



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

IZTACALA

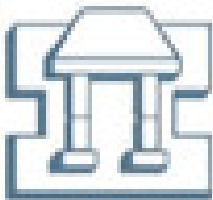
***SOBRE EL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN:
UN ANÁLISIS CRÍTICO***

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ILIANA BERENICE GONZÁLEZ HUERTA

No. DE CUENTA: 99139229





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

Esta es la conclusión necesaria para empezar de nuevo, para apenas iniciar en el camino de la de-formación, del movimiento, de la nueva creación.

A MI PADRE

Por enseñarme la fuerza, tolerancia, perseverancia y coraje con los que se debe vivir la vida.

A MI MADRE

Por envolverme con sus cuidados y lograr así que yo pueda desenvolverme sola en el mundo.

A MIS PADRES

Porque juntos se han complementado bien que mal para darnos a mis hermanas y a mí un lugar para resguardarnos, una familia, con todo lo que esto conlleva.

A MIS HERMANAS

Karla y Mari, porque sin palabras nos hemos dicho todo lo que nos queremos.
Por ser muchas veces aliadas, otras no tanto, pero siempre hermanas,
compañeras para toda la vida.

A HÉCTOR SEBASTIÁN

Por ser mi mejor compañero en este camino lleno de revoluciones, de batallas,
de estrellas y de sueños. Porque nuestra locura nos ha permitido seguir
andando de la mano.

A MIS AMIGOS

Porque no necesitamos estar cerca para saber que estamos juntos, por ser
incondicionales: Nora, Gabriel, Nilton, Gela, Daniel Gamboa, Lidia, ...

A MI PROFESOR

Por tenerme toda la paciencia del mundo; por enseñarme más cosas fuera del
aula y por orientarme para hacer lo que yo quiero.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAP. 1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	4
1.1 CONCEPTO (DESDE SIGLO XX HASTA LA ACTUALIDAD)	
CAP. 2 TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN (<i>Definiciones</i>)	13
2.1 ETIOLOGÍA	17
2.2 SÍNTOMAS	32
2.3 DESARROLLO	41
2.4 COMORBILIDADES	54
CAP. 3 DIAGNÓSTICO	63
CAP. 4 TRATAMIENTO	76
CONCLUSIONES	90
ANEXOS	102
BIBLIOGRAFIA	103

INTRODUCCIÓN

La génesis de este proyecto fue mi experiencia laboral. Al iniciar mi trabajo como psicólogo en una escuela primaria, me encontré con que 3 de los 4 niños que empecé a tratar habían sido diagnosticados previamente con Trastorno de Déficit de Atención.

De ahí, me pareció sumamente importante investigar más sobre el tema, pues este trastorno parecía extenderse en la mayoría de los niños de la escuela como si fuera una epidemia.

En la etapa de investigación, encontré una variedad enorme de información sobre este tema. Sin embargo, al revisar bibliografía, encontré que existen toda una serie de incongruencias y contradicciones acerca del TDA. Desde el origen y causa, hasta la forma más “adecuada” de tratamiento, según los expertos en el tema.

Al respecto, se asegura que los trastornos por déficit de atención son condiciones clínicas controvertidas y desde su aparición hasta la actualidad este concepto ha cambiado de forma drástica. Si al realizar un diagnóstico se utilizara el término *daño, disfunción o lesión cerebral mínima* lejos de contribuir a la mejora de una persona, se le asignan toda una serie de imposibilidades y complicaciones para su relación con la sociedad.

Aún, es sumamente heterogénea la historia de este trastorno, pues muchos autores aseguran que este padecimiento ha nacido en la actualidad y muchos otros afirman que no es algo nuevo ni ha sido descubierto recientemente.

En cuanto al origen o etiología del TDA, la información que se considera es diversa. Por un lado, algunos autores aseguran que es una condición que tiene

una base biológica (de ahí que como parte del diagnóstico sea obligatorio un electroencefalograma), otros, que es hereditario, o que es un síntoma secundario de algún golpe en la cabeza, por problemas durante el nacimiento, desnutrición, etcétera. ¿De qué forma se puede establecer un tratamiento si la etiología del síntoma aún no está claramente determinada?. En este caso, las causas que originan el TDA varían, dependiendo el autor o la persona (ya sea médico, psicólogo, etcétera) que lo estudie.

