.

- * Acostumbre descansos. Cuando usted esté enojado o sobre estimulado, tome un descanso, márchese, cálmese.

- * Aprenda a defenderse.
- * Permita que el momento dure y sea recordado, sosténgalo través del tiempo.

- * Haga ejercicio. Le va a ayudar a desprenderse del exceso de energía y agresión en una manera positiva, permite tranquilizar la mente alterada, estimula el sistema hormonal y neuroquímico.

- * Haga una buena selección de pareja. El adulto con TDAH de tipo residual puede prosperar o entorpecerse dependiendo de la selección de pareja.

- * Programe actividades con amigos.
- * Encuentre y únase a grupos donde usted sea semejante, apreciado y entendido y pueda disfrutar.
- * Póngale fecha a sus reuniones.

Como conclusión, cuando la medicación es la correcta, puede tener efectos positivos en la conducta del adulto ayudando a controlar mejor sus síntomas, dependiendo de las manifestaciones que presente. Como resultado, puede traer mayor confianza, sensación de bienestar, mayor ejecución, logros académicos, mejor desempeño en el trabajo, va a favorecer la autoestima y las relaciones sociales. Sin embargo los efectos no permanecen a largo plazo por lo que se deberá complementar con una terapia psicológica.

Por otro lado, se describieron las características de los diferentes tipos de estrategias psicológicas que pueden ser complementarias y brindar al adulto con TDAH, diferentes alternativas como, educación, estructura, apoyo, estímulo hacia los logros, transmisión de energía y entusiasmo, modificación de conductas inadecuadas, entrenamiento en la resolución de problemas y orientación, entre otras.

Entre las formas de intervención que pueden ser efectivas se encuentra la información que se brinda al adulto y su familia acerca del TDAH de Tipo Residual para que puedan convivir de una manera más sana. Las terapias cognoscitivas-conductuales (Kirby, 1992 y Orjales, 1998) que fueron diseñadas originalmente para tratar déficit cognitivos en niños con TDAH, pueden ser eficaces también en las estrategias de intervención de adultos con TDAH de tipo Residual. Siendo importante el entrenamiento del adulto así como de su familia. También, la Psicoterapia especializada puede ser útil para atender la sintomatología secundaria.

CAPITULO 6

REPERCUSIONES DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) DE TIPO RESIDUAL EN LA VIDA DE LOS ADULTOS.

6.1 REPERCUSIONES.

Son muchos los problemas que se dan como consecuencia de los años que se han vivido sin que se diagnosticara el TDAH de tipo residual. Las repercusiones pueden ser de diferente grado, según la intensidad de las manifestaciones; pueden ser desde leves hasta más graves.

A continuación se presenta cómo este trastorno, al no ser atendidas las personas apropiadamente afecta, de manera importante, todas las actividades de la vida cotidiana:

6.1.1 Repercusiones en el área académica.

Los adultos en los que persisten las manifestaciones, además de presentar un desempeño académico pobre lo que repercute en la familia y las relaciones con los compañeros, han hecho menor grado de escolaridad y tienen mayores problemas vocacionales persistiendo los problemas de aprendizaje durante toda su vida. Por lo tanto como entre el 30 y el 50% de adultos ha repetido un grado escolar por lo menos una vez (Romeo, 2004). Muchas veces no acaban el bachillerato (Miranda et al. 2001).

Vocaciones postergadas y proyectos intelectuales abandonados antes de intentar ser llevados a cabo, por personas que a pesar de ser inteligentes no pueden alcanzar las metas que se proponen.

Orjales (1998), menciona que los niños que siguen sus estudios, tienen mayor deserción escolar, una deficiente preparación y hacen carreras medias (Cruz, 2001).

En este aspecto, Slomkowski y cols. (1995) reportaron bajo nivel educativo en los adultos con TDAH repercutiendo principalmente en la autoestima (Villarino, 1998).

Por otro lado, Wender (1995) y Biederman (1997) manifestaron que en adultos jóvenes se encontraron niveles académicos por debajo de lo esperado (Elías, 2005).

6.1.2 Repercusiones en el área laboral.

Provoca deterioro e inestabilidad en la actividad laboral que continúa a lo largo de los años. Según Slomkowski y cols. (1995) los adultos con TDAH de tipo residual, se sitúan en puestos profesionales de nivel inferior a lo que se esperaría de su capacidad intelectual y educación por lo que presentarán trastornos de ansiedad y depresión (Villarino, 1998). Los niños con TDAH que no reciben tratamiento correcto suelen alcanzar trabajos o profesiones por debajo de su capacidad (Soutullo, 2004).

- Robin (2004) habla de la dificultad en encontrar y mantenerse en los empleos, variabilidad en el trabajo debido a la poca persistencia de esfuerzos.

Asimismo, como tienen poca capacidad para desarrollar un trabajo independiente y sin supervisión, los adultos con TDAH presentan un progreso en el status ocupacional más lento (Miranda et al. 2001). Pierden frecuentemente su empleo debido a los errores que cometen, a su pobre productividad y asisten a los centros de salud por diversas enfermedades más que la población general (Secnick, Swenson y Lage, 2003). Por lo tanto, tienen más reportes de ausencia y de incapacidad por problemas médicos como colon irritable (De la Garza, 2005).

Otro motivo, es la frustración que se da por no poder materializar los proyectos personales y laborales de los que participan, el desprestigio que se da como consecuencia.

Además, las discusiones en el trabajo son cotidianas y como consecuencia pueden abandonar sus puestos de trabajo, sin pensar como enfrentarán sus necesidades básicas y las de su familia.

6.1.3 Repercusiones en el área social.

En el ámbito social, la capacidad del adulto para adaptarse a la vida diaria puede deteriorarse debido a sus constantes descuidos e incompetencias.