Inicialmente se afirmaba que el TDA era un trastorno singular de la infancia, y que una vez entrando a la adolescencia, éste desaparecía mágicamente. Ahora no, ya que este trastorno “amenaza con perseguir como un fantasma” a cada niño diagnosticado con TDA durante el resto de su vida.

En muchos casos un tratamiento multidisciplinario es muy conveniente, pero hasta que punto, en este caso en particular, la psicología o más bien los psicólogos se han dejado invadir por la pastilla que es la única salida de la medicina. Al respecto, los autores aún no determinan de forma esclarecida qué disciplina es la encargada del tratamiento para el “TDA”.

Como consecuencia, hay una gran controversia en el uso de fármacos y estimulantes a tan temprana edad (cinco años aproximadamente).

En general, este tema se vislumbra muy importante para la investigación psicológica, pues dentro de la práctica clínica (que en su mejor forma resultaría en un bien o mejor-estar del sujeto y a su vez de la sociedad) no se puede actuar frente a las demandas que se nos presentan sin bases claras para tratar el problema.

Es por ello de gran interés para mi práctica, aclarar las discrepancias evidentes sobre la *existencia del TDA*. Los diferentes autores revisados para este trabajo, proporcionan una gran diversidad de información, que resulta considerablemente confusa.

El objetivo del presente trabajo es analizar críticamente el constructo: *Trastorno de Déficit de Atención*.

En el primer capítulo, se revisan los antecedentes históricos del concepto Trastorno de Déficit de Atención desde inicios del siglo XX, hasta la actualidad. El segundo capítulo describe el argumento de los distintos autores con respecto a la definición de este trastorno, su posible etiología; los variados síntomas que se presentan al padecerlo; su desarrollo durante todas las etapas de la vida, desde la etapa postnatal hasta la adultez; así como las comorbilidades que se pudieran presentar junto con el TDA.

El capítulo tres presenta las numerosas disciplinas que presumen tener parte en el diagnóstico y la forma en que lo realizan.

Por último, el capítulo cuatro trata sobre las diversas formas de tratamiento para el TDA, sus desventajas y posibles beneficios.

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Los trastornos por déficit de atención son condiciones clínicas controvertidas, para cuya explicación se han propuesto hipótesis variadas en cuanto a su enfoque. Quizá por esta razón, a lo largo del tiempo se han empleado diferentes denominaciones para expresar formas distintas de concebir el “problema”; sin embargo todas se han referido a la misma “enfermedad”.

Estas denominaciones son: Reacción hiperquinética de la infancia, Síndrome hiperquinético, Síndrome del niño hiperactivo, Lesión cerebral mínima, Daño cerebral mínimo, Disfunción cerebral mínima, Disfunción cerebral menor y Trastorno por Déficit de atención (TDA) (Benassini, 2002).

Según Benassini, (2002) este grupo de desórdenes, inicialmente identificados de manera exclusiva para la infancia, es relativamente joven; la información de que se dispone a partir de las primeras descripciones se ubica al comienzo del siglo XX con la descripción que hizo el médico inglés G.F. Still de los síntomas que presentaban los niños que tenían alguna forma de daño cerebral comprobado; él no proponía más que la descripción, y no formuló un síndrome específico.

En 1934 Jahn y Cohen emplearon por primera ocasión el término *síndrome orgánico cerebral* para referirse a los trastornos del comportamiento observables en niños con este tipo de lesiones. Por esos años existían dificultades para distinguir a los trastornos de atención de otras afecciones del desarrollo infantil, por ello, cuando se identificaron y resaltaron los síntomas típicos de esta condición, se asociaron con problemas de aprendizaje,

trastornos específicos del desarrollo- como los problemas de coordinación motora fina o de lenguaje e incluso con la epilepsia y otras enfermedades neurológicas. Tales asociaciones impedían abarcar y comprender el desorden de atención de manera específica.

En 1947 Strauss y Lehtinen proponen que este grupo de trastornos pueden deberse a daño cerebral. Leo Kanner (1952), en la primera edición de su texto de psiquiatría infantil en los años cincuenta, utiliza el término *lesión cerebral mínima*, y resalta por primera vez la tríada que desde entonces habrá de caracterizar a estos niños: hiperquinesia, impulsividad, y atención lábil con distracción.

En la época de Strauss y Kanner se enfatizaba el concepto de daño; en este caso, se pensaba que los tejidos y órganos del sistema nervioso central que se encontraban previamente sanos, resultaban dañados por factores diversos que originaban enfermedades. La idea, muy difundida en aquel entonces, de que el daño cerebral era provocado por eventos como infecciones o traumatismos de cráneo tuvo una enorme penetración, lo cual ha provocado algunas confusiones al respecto.

Al final de la década de los cuarenta, y durante los cincuenta, después de la Segunda Guerra Mundial, cobran auge las propuestas del psicoanálisis; por su parte, la concepción de los trastornos de atención, al igual que la de muchos otros trastornos mentales, se psicologiza y se adjudica a eventos vitales tempranos, experienciales y no constitucionales. Esta visión provoca una reacción contra los planteamientos biologicistas en psicopatología y cuestiona seriamente los tratamientos farmacológicos. Los trastornos de atención, desde luego, no son la excepción.

Por estos años, en 1955, Ounsted acuña el término *síndrome hiperquinético*, que posteriormente es adoptado y defendido por Michael Rutter (1970). El término previo, *lesión o daño* tuvo siempre como principal inconveniente la imposibilidad para encontrar, mediante recursos diagnósticos disponibles entonces, alguna evidencia de dicha lesión en la mayor parte de los casos; por esta razón, había evolucionado al concepto de disfunción cerebral mínima.

Para los años sesenta, y de manera progresiva, la neurobiología fue recuperando su fuerza como consecuencia de los avances tecnológicos, los dispositivos y las técnicas para estudiar el cerebro; por ello, los niños con atención deficitaria fueron examinados de nuevo bajo esta lente. Así, la segunda clasificación del Manual de Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, conocido por sus siglas en inglés como DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders II*- APA, 1968), propuso dos modalidades del “*problema*”: a) la reacción hiperquinética de la infancia y adolescencia, sin evidencia clara de daño orgánico cerebral, y para la cual se emplea el término de reacción; b) el síndrome orgánico cerebral no psicótico, clínicamente muy similar a la entidad previa pero que se diferencia de ella por la suposición de que es causada por daño cerebral.

Este modo de entender los trastornos de la mente persistió hasta 1980, año en que apareció la tercera edición del manual de la APA. Las innovaciones que trajo este documento son: el énfasis en las dificultades de los niños para fijar su atención como rasgo distintivo del problema, seguido por la presencia de inquietud o hiperactividad; además de la introducción del concepto de trastorno mental, aplicable a éstos y a otros problemas mentales. Asimismo, esta edición

del manual postula que al hablar de patología mental pueden proponerse constructos clínicos, con síntomas distintivos en cuya presencia se basa el diagnóstico, sin aludir a las causas de estos problemas ni a su dimensión nosográfica. Como resultado de ello, la lesión cerebral mínima adquirió desde entonces la denominación de *trastorno por déficit de atención*, del que se reconocen dos variantes: a) aquellos niños que presentan otros síntomas además de la hiperactividad, y b) aquellos en los que ésta no es un síntoma predominante.

Por otra parte, Schachar, (1991) señala que aunque el síndrome hiperquinético ha conseguido un lugar estable en la práctica médica, su validación científica es sumamente dudosa. Por lo cual es necesario considerar los orígenes de dicho concepto tanto científicos como ideológicos, examinando el contexto de su desarrollo histórico.

El concepto de la hiperactividad infantil parte de la preocupación acerca de las diversas formas de desviación social a finales del siglo XIX. Más que el resultado de una ciencia ética y socialmente neutral, la noción del síndrome hipercinético fue el producto de una ciencia saturada de ideología (Schachar, 1991).

La Inglaterra del siglo XIX estuvo marcada por intensas transformaciones económicas, políticas y sociales. Progresivamente, la economía basada en la agricultura y en la producción a pequeña escala cambió hacia otra basada en la producción en serie de artículos en las factorías, generalmente situadas en los pueblos. La sociedad se caracterizaba por una jerarquía de clases donde las

<<clases inferiores>> eran las que más sufrían las consecuencias adversas de la transformación económica.

El desempleo aumentó y muchos <<errantes>> vagaban por el campo. Los hombres, mujeres y niños que encontraban empleo trabajaban muchas horas a salarios bajos y vivían en condiciones precarias e insalubres. Eran frecuentes los disturbios laborales y la resistencia política.