Biederman (1998) señala que un gran número de esas personas desarrollará una personalidad antisocial. Presentan un comportamiento rebelde que les conduce a malentendidos, regañones y llamadas de atención frecuentemente (Elías, 2005).

Tienen una personalidad inestable, a consecuencia del constante rechazo, inseguridad e incertidumbre (Mendoza, 2003).

Presentan situaciones de alto riesgo, como adicciones, afición a los juegos de azar, a los deportes de alto riesgo, accidentes automovilísticos, conductas sexuales precoces, mayores posibilidades de caer en la delincuencia, debido en parte a sus actos impulsivos (Uriarte, 1998). No obstante, según García y Magaz, (2000), dicho riesgo asociado a este trastorno parece encontrarse mucho más relacionado con otras variables sociológicas que con el TDAH, el cual solamente es un factor disposicional del individuo que, simplemente, agrava los riesgos generales (Cirilo y Soto, 2000).

Por su frecuente descontento, incapacidad para inhibir las emociones y errores en las relaciones interpersonales, el adulto tiende a lastimar a los demás, alejando a las personas, lo cual puede producir resentimiento o fobia social y aislamiento importante como mecanismo de defensa para enfrentar situaciones difíciles.

6.1.4 Repercusiones en el área afectiva y familiar.

Los adultos con TDAH de tipo Residual, tienen relaciones afectivas y amistosas inconstantes que suelen ser breves por el aburrimiento, parejas inestables que persisten a lo largo de los años, se casan repetidas veces y presentan embarazos no deseados.

Presentan mayor patología familiar, lo que da como consecuencia violencia intrafamiliar.

Al distribuir y gastar mal su dinero y organizar deficientemente las tareas domésticas, le repercutirá en su bienestar y su nivel económico.

6.1.5 Repercusiones en el área Emocional.

Cuando no se reconoce ni se trata el TDAH en los adultos, esto puede dar lugar a que se den sentimientos de fracaso en todos los ámbitos de su vida.

El subgrupo con trastornos del aprendizaje, presenta escasa autoestima y son candidatos a padecer ansiedad y depresión. Llegando a la desmoralización que consistirá en que no importa lo que hagan, los resultados serán siempre malos.

La agresión en el comportamiento del adulto, es predictivo de una variedad de problemas sociales y emocionales (Cerezo, Ramírez y Fuensanta, 1999). Al sentirse víctima de la sociedad presentan una sensación crónica de injusticia lo cual puede producirle depresión crónica.

Las adicciones de alcohol y drogas (como cocaína, marihuana y trastornos alimentarios) son más comunes en personas con TDAH de tipo Residual que nunca fueron tratadas (Mattos, 2003) ya que éstas crecen enojadas y con sensación crónica de aburrimiento, fracaso, de accesos de cólera, de que la vida no es una experiencia excitante, ganas de vivir con más estímulos, escasa tolerancia a la frustración, rechazo y resentimiento entre otras (De la Garza, 2005).

Biederman, (1995) encontró que el riesgo de abuso de sustancias era de 52% comparado con 27% en el grupo control. Un incremento se encontró en casos de abuso de alcohol. Barkley, (1998) menciona que la conducta antisocial incrementa el riesgo de abuso de sustancias tanto en pacientes con TDAH como en los grupos control. La conducta antisocial varía entre 18 y 28%.

Murphy, (2002) cuando compara un grupo combinado (de atención-hiperactividad-impulsividad) con los inatentos, encuentra que los del grupo combinado tienen más conducta opositora- desafiante, han desarrollado más hostilidad interpersonal y sentimientos de desconfianza, se involucran más frecuentemente en conductas suicidas y en problemas de arrestos.

Se considera que entre el 11 y 21% de los adultos con TDAH padecerán trastorno bipolar, lo que implica problemas en su vida con posibles recaídas y hospitalización por crisis depresivas o maníacas (De la Garza, 2005).

Por otra parte el adulto con TDAH, manifiesta desde la primera infancia, un deseo de agradar a los demás y recibir aprobación social por lo que hace. Cuando participa en un programa de entrenamiento en cualquier habilidad, se entrega con enorme ansiedad en la ejecución, lo que muchas veces es un factor de riesgo para que nuevamente fracase. Por ello es difícil que logre los objetivos que se le plantean, manifestando una baja autoestima, además de un sentimiento pobre de identidad para controlar sus impulsos, lo cual produce insatisfacción consigo mismo y con el mundo, acompañada de un sentimiento de vacío y soledad, como consecuencia, el adulto puede autodestruirse (Uriarte, 1998).

Con frecuencia el adulto con TDAH muestra indicadores de ansiedad y estrés. Normalmente estos, son el resultado de las exigencias que percibe sobre él, provenientes de diversos ámbitos y áreas: casa, trabajo, escuela, conducta social como relaciones con familiares, compañeros, amigos.

Diferentes autores que han estudiado a sujetos con TDAH en la edad adulta identifican varias complicaciones relacionadas con este trastorno en estas etapas de la vida. Además, ponen de manifiesto esta correlación entre presentación del problema y mal ajuste social y personal.

En un estudio de seguimiento Weiss y Hechtman (1985), encontraron conducta antisocial en la quinta parte y una frecuencia elevada de intentos suicidas. También reportaron que quienes pertenecían a este grupo se mudaban con mayor frecuencia, sufrían significativamente más accidentes automovilísticos, más citatorios en la corte y habían probado más drogas (Benassini, 2002).

Faigel (1995) realizó un estudio en población universitaria. Encontró que si bien el TDAH de tipo Residual se presenta con frecuencia, muy pocas veces es identificado y diagnosticado. Reporta que quienes lo presentan se ven considerablemente afectados en el desempeño escolar y social, así como en el desarrollo emocional general. Los resultados de sus estudios indican que la presencia de este trastorno incrementa el riesgo de incurrir en abuso de drogas, delincuencia, encarcelamiento, bajo desempeño laboral, conflicto marital y divorcio (Villarino, 1998).