A mediados del siglo XIX, las clases alta y media empezaron a inquietarse por el carácter y la conducta de las clases inferiores. Se consideraba a esta última inmoral, como reflejaba el alto porcentaje de alcoholismo, prostitución y pauperismo. Además, se les describía como personas con una inteligencia inferior y deficiente, marcada por la superficialidad y la falta de atención, lo que les hacía volátiles, ingobernables y fácilmente influenciados por las opiniones políticas radicales. Otra evidencia de la inferioridad de las clases más bajas era su escasa salud física, como demostraba el alto porcentaje de mortalidad infantil y la exigua salud de los obreros y soldados.

Esta situación inquietante originó unas complejas respuestas ideológicas e institucionales. De modo creciente se estableció que las diferencias intelectuales y morales de las clases más bajas eran la causa y no el resultado del declive social. De un modo parecido, la educación obligatoria tuvo sus orígenes en la necesidad de reformar y controlar las masas más que el intento de desarrollar las habilidades.

Paralelamente a estos cambios tuvo lugar el desarrollo de lo científico y el positivismo, que se basaban en la creencia de que la sociedad podía progresar a través del desarrollo de la ciencia objetiva. En el siglo XIX se realizaron grandes progresos en las ciencias física y médica como resultado de la

aplicación de la rigurosa metodología científica y empírica. La neurología y en especial la patología obtuvieron grandes progresos al identificar las consecuencias conductuales de algunas enfermedades cerebrales. De igual forma, la psiquiatría se volvió más orgánica. Las enfermedades mentales empezaron a ser consideradas como <<enfermedades cerebrales>> o <<degeneraciones>> y aumentó el interés por la anatomía y patología del cerebro, con la esperanza de hallar tratamientos específicos.

Las teorías de Darwin proporcionaron una base científica a varios tipos de desviación social en esta época de ciencia y positivismo. La hipótesis de Darwin sostenía que el ambiente facilitaba una ventaja selectiva a algunos tipos de variación biológica.

Algunas revisiones de la historia de la disfunción cerebral mínima y de la hiperactividad atribuyen la primera descripción clara del concepto de disfunción cerebral mínima a Alfred F. Tredgold.

Tredgold era un especialista en <<deficiencia mental>> y miembro de la Comisión Real Inglesa de Deficiencia Mental. Se interesó por las causas y tratamiento de problemas sociales tales como el alcoholismo, la prostitución, el fracaso escolar y el pauperismo, que él y otros atribuían a déficit intelectuales heredados.

Muchos de los niños descritos por Tredgold eran muy parecidos a los niños hipercinéticos actuales. El grupo más amplio de niños deficientes mentales no eran <<idiotas>> ni <<imbéciles>>, pero tenían <<un alto grado de debilidad mental>>. Eran incapaces de sacar el debido provecho de la instrucción

ordinaria en escuelas, pero capaces de rendir considerablemente ante la atención individual y las instrucciones dadas en clases especiales.

A diferencia del planteamiento de Benassini, (2002) mencionado arriba sobre los datos históricos del trastorno de déficit de atención, Benavides, (2002) afirma que este padecimiento no es nuevo ni ha sido descubierto recientemente. Su historia se remonta desde principios del siglo XX cuando, en Inglaterra, George Still y Alfred Tredgold realizaron investigaciones científicas acerca de la conducta de los niños, e identificaron un tipo de comportamiento que se asemeja a lo que actualmente conocemos como Síndrome De Déficit de Atención (SDDA). Cabe señalar que en la primera mitad del siglo XX se les consideraba como “niños con daño cerebral”.

En Estados Unidos de América, el interés en torno a este trastorno surgió después de una epidemia de encefalitis entre 1917 y 1918. Cuando los científicos descubrieron a los niños que sobrevivieron, notaron que presentaban secuelas serias tanto en su conducta como en su capacidad cognoscitiva, las cuales incluían muchas de las características que hoy consideramos parte del SDDA.

Entre 1935 y 1941, se llevaron a cabo investigaciones relacionada con medicamentos que podrían ayudar a quienes padecían problemas de conducta e hiperactividad, lo que dio como resultado que, para la década de 1970, el uso de fármacos, en particular de estimulantes, se convirtiera en el tratamiento más popular para tratar el SDDA.

Ya para las décadas de 1950 y 1960 el término *niño con daño cerebral* evolucionó a *niño con daño cerebral mínimo*, o con *dísfunción cerebral mínima*;

sin embargo, surgieron dudas acerca de lo acertado del concepto, ya que en ocasiones no se presentaba un historial que sugiriera que tal daño existía.

Estos términos causaban cada vez mayor malestar y, al mismo tiempo, surgía el concepto del *síndrome del niño hiperactivo*. En la década de 1970, este trastorno acaparó la atención de investigadores, científicos y público en general, por lo cual se publicaron numerosos estudios y libros de texto científicos y clínicos, además de que se le dedicó un sinnúmero de volúmenes de revistas especializadas y se realizaron diversas investigaciones. El uso de medicamentos y la teoría de que la hiperactividad podía ser el resultado de factores ambientales, fueron aspectos que cobraron importancia para estudiosos y científicos. Se habló de dietas y del efecto de determinadas sustancias en los alimentos, de un desarrollo cultural excesivamente rápido y cambiante que “dejaba atrás” a algunos miembros de la sociedad, así como se mencionaron “fallas” en la educación que los padres brindaban, entre otras posibles causas.

En 1987, en la tercera edición del DSM de la Asociación Americana de Psiquiatría, se sustituyó el concepto de hiperactividad por el de Trastorno de Déficit de Atención (con o sin hiperactividad). En su edición revisada de ese mismo año, se consideró al déficit de atención sin hiperactividad ya no como un subtipo, sino como una categoría independiente.

En 1994, la cuarta edición del DSM considera al SDDA como un síndrome neurológico con una alta probabilidad de ser transmitido genéticamente.

Finalmente, en lo que se refiere a la historia del trastorno de déficit de atención, Gratch, (2000) hace una aportación nueva, y esta es que en 1902, George Still y Alfred Tredgold, quienes describieron en ese momento lo que ellos conceptualizaron como “defectos en el control moral”, señalaron también la mayor incidencia de este trastorno en niños que en niñas de la misma edad.

En resumen el ahora llamado Trastorno de Déficit de Atención, es una condición indefinida en cuanto a la fecha de aparición, siendo el argumento de algunos autores que este trastorno es algo prácticamente nuevo, mientras que otros afirman que existe desde hace mucho tiempo atrás. La forma de nombrar a este conjunto de síntomas también se ha ido modificando a lo largo del tiempo, llamándolo *Reacción Hiperquinética de la infancia*, *Síndrome del niño Hiperactivo*, *Lesión Cerebral mínima*, *Disfunción Cerebral Menor* hasta llegar al nombre de Trastorno por Déficit de Atención. La mayoría de los interesados en el tema coinciden en que el *TDA* es un concepto todavía muy difuso cuya explicación aún está en términos de hipótesis.

CAPÍTULO 2. TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN (Definiciones)

Se requiere de precisiones terminológicas cuando se afirma que un niño tiene un “problema atencional” dicen López y García, (1997).

En primer lugar se ha de tener en cuenta que si el desarrollo de la atención es un proceso gradual, evolutivo, y el nivel de desarrollo de los mecanismos atencionales depende básicamente de la edad, es posible que un niño no tenga problemas de atención realmente, sino que, por su edad, aún no haya adquirido un nivel de desarrollo atencional óptimo. El que en muchas ocasiones un niño no pueda responder adecuadamente a las exigencias del ambiente debe entenderse como una expresión de la fase del desarrollo en la que se encuentra. Teniendo en cuenta la edad cronológica del niño se le podrá exigir o no que se concentre en una tarea, que sea capaz de realizar tareas relativamente monótonas, etcétera.

En definitiva, es un hecho evidente que los menores tienen mayor número de *dificultades de atención* que los adultos. Ahora bien, estas dificultades pueden ser entendidas de dos maneras: como parte normal de una fase del desarrollo en niños pequeños o como un déficit en niños mayores. En este sentido se dice que un niño tiene realmente problemas atencionales cuando: a) su desarrollo evolutivo en este proceso no es el normal, sino que está por debajo de su edad cronológica y/o mental; b) se producen desórdenes concretos que dan lugar a un cuadro psicopatológico determinado.

Técnicamente, los psicólogos utilizan el término *disfunción atencional* para definir aquellos casos en los que los mecanismos de funcionamiento de atención fallan y/o no se utilizan adecuadamente. Dichos fallos pueden venir

provocados, o bien por carecer de dichos procesos- es el caso de los niños muy pequeños-, o bien por no saber utilizarlos. En esos casos hablamos de *discapacidad o deficiencia atencional*.