Baker y cols. (1995) identificaron que el 31% de una muestra de 447 adultos bajo tratamiento por abuso de drogas presentaron síntomas indicativos de TDAH. Estos sujetos presentaron problemas más severos que aquellos no relacionados con el TDAH. Algunas conductas que distinguían a los sujetos con TDAH de tipo Residual de los demás, fueron no tener trabajos de tiempo completo y presentar problemas en el control de conductas violentas (Villarino, 1998).

A lo largo de su vida, una muestra significativa de personas con TDAH, pueden experimentar el riesgo de presentar conducta oposicional y desafiante (50%), problemas de conducta (25-40%), y baja autoestima y depresión (25%). Aproximadamente el 10% puede desarrollar trastornos mentales más serios, tales como personalidad maniaco-depresiva.

Entre el 10 y 20 % puede desarrollar un trastorno de personalidad antisocial en la edad adulta; la mayor parte de éstos, también tienen problemas con el abuso de sustancias legales (p. e., alcohol y tabaco) y sustancias ilegales (p. e, marihuana, cocaína y el uso ilegal de drogas recetadas) (Romeu, 2004).

Marselach (1998) describe las cifras halladas en dos estudios realizados después de varios años de seguimiento en adultos que en su niñez fueron diagnosticados con TDAH (Travella, 2004).

-50 a 70% sigue reuniendo criterios de TDAH.

-80% presentan síntomas de tipo neurótico; quejas somáticas, miedos, depresión, ansiedad, inseguridad, con alto porcentaje de comorbilidad.

-75% tienen problemas de tipo interpersonal.

-40% tienen problemas para mantener su trabajo.

-25% tienen conductas antisociales frecuentes.

-30% no terminó la enseñanza secundaria.

-10% intentaron suicidarse en un lapso de un año-

-5% terminó estudios universitarios.

Sin embargo, presentar TDAH de tipo Residual, no quiere decir que sea seguro que la persona tendrá consecuencias en su vida. Algunas personas pueden adaptarse positivamente a su medio. Pueden escoger su actividad y organizar su tiempo de la manera que más le convenga; pueden ser personas muy respetadas en su profesión debido a su energía y dedicación, la capacidad de observación, un nivel de agresión bien canalizada y su creatividad, que les permiten llevar una vida funcional.

Como conclusión, el TDAH de tipo Residual es un trastorno con el que se puede vivir, pero la vida de las personas se puede ver afectada si no se atiende.

Ya que estos adultos la mayoría de veces no tienen conocimiento de este padecimiento, pocas veces son identificados y diagnosticados, pero al ir tropezando pueden presentar dificultades de adaptación como un bajo nivel académico y deserción que van a repercutir en una baja autoestima, puestos profesionales o trabajos por debajo de su capacidad, dificultad de mantenerse en el empleo, abuso de sustancias, problemas sociales como problemas de conducta, conducta opositora-desafiante; fracaso en las relaciones afectivas y amistosas, repercusiones emocionales como adicción a drogas y alcohol, insatisfacción consigo y aislamiento, entre otras.

Algunas de las razones por las que el adulto se entera de su problema, es cuando llega con el médico por depresión, ansiedad o angustia y no sabe que padece el TDAH o cuando se realiza el diagnóstico de sus hijos y descubre que tenía las mismas manifestaciones cuando era pequeño.

CAPÍTULO 7

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

7.1 CONCLUSIONES

En esta sección se presentan algunas conclusiones derivadas del trabajo realizado, así como algunas sugerencias para futuros estudios sobre esta problemática.

* El TDAH se considera un problema del desarrollo que tiene necesidad de educación especial pero ha tenido poca atención debido al desconocimiento de este padecimiento en nuestro país.

* Debido a que la definición de este trastorno no es clara, se ha encontrado confusión, tal vez por los diferentes criterios que se han utilizado.

* Actualmente se utiliza la clasificación del DSM IV (1994) en la que se describen las principales manifestaciones de este trastorno como son déficit en la atención, impulsividad e hiperactividad. Por esto es la más utilizada en nuestro país.

* Los estudios de seguimiento de las personas con diagnóstico de TDAH, (Hart, Lahey, Loeber, Applegate, y Frick, 1994) manifiestan que el trastorno continúa a lo largo de los años, y quizá, durante toda la vida, generando incomprensión por parte del entorno en que se desenvuelve.

* En lo que se refiere a la prevalencia, no es confiable pues varía de un lugar a otro y del concepto que se da al TDAH. Se ha reconocido el Trastorno en niños, por ejemplo, Ruíz (2004) señala que la frecuencia de TDAH en México, es entre un 4 y 10%. Y de esta población, aproximadamente el 60 a 70% presentará síntomas residuales al llegar a la adultez (Wender, 1995; Barkley, 1998)) pero no se conoce con exactitud la prevalencia del TDAH en adultos, por lo que siguen sin ser identificados.

* Respecto a las causas, no se han encontrado las alteraciones anatómicas o fisiológicas que originen los síntomas del TDAH, es más probable que sea una combinación entre estas bases las que generan una inmadurez del desarrollo cognitivo y social.

* Entre las causas de base biológica se sugiere que la herencia genética es la que más interviene (Barkley, Robin y Grenberg, 1998), seguidos por los problemas durante el embarazo (Velasco, 2000), una lesión cerebral (Taylor, 1991 y Barkley, 1994), deficiencia de los neurotransmisores como la dopamina y norepinefrina (Cosgrove, 1997); los factores psicológicos (Taylor, 1991) y por último, los factores ambientales, los cuales no cuentan con pruebas suficientes (Gargalo, 1991).

* Las alteraciones en el desarrollo no son seguras, ya que las consecuencias a largo plazo del TDAH en los niños son inciertas debido a que no existen suficientes pruebas que lo confirmen, pero hay mayor probabilidad de que cuando el problema se detecta en los primeros años escolares y el niño recibe las intervenciones terapéuticas adecuadas, tendrá menos dificultades y un mejor pronóstico llegando a ser adultos adaptados a su entorno. En cambio, el pronóstico será desfavorable cuando el TDAH no se haya detectado y tratado a tiempo o se presente combinado con otros padecimientos.

* Algunos factores que van a intervenir para un pronóstico positivo o negativo en el niño que presenta TDAH, pueden ser; su nivel socioeconómico, coeficiente intelectual, agresividad, hiperactividad, habilidades sociales, diagnóstico temprano así como el estado psicológico de los padres.

* En relación a las manifestaciones del TDAH, los problemas de atención y concentración pueden persistir a lo largo de la vida, repercutiendo en el área laboral y social; solo algunos casos de impulsividad (comportamientos faltos de premeditación) e hiperactividad (inquietud) permanecerán en la edad adulta, otros parecen solucionarse por sí mismos en la adolescencia, pero no se puede asegurar debido a que las consecuencias a largo plazo son inciertas. Barkley, (1990), Biederman, (2000) y De la Garza, (2005).

*Sobre el diagnóstico, es importante que el psicólogo como parte del equipo multidisciplinario, al llevar a cabo el proceso diagnóstico, tome en cuenta la entrevista, la historia del desarrollo y el desempeño en las diferentes áreas (cognitiva, emocional y social), la observación, así como el punto de vista clínico. Todos estos factores le ayudarán a conocer mejor al niño y adulto con TDAH.

* Aunque es importante la aplicación de pruebas psicológicas, ninguna por sí misma es concluyente en el diagnóstico del TDAH de tipo Residual. Más bien van intentar evaluar el nivel de atención, impulsividad e hiperactividad, así como determinar las deficiencias cognoscitivas o de aprendizaje.

* La mayoría de las pruebas no están normalizadas para la población mexicana. Hay desconocimiento de su manejo, evaluación, así como de los recursos materiales de estos instrumentos de medición, pues como se pudo observar, los criterios diagnósticos de que se dispone en la actualidad se desarrollaron primeramente para trabajar con niños. Además, no hay investigación realizada en nuestro país con adultos con TDAH.

*La mayoría de los adultos son diagnosticados y tratados de sus manifestaciones asociadas y no del TDAH de Tipo Residual. Por esta razón, el equipo multidisciplinario debe realizar uno o más diagnósticos diferenciales y buscar si existen o no padecimientos asociados para darles un tratamiento específico.

*Por su parte, el papel del psicólogo será identificar las alteraciones cognoscitivas, emocionales, sociales así como los problemas en la autoregulación de estos adultos, para diseñar las estrategias de intervención a largo plazo, según los problemas y las circunstancias en cada caso. Para esto, deberá procurar brindar aceptación afectuosa, comprensión empática y sincera hacia el sujeto. También aplicará evaluaciones constantes, con el fin de reducir las repercusiones que implica este mal.

* Sobre las formas de intervención, el tratamiento multimodal va ayudar a que se de un mejor funcionamiento en niños y adultos con TDAH. Hallowell y Ratey (1994), Wender (1994), Cantwel (1996) (Cit. en Benassini, 2002) y Gratch, 2000.

* Se ha encontrado que los adultos con TDAH responden a los mismos medicamentos que les recetan a los niños. Esto se debe a que gran parte de la investigación, se ha realizado con población infantil.

*La administración de medicamentos estimulantes como las anfetaminas y el metilfenidato (Spencer, Biederman y Wilens, 1995 y 1999); son los fármacos que más se prescriben por ser seguros a corto plazo, para reducir las manifestaciones del TDAH como son: atención sostenida, concentración, la hiperactividad, impulsividad, la agresividad y puede tener un efecto positivo en el estado de ánimo entre otras, aunque no resuelven las deficiencias cognitivas (Moreno, 1995). Estos son seguidos por los medicamentos antidepresivos Tricíclicos (Spencer, Biederman y Wilens, 1996 y 1997). Claro esta que este tratamiento se debe complementar con intervención psicológica.

* Dentro de las estrategias de intervención psicológica, es importante la información que se les brinda al adulto y a sus familiares acerca de este Trastorno, porque va a ayudarlos a adaptarse a su vida y convivir de una manera más sana.

* Las Técnicas cognocitivo-conductuales que se diseñaron originalmente para tratar déficit cognitivos en niños con TDAH pueden ser útiles también en el tratamiento del TDAH de tipo Residual. Entre ellas, se encuentran el entrenamiento en Autoinstrucciones, Resolución de Problemas y Autoevaluación. Las limitaciones encontradas en este método, es que no han sido del todo confiables ya que al igual que los fármacos, funcionan a corto plazo; no es seguro que la estrategia aprendida se generalice y emplee para resolver problemas de la vida real; no ha habido suficientes estudios de seguimiento y los pocos estudios acerca de sujetos tratados con fármacos y terapia cognitivo- conductual, han presentado dificultades metodológicas y la información obtenida es variable: además, no modifican los comportamientos antisociales.

Por esta razón, se sugiere complementar con programas de entrenamiento en solución de problemas interpersonales .

*La Psicoterapia especializada, ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la sintomatología secundaria de adultos con TDAH, brindando beneficios en las relaciones interpersonales y sociales. Esta abarca a la Psicoterapia Comportamental, Interpersonal y Sistemática Relacional que originalmente fue diseñada para ayudar a padres de niños con déficit atencionales y de conducta. Pero para llevar a cabo estas técnicas, se requiere el entrenamiento del adulto así como de su familia para que tengan conocimiento del problema y lo apoyen.