Como ya se ha advertido, en diferentes momentos a lo largo de la historia del trastorno se han resaltado diversos componentes para determinar la manera en que se le va conceptualizando. El daño por lesión o la disfunción cerebral mínima dominan los primeros años; posteriormente se enfatizan los componentes clínicos, primero la inquietud o hiperactividad y después la incapacidad para atender y la distractibilidad. El manual DSM-IV de la APA se refiere a este problema 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, (Benassini, 2002).

Agrega que dicho patrón es de tipo inadaptativo en cuando menos dos ámbitos diferentes (por ejemplo; casa y escuela, escuela y trabajo, casa y trabajo), y que debe estar presente antes de los siete años de edad. Además, el trastorno debe interferir con el apropiado desarrollo y funcionamiento social, académico y ocupacional. El carácter sindromático que se da a este concepto evade cualquier supuesto etiológico.

Por su parte, la décima revisión de la *Clasificación internacional de enfermedades* define a los trastornos hiperkinéticos como: “un grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en la tareas, que se presentan en las situaciones más variadas y a lo largo del tiempo”.

La clasificación añade que evade el término déficit de atención en consideración a que podría ser aplicable a niños con preocupaciones ansiosas, apáticos y soñadores, y con problemas de diferente naturaleza; por otro lado, aclara que está de acuerdo en que el déficit de atención constituye un rasgo central de estos síndromes. Señala, además, su comienzo temprano, durante los primeros cinco años de vida.

Por otra parte, Brown, (2003) expone en su texto las diferentes transformaciones por las que ha pasado lo que ahora conocemos como TDA. Menciona que actualmente, el diagnóstico de los síntomas crónicos de desatención permanece íntimamente ligado a los problemas planteados por la conducta hiperactiva –impulsiva, aunque la investigación ha demostrado que muchos individuos con TDA no son hiperactivos. El reconocimiento de las alteraciones de la atención como básicas en los TDA desapareció en el DSM-III-R. El comité encargado de su revisión criticó el concepto del TDA sin hiperactividad dada la ausencia de investigaciones que lo corroboraran. En el DSM-III-R desaparecieron los criterios diagnósticos para los TDA sin hiperactividad y se combinaron en una sola lista los síntomas de desatención junto con los síntomas de hiperactividad e impulsividad. Este diagnóstico híbrido fue llamado <<trastorno por déficit de atención con hiperactividad>> y se clasificó como un trastorno de conducta perturbadora.

Aunque a finales de los años 1980 numerosos estudios realizados demostraron claramente la validez del diagnóstico del TDA sin hiperactividad, no fueron aceptados oficialmente los criterios diagnósticos para este tipo de TDA desde 1987 hasta que fue publicado el DSM-IV. Este reconoció el tipo <<con

predominio del déficit de atención>> del TDA, que no requería ningún síntoma de hiperactividad o impulsividad, pero el nombre del diagnóstico continuó siendo <<trastorno por déficit de atención con hiperactividad>>. La diferenciación entre los términos definitorios se introdujo para aludir a la posibilidad de separar los síntomas del trastorno híbrido TDAH.

A pesar de estos cambios en la definición oficial de este diagnóstico, muchos de los profesionales y la literatura de divulgación sobre el TDAH continuaron describiendo el trastorno como caracterizado por tres síntomas principales: *desatención, hiperactividad e impulsividad*.

Al respecto con la definición del TDA, Van (2004) afirma que el Trastorno por Déficit de Atención (TDA) con o sin hiperactividad, está constituido por un conjunto de *fenómenos neuropsicológicos*, cuyos síntomas principales son los periodos cortos de atención y la hiperactividad. Se le llama *trastorno* por que es un conjunto de síntomas que tienen una causa (etiología) común y que siguen una evolución (curso, pronóstico) igual. *No se usa la palabra enfermedad ya que ésta denota la existencia de una cierta lesión en algún órgano –que en este caso sería el cerebro, lo cual no es correcto.*

Es decir, el TDA es una alteración en lo que consideramos como el comportamiento “normal” de un niño, adolescente o adulto.

El déficit de atención se refiere al hecho de que los periodos en los que puede mantenerse la atención tienen una duración insuficiente, lo cual le impide al niño realizar actividades académicas en forma efectiva. Para leer, por ejemplo, un renglón necesitamos unos segundos de atención; sin embargo, para leer

una página requerimos unos minutos y para un capítulo, unos 10 minutos o más de atención. Si un niño no puede mantenerse atento más de unos segundos, entonces no podrá leer una página completa y menos aún un capítulo en una sola ocasión y, por consiguiente, le será muy difícil entender e incluso recordar lo que intenta aprender.