*Puede haber otras opciones, como la Orientación Laboral/Vocacional que ayuda a obtener logros personales y sociales; también los Grupos de Apoyo como terapia del TDAH de tipo Residual han demostrado ser seguros, económicos y con éxito; por último, la Retroalimentación aunque en algunos casos se ha encontrado que puede ser beneficiosa no se puede asegurar su eficacia debido a que no ha contado con suficientes estudios controlados. Sin embargo, la realidad es que mucha de la población adulta no tiene acceso a este tipo de intervenciones terapéuticas ya que no se ha dado la debida difusión acerca de este padecimiento.

* El TDAH de tipo Residual es un trastorno con el que se puede vivir, pero la calidad de vida de las personas se puede ver afectada si no se atiende. Así, la mayoría de adultos con TDAH, no tienen conocimiento de este padecimiento, por lo que pocas veces son identificados y diagnosticados. Como consecuencia, pueden presentar dificultades de adaptación como insatisfacción, problemas sociales y emocionales que les puede repercutir en aislamiento y una pobre autoestima; deserción laboral y fracasos académicos, entre otras.

* No todo es negativo, muchos de estos adultos pueden triunfar en la vida. La existencia de hiperactividad con un alto coeficiente intelectual podría ser una combinación positiva para tener éxito y ser productivo.

Por lo tanto, es recomendable trabajar sus puntos fuertes para de esta manera, motivar en ellos el deseo de lograr sus objetivos y metas.

*Entre más temprano se empiece este proceso de intervención, desde las primeras manifestaciones que presente el niño será mejor su resuperación. Por esto, el papel del equipo multidisciplinario, va a ser evaluar al alumno con TDAH para determinar la canalización a un servicio de Educación Especial donde se le proporcione apoyo psicopedagógico de acuerdo a sus necesidades educativas especiales.

* En relación a los docentes, se ha observado que cuando se envían las sugerencias de intervención del TDAH en el salón, los maestros no las leen, y por lo tanto no lo llevan a cabo con el niño; tal vez por falta de tiempo para cubrir sus programas, desinterés o desconocimiento al respecto ya que se sabe que el TDAH es visto como una discapacidad invisible. Es importante informar y preparar al docente para trabajar con menores con necesidades educativas especiales en donde se le trate al alumno como un individuo único y en condiciones lo más normalmente posible pero sin olvidar que deberán llevar a cabo una serie de sugerencias en el salón de clase para que el niño pueda mejorar su rendimiento escolar.

*En relación a los padres, estos al verse obligados por la escuela y no por conciencia propia del problema, llevan al niño a los servicios psicopedagógicos y clínicos pero por falta de recursos no le dan continuidad al tratamiento. Es importante que los padres entiendan que juegan un papel importante en el presente y futuro del niño con este trastorno.

* En el adulto con TDAH de tipo Residual las conductas inadecuadas se producen por la interrelación entre el adulto y su entorno por lo que modificar este, puede proporcionar una adecuada adaptación. Los trabajos y escuelas desean el mejor rendimiento de estas personas y al no cumplir con los niveles de eficiencia algunas veces son etiquetados, rechazados o despedidos repercutiendo en su autoestima.

Por esta razón, se debe involucrar a su entorno para que ellos tengan conocimiento de este padecimiento y puedan entenderlo y apoyarlo.

*Es importante que a estas personas se les oriente y estimule a seleccionar la mejor opción de escuela, carrera o trabajo, de acuerdo a sus aptitudes y necesidades, para que de esta manera, puedan triunfar en lo que les gusta.

* La existencia de problemas familiares en el adulto puede generar problemas en su conducta debido a que los familiares no comprenden que padece TDAH de tipo Residual creando expectativas irreales (altas o bajas) que al no cumplirse pueden provocar agresión y rechazo entre las personas que conviven con él. Es importante una reeducación de todos los miembros de la familia, pues todos deben contar con una mejor salud psicológica para enfrentar este padecimiento.

*En lo que se refiere a la integración educativa, fue creada para brindar al sistema educativo, recursos humanos y materiales para que este pueda responder satisfactoriamente a las necesidades particulares de los alumnos. Es por esto que en México, se han creado la Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) y el Centro de Atención Múltiple (CAM) para ayudar en el tratamiento psicopedagógico de éstos niños.

* La realidad es que no todas las escuelas federales cuentan con dichas Instituciones para cubrir las necesidades de educación especial de esta población, pues se encuentran mal distribuidos debido a la dispersión geográfica y muchos padres desconocen este servicio. Además sería ideal que los alumnos de las escuelas incorporadas a la SEP (Sector privado) también puedan tener acceso a los servicios de Integración educativa ya que también, existen clínicas de diagnóstico y tratamiento privadas pero son escasas y la mayoría de la población infantil y adulta no tiene acceso a éstas. Por otro lado, el DIF que cuenta con centros de educación especial, no cuentan con los recursos necesarios, ni con la actualización y capacitación en TDAH por lo que, la ayuda que puede otorgar esta lejos de la realidad.

*En cuanto a la legislación, no existen leyes vigentes que aborden directamente el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y algunas de estas cuentan con contradicciones e incongruencias. Dado que el TDAH es considerado un problema de conducta puede ser encasillarse en otras categorías como problemas de aprendizaje debido a que no se cuenta con profesionales especializados, por lo tanto las intervenciones no atenderán muchas veces el núcleo del problema.

7. 2 SUGERENCIAS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES.

Como se expuso anteriormente, el TDAH de tipo Residual es todavía desconocido para muchas personas por lo que es importante:

- a) Desarrollar investigación epidemiológica para tener datos más precisos acerca del porcentaje de población con TDAH de tipo Residual en nuestro país.

- b) Desarrollar e impulsar mayor difusión acerca de este Trastorno en la comunidad (escuelas, dependencias del gobierno, clínicas, así como en los trabajos) para ampliar el conocimiento de este problema que se presenta con frecuencia y que es poco comprendido por los familiares, compañeros, amigos y docentes.

- c) Brindar formación al psicólogo en el diagnóstico del TDAH y normalizar pruebas para la población mexicana.

ANEXOS

CUESTIONARIO ADULTOS (TDAH) RESIDUAL Russel A. Barkley (1991).

Nombre _____ Fecha _____
Fecha de Nac. _____ Entrevistador _____
Edad _____ Historia N° _____

- 1.- ¿Qué lo indujo a pedir una consulta de evaluación de TDAH en este momento?
- 2.- ¿Qué sabe acerca de este trastorno?
- 3.- ¿Qué sabe acerca del tratamiento?
- 4.- Conoce alguna persona diagnosticada con TDAH?
- 5.- Si es afirmativo, ¿Como fueron tratados por esta afección?
- 6.- ¿Cuáles son sus mayores preocupaciones respecto de su comportamiento actual?
- 7.- ¿Cuándo diría que estos problemas comenzaron?
- 8.- Ahora voy a preguntarle acerca de algunos síntomas y me gustaría que me contara a quien le causaban mayores problemas, si a usted o al grupo de gente con el que se relacionaba.
- 9.- ¿Recibió alguna vez tratamiento por estos problemas?
- 10.- Si es afirmativo, ¿Cuándo y dónde lo recibió?
- 11.- ¿Cuál fue el tratamiento recomendado y cómo fue su desarrollo?
- 12.- ¿Cuál ha sido el nivel de estudios más alto que completó?
- 13.- ¿Alguna vez repitió un grado?
- 14.- ¿Estuvo alguna vez en algún tipo de clase especial durante el colegio?
- 15.- ¿Como podría calificar su rendimiento en el colegio?
- 16.- ¿Cuál era la materia en la que mejor iba?
- 17.- ¿Cuál fue su peor materia en el colegio?
- 18.- ¿Fue alguna vez expulsado o suspendido del colegio?
- 19.- ¿Alguna vez participó en peleas físicas en el colegio? Especifique.
- 20.- ¿Alguna vez se escapó de su casa durante la noche? Especifique.
- 21.- ¿Alguna vez estuvo en problemas por robar o dañar alguna propiedad ajena?

- 22.- ¿Lo arrestaron alguna vez o tuvo problemas con la ley?
- 23.- ¿Tuvo o tiene actualmente problemas con su temperamento?
- 24.- ¿Alguna vez perdió el control lo suficiente como para lastimar a alguien o dañar alguna propiedad?
- 25.- ¿Otras personas se quejan de su carácter?
- 26.- ¿Como describiría su humor la mayor parte del tiempo?
- 27.- ¿Tiene algún problema con el sueño?
- 28.- ¿Ha usado o usa actualmente drogas en forma recreativa?
- 29.- ¿Ha consultado alguna vez a un psicólogo o a un psiquiatra?
- 30.- Tuvo problemas de ansiedad?
- 31.- ¿Tuvo problemas de depresión?
- 32.- ¿Tuvo convulsiones?
- 33.- ¿Alguna vez se lastimó o se golpeó la cabeza?
- 34.- ¿Alguna vez perdió el conocimiento?
- 35.- ¿Tuvo o tiene actualmente tics vocales o realiza ruidos inusuales (trastorno de Gilles de la Tourette)?
- 36.- ¿Hay alguien en su familia que tenga o haya tenido problemas vinculados a la ansiedad o depresión?
- 37.- ¿Hay alguien en su familia que haya hecho o haga abuso del alcohol o drogas?
- 38.- ¿Hay alguien en su familia que haya tenido una enfermedad psiquiátrica?
- 39.- ¿Hay alguien en su familia que haya estado en problemas con la ley?
- 40.- Hay alguien en su familia que haya presentado convulsiones u otro problema neurológico?
- 41.- ¿Existe alguien en su familia que haya tenido el síndrome de Gilles de la Torette o tics bucales?
- 42.- ¿Hay alguien en su familia que haya tenido problemas de atención?
- 43.- ¿Hay alguien en su familia que haya tenido problemas de aprendizaje?
- 44.- ¿Cuál es su estado civil actual?
- 45.- ¿Está actualmente en relación de pareja?
- 46.- ¿Tiene problemas en las relaciones con otras personas?
- 47.- ¿Cuántas relaciones íntimas tuvo que hayan durado más de tres meses?

- 48.- ¿Es usted zurdo o ambidiestro?
- 49.- ¿Tiene usted un historial familiar de drogas o alcoholismo, depresión o enfermedad maniaco-depresiva?
- 50.- ¿Es usted una persona temperamental?
- 51.- ¿En el colegio tenía usted fama de rendir por debajo de su capacidad? ¿Y en la actualidad?
- 52.- ¿Tiene usted problemas para empezar las tareas?
- 53.- ¿Suele usted golpetear con los dedos, dar golpes con los pies o se inquieta o impacienta?
- 54.- Cuando lee, ¿Le suele suceder que tiene que releer un párrafo o toda una página porque estaba en las nubes?
- 55.- ¿Se desconecta o se muestra ausente con frecuencia?
- 56.- ¿Le cuesta trabajo relajarse?
- 57.- ¿Es usted excesivamente impaciente?
- 58.- ¿Tiene usted la impresión de que emprende muchos proyectos de forma simultánea.
- 59.- ¿Es usted impulsivo?
- 60.- ¿Se distrae usted con facilidad?
- 61.- ¿Aun cuando usted se distrae con facilidad ¿En ocasiones tiene la sensación de que su poder de concentración es como el de un rayo láser?
- 62.- ¿Aplaza usted las tareas de forma crónica?
- 63.- ¿A menudo se entusiasma con proyectos que luego no lleva a cabo?
- 64.- ¿Tiene usted la sensación de que le cuesta más hacerse entender que al resto de las personas?
65. ¿Es su memoria tan poca que al ir de una habitación a otra ya se ha olvidado de cuál era su propósito?
- 66.- ¿Fuma?
- 67.- ¿Bebe en exceso?
- 68.- Si en alguna ocasión ha probado la cocaína, ¿Ha tenido la sensación de que le ayudaba a centrarse y que le calmaba?
- 69.- ¿Se siente usted conducido, como si una máquina en su interior le impidiera aminorar la marcha?