2.1 ETIOLOGÍA

Al buscar la causa orgánica del trastorno de atención, se debe tener en cuenta que, al igual que en otras condiciones médicas –como las convulsiones, la diabetes o la hipertensión arterial-, el TDA representa una condición compleja que no tiene una causa única o fácil de entender.

En la mayoría de los casos conocidos y estudiados (70-80%), el TDA se considera **primario**, o sea, que *no existe una causa que lo explique en su totalidad*, por lo que *suponemos* que tiene un origen genético, es decir, que se hereda. En el resto de los casos (23-30%) sí encontramos una causa, por lo que se le llama TDA **secundario**. Estos factores causales son: parto prematuro, uso de tabaco y alcohol por parte de la madre durante la gestación, exposición a altos niveles de plomo en la niñez temprana, daño cerebral por traumatismo (especialmente los que involucran a la corteza prefrontal), uso de medicamentos, entre otros (Van, 2004).

Dentro de los factores causales resulta sorprendente que la *desnutrición severa*, en etapas tempranas de la niñez, sea la causa más común de TDA a nivel internacional.

Si bien los factores antes mencionados han sido demostrados en forma incontrovertible como causa del TDA, hay otros que no han podido relacionarse

directa o indirectamente. Entre éstos están los factores dietéticos, por ejemplo, el uso de azúcar.

En último análisis, la causa del TDA radica en el *funcionamiento irregular del cerebro*; en otras palabras, algunas capacidades de llamamos funciones mentales superiores no se manifiestan o lo hacen en forma deficiente. Esto debido a una formación defectuosa de ciertas estructuras cerebrales y no causado por un problema psicológico o emocional como se creía anteriormente.

Es importante señalar que no todos los sujetos que se estudian tienen la misma anormalidad, ya que algunos presentan sólo problemas neuropsicológicos (detectados con pruebas psicológicas), otros manifiestan cambios neuroanatómicos (en estudios de imagen), neuroquímicos (estudios funcionales por imagen) o en su biología molecular (estudios de mapeo genético).

Esto evidencia que no existe una teoría unificada (o una causa única) que explique el TDA, y en los años por venir, conforme avancen las neurociencias tal vez se puede dividir el TDA en diversos tipos, con base en el mejor conocimiento de su origen biológico (Van, 2004).

CAUSAS DIVERSAS DEL TDA

ORIGEN GENÉTICO/IDIOPÁTICO

La existencia de un factor hereditario como causa del TDA primario es clara. Los datos y estimaciones surgidos de la población estudiada indican que, de 52 a 92% de los casos se adquiere por los genes maternos o paternos.

La presencia de TDA entre gemelos (concordancia) nos orienta sobre las leyes genéticas que determinan cómo se hereda esta condición:

1. En gemelos que provienen de un mismo huevo fecundado (monocigoto) y, por tanto, tienen idéntica información genética (gemelos idénticos), encontramos que si un gemelo es diagnosticado con TDA su par presentará la misma condición en 92% de los casos.
2. En gemelos que provienen de distintos huevos fecundados (dicigotos) y, por tanto, no tiene la misma información genética, se ha demostrado que si un gemelo (cuate) presenta TDA, su par tiene una posibilidad de 33% de manifestar la misma condición.

Esto indica que cuando se comparte por completo la información genética, prácticamente en todos los casos, ambos gemelos tendrán TDA, aun cuando se hayan desarrollado en familias distintas, como ocurre con los gemelos idénticos dados en adopción.

Sin embargo, en los gemelos no idénticos (cuates), la información genética que poseen no es igual entre ellos, aunque sí similar- es decir, presentan el mismo parecido que entre hermanos-, y en este caso sólo una tercera parte de ellos tienen el TDA.

Cuando los padres tienen TDA de inicio, en la infancia, la probabilidad de que sus hijos presenten el trastorno es de 57%, y de éstos, la mayoría ha estado, o está, en tratamiento.

Ahora bien, aunque la probabilidad de manifestar TDA es alta cuando hay genes que predispongan a ello, existen otros factores que determinan si se

presentará o no, ya que aún en los gemelos su manifestación clínica está influida, además, por factores ambientales específicos.

En algunos casos de niños con TDA se han identificado genes específicos que determinan que esta condición se herede; básicamente dichos genes se localizan en los cromosomas 3,5 y 11.