- 70.- De niño ¿Le decían que era usted, soñador, perezoso, impulsivo, perturbador o simplemente malo?
- 71.- En sus relaciones íntimas, ¿Su incapacidad para extenderse en las conversaciones es un impedimento?
- 72.- ¿Está usted siempre activo, incluso cuando no quiere estarlo?
- 73 ¿Es usted incapaz de leer en primer lugar las instrucciones?
- 74.- ¿Tiene usted un temperamento explosivo?
- 75.- ¿Se tiene usted que contener constantemente para no decir algo incorrecto?
- 76.- ¿Tiene la sensación de que explotará interiormente cuando a alguien le cuesta entender algo de lo que usted dice?
- 77.- ¿Era usted un niño hiperactivo?
- 78.- ¿Le atraen las situaciones muy intensas?
- 79.- ¿A menudo hace las cosas más difíciles en vez de tratar de hacerlas sencillas?
- 80.- ¿Es usted especialmente intuitivo?
- 81.- ¿A menudo se ve envuelto en situaciones que no ha planeado en absoluto?
- 82.- ¿De forma permanente decide que tiene que organizar mejor su vida al darse cuenta de que está siempre al borde del caos?
- 83.- ¿Considera que tiene una personalidad proclive a caer en adicciones?
- 84.- ¿Creció en un ambiente caótico, sin que la familia pusiera unas restricciones?
- 85.- ¿A menudo contra-resta su estado de ánimo depresivo con algún tipo de comportamiento compulsivo que sea potencialmente negativo, como el sobreesfuerzo en el trabajo, el abuso del alcohol o comer impulsivamente?
- 86.- ¿Padece usted dislexia?
- 87.- ¿Tiene usted un historial familiar de ADHD o de hiperactividad?
- 88.- ¿Con frecuencia incumple las normas o determinadas reglas, en lugar de sobrellevar la frustración de obedecerlas?
- 89.- ¿Se siente acosado por preocupaciones irracionales?
- 90.- ¿Con frecuencia se equivoca cuando escribe números y letras?
- 91.- ¿Tiene la impresión de que la rutina es algo ajeno a su vida, y que tiene para usted un efecto balsámico?
- 92.- ¿Lucha por mantener la autoestima?

- 93.- ¿Tiene usted problemas de coordinación visual- manual?
- 94.- De niño ¿Era usted un poco torpe practicando deportes?
- 95.- ¿Ha cambiado de trabajo en múltiples ocasiones?
- 96.- ¿Es casi imposible para usted leer o escribir memorandos?
- 97.- ¿Le resulta prácticamente imposible llevar al día una agenda de direcciones, números de teléfono?
- 98.- ¿Tiene la impresión de que no hace uso adecuado del tiempo?
- 99.- ¿Prestar atención es para usted un problema crónico?
- 100.- ¿Trabaja mejor en espacios de tiempos cortos?
- 101.- ¿Se suele poner nervioso cuando ha de hacer algo nuevo?
- 102.- ¿Tiene la sensación que, de acuerdo con su potencial, podía haber llegado más lejos?
- 103.- ¿Es usted inquieto?
- 104.- ¿Le cuesta determinar con exactitud el impacto que causa en los demás?
- 105.- ¿Tiende a afrontar los problemas de forma intuitiva?
- 106.- ¿Es usted más inteligente de lo que es capaz de demostrar?
- 107.-¿Es usted inseguro?
- 108.- ¿A menudo se olvida de lo que iba a decir justo antes de decirlo?
- 109.- ¿Ha tenido problemas para prestar la suficiente atención mientras ha leído todo este cuestionario?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arbieto, K. http://www.psicopedagogia.com/deficit_de_atencion. 02/06/2005
- Armstrong, T. (2001) Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad ADD/ADHD..México: Paidós
- Bautista, R. (1993). Necesidades educativas especiales. Madrid: Aljibe.
- Barkley, R. (1990) Attention Deficit Hiperactivity Disorder. New York: Guildford Press.
- Benavides, G. (2004) El niño con déficit de atención e hiperactividad. Guía para padres. México: Trillas.
- Benassini, O. (2002) Trastornos de la atención, México: Trillas.
- Biaggi, H. (1996) Alcmeon 18 Trastorno por déficit de atención. Un resumen actualizado. <http://www.drwebsa.com.ar/aap/alcmeon/18/a18-05.htm> 15/08/2004
- Brown, T. Trastorno por deficit de atención y comorbilidades en niños, adolescents y adultos . http://www.deficitdeatencionperu.org/tdah_adultos.htm. 22/03/2004
- Carvajal L. / Arteaga, M, (Dic, 2004), Trastorno por déficit de atención con hiperactividad,
- Cirilo, L. , Soto, R. (2007) Propuesta de un manual dirigido a padres de infantes entre 6 y 8 años de edad con Trastorno de déficit de atención con hiperactividad. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Cowdry, R. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad..http://www.asatlas.org/salud/tda_h.pdf#search=tratamiento%20deficit%20de%20atencion%20adultos.02/ 08/99.

Cruz Ma. P. (2001) El niño con trastorno de déficit de atención con hiperactividad. Propuesta de manual para padres y maestros. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

De la Garza, F. (2005) Hiperactividad y déficit de atención en niños y adultos. México:Trillas.

Duda, B. <http://www.deficitatencionperu.org/coaching.htm> 19/02/2005

Elías, Y. (2005) Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. México: Trillas.

Filomeno,A.

http://misc.nedscape.com/pi/editorial/clinupdates/2003/2499/adler_adhdscreen.pdf 2003

<http://www.deficitdeatencionperu.org/adultos.htm> 22/03/2004

Fisher, B. (1998) Attention Déficit Disorder Misdiagnosis. (1998).

Galindo, E. (1990) Modificación de la conducta en la educación especial. México. Trillas.

García E. M., TDA en adultos, Grupo Albar-Cohs<http://www.tda-h.com> 22/11/2002

García R. Asociación de ayuda al déficit de atención con más o menos hiperactividad. <http://pero.wanadoo.es/rodriclem.garcia> 1997

Gratch, L. (2001) El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD).Argentina: Médica panamericana.

Grenberg , G. (1991) Attention déficit hiperactivity disorder, Wade. F. Horn

Hallowell, E. / Ratey, J. (2001) TDA: Controlando la hiperactividad. España: Paidós.

Hallowell, E. / Ratey, J. Asociación Mexicana por el déficit de atención, hiperactividad y trastornos asociados, 50 tips en el manejo del trastorno por déficit de atención en adultos.
<http://www.deficitdeatencion.org/50tips.htm> 12/10/2004

Higuera, F. Grupo de expertos nacionales para el estudio del trastorno por déficit de atención e hiperactividad <http://www.tdah.org.mx> 24-28 /04 /2006

Hot Fundación Cultural

<http://www.proyectodah.org> Déficit de Atención e Hiperactividad Sersame 2000-2006

Joselevich, E. Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad AD/HD en niños, adolescentes y adultos. Buenos Aires-Barcelona-México:Paidós.

Kinsbourne, M./ Kaplan, P. (1990) Problemas de atención y aprendizaje en los niños. México: Ediciones científicas. La prensa médica mexicana.

Kirby, E. (1992) Trastorno por déficit de atención. Estudio y tratamiento. México: Limusa Noriega.

Lopera, F/ Palacio, L./ Jiménez, I./ Villegas, P./ Puerta, I./ Pineda, D. /Jiménez, M. y Arcos-Burgos, M. (1998) Discriminación de factores genéticos en déficit de atención (DDA).
www.Geocities.com/heartland/village18635/espectro/artigos/discrri.html. 2/11/2000

Médica de Terragona. Déficit de atención en adultos, (despiste).

[http://www.medicadeterragona.es/aula/escalas/deficit de atencion en adultos.htm](http://www.medicadeterragona.es/aula/escalas/deficit%20de%20atencion%20en%20adultos.htm)
18/01/2004

Mendoza, Ma. T. (2003) ¿Qué es el trastorno por déficit de atención? México: Trillas.

Miranda, A. / Amado, L. y Jarque, S. (2001) Trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Málaga: Ediciones Aljibe.

Moreno, I. (1997) Hiperactividad. Madrid: Ediciones Pirámide.

Moyano, J. Ma. W. Faltan datos 2004

Orjales, I. (1998) Déficit de atención con hiperactividad. Madrid: Ciencias de la educación preescolar y especial.

Poza, Ma. P. Hospital Psiquiátrico infantil. De origen genético 8 de cada 10 casos de TDAH. Periódico Publímetro. 24/10/2006 pág. 09

Revista Publicaciones Despertad, Porqué son tan difíciles algunos niños 22/11/1994 y Cuando el niño padece un trastorno de aprendizaje 22/02/1997.

Ramírez, C. (1999) Conductas agresivas en la edad escolar. Aproximación teórica y metodológica, propuestas de intervención. Madrid: Colección Pirámide.

Revista de las adicciones. Trastorno hiperactivo del déficit de atención.
<http://www-revista.adicciones.com.mx/articulos/p5.htm> 1994

Robin, A. Research Update on ADHD.
<http://www.add.org/content/research/update.htm> 16/ 03/2004

Roel, A. Instituto de Bienestar Integral, Neuroterapia de neuro-retroalimentación en pacientes con TDAH. <http://www.bienestarintegral.com/neuro-terapia/htm> 26/11/2004

Romeo, J. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
<http://www.drromeu.net/hiperact.htm> 26/02/2004

Ruiz, M. Gutiérrez, J. Garza, S. y De la Peña, F. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad en los adultos. http://www.academiamexicana.depediatria.com./mx/publicaciones/academicas_opinan/pdf/deficit_de_atencion._hiperactividad.pdf. Vol.62 03/04/2005

Salas, C. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad,
<http://www.help4adad.org/diagnostico.cfm> 22/10/2004

Salas, C. Hoja de datos de CHADD # 7 <http://www.chadd.org/fs/sfs7.htm> 13/07/2000.

Salas, C. Hoja de datos de CHADD #5 TDAH y trastornos coexistentes.
<http://www.chadd.org/fs/sfs5.htm> 09/04/2005

Sánchez, P. Cantón, N. y Sevilla, D. (1997). Compendio de educación especial. México: Manual Moderno.

Serrano, C. Diario médico, Nuevo tratamiento para el déficit de atención en los adultos.
<http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458/78549,00.html> 18/01/04

Shea, T. y Bauer A.M. (2000) Educación Especial. Un enfoque ecológico. México: Mc Graw-Hill.

Soutullo, C. (2004) Convivir con niños y adolescentes con trastorno por Déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Buenos Aires; Madrid. Medica Panamericana.

Taylor, E. (1991) El niño hiperactivo. Barcelona: Martínez Roca.

Travella, J. ADHD. Fundación para la investigación del déficit atencional e hiperquinesia. Síndrome de atención dispersa, hiperactividad e impulsividad en pacientes adultos (ADHD).

<http://www.adhd.com.ar/publicaciones4.htm> 26/ 02/2004

Uriarte, V. (1998) Hiperquinesia. México: Trillas.

Van-Wielink G. (2004) Déficit de atención con hiperactividad. México. Trillas.

Velasco, R. (2000) El niño hiperquinético. México. Trillas.

Villarino, L. Ma. (1998) Nivel de madurez mental y situación emocional en un grupo de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. (TDAH). Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. U.N.A.M.