Es claro que en el TDA de tipo idiopático/genético ocurren diversas desviaciones del desenvolvimiento normal del cerebro, mismas que se inician desde etapas muy tempranas del desarrollo, cuando el producto se encuentra aún en el útero.

ENCEFALOPATÍA HIPÓXICA/ ISQUÉMICA

El *daño al cerebro* ocasionado por la falta parcial de oxígeno y una pobre circulación de la sangre que ocurre antes, durante, o después del parto, se llama **encefalopatía hipóxica/isquémica**. Este tipo de daño es especialmente frecuente en los pequeños que nacen en forma prematura, y debido a que cada vez sobreviven más bebés prematuros, hoy en día existen un mayor número de niños vivos con algún tipo de daño cerebral.

Entre las consecuencias de la encefalopatía perinatal hipóxica isquémica, está el TDA. Por ello, es casi seguro que se registre un incremento de este déficit de atención en los próximos años.

TRAUMATISMO CRANEAL

La posibilidad de que se manifieste algún tipo de cambio en la personalidad, o en las habilidades intelectuales, después de un *golpe en la cabeza*, es

sumamente conocida. Respecto a ello, es importante señalar que, en ciertas ocasiones, el golpe no causa pérdida del estado de conciencia pero sí daño cerebral.

Entre las consecuencias de un traumatismo craneal está el TDA, en especial cuando el daño se registra en la parte anterior del cerebro (corteza prefrontal).

Ello se debe a la importancia que esta región anatómica tiene en la capacidad de atención, así como en las funciones ejecutivas. La presencia o no del TDA en niños y adolescentes, durante los primeros dos años después del traumatismo, se relaciona con la severidad de dicho traumatismo. En la aparición del TDA, además de la severidad del golpe, son factores importantes: *la presencia o no de disfunción familiar, y el estado socioeconómico de la familia.*

Sin embargo, al analizar el trauma craneal como *factor de riesgo* para padecer TDA se encontró con que la población que padece este trastorno es, a su vez, más propensa a los golpes en la cabeza que la población en general. Esto obliga a considerar que la prevalencia alta de TDA en pacientes traumatizados puede ser consecuencia, y no causa, de esta condición.

RADIACIÓN

El daño al cerebro por exposición a los rayos X depende de dos factores: por la cantidad de radiación recibida y por la edad del individuo. Se sabe que el embrión en desarrollo es más sensible a los rayos X que el adulto, ya que en el primero el cerebro está en formación y, por lo mismo, esta es una causa potencial de TDA.

Lo anterior se ha demostrado mediante los animales de experimentación (*ratones*) que han sido sometidos a los rayos X durante sus primeros días de vida, pues ello les ha causado atrofia (hipoplasia severa) en el lóbulo temporal (células granulares del hipocampo). *Estos ratones tienen grandes déficits en pruebas de aprendizaje basadas en la memoria, y presentan una conducta “similar” a la del niño con TDA.*

Por ésta y otras evidencias se ha sugerido que la lesión prenatal en el lóbulo temporal (células granulares del hipocampo), ya sea por exposición a los RX o por otras causas, ocasiona TDA en los seres humanos.

TOXINAS EXTERNAS

La intoxicación crónica por plomo puede producir TDA, lo que puede ocurrir en niños que raspan y comen la pintura hecha a base de plomo, comen en cerámica vidriada, o por la inhalación de los humos que emanan de la combustión de la gasolina que contiene dicho metal carburante.

Existe suficiente evidencia científica como para afirmar que el abuso de drogas durante la gestación, tiene efectos dañinos sobre el sistema nervioso central del feto.

El tabaco tiene cerca de 3000 toxinas, entre ellas, plomo y monóxido de carbono, por lo que es una causa potencial de TDA. Existe una clara relación entre las madres que fuman durante el embarazo y la presencia de TDA en sus productos.

El uso del alcohol por parte de la madre durante el embarazo (síndrome alcohol-fetal), se ha asociado con el TDA. Asimismo, el uso de la cocaína en el periodo prenatal es potencialmente una causa del TDA.

TIROIDES

La resistencia a la hormona tiroidea (RTH) se ha asociado con el TDA, hasta en un 70% de los individuos que padecen este trastorno endocrino. Se trata de una enfermedad hereditaria, autonómica dominante, en la mayoría de los casos, porque está ligada a un gene. Sin embargo, la prevalencia del RTH en niños con TDA es de 1:2500, por lo cual es extremadamente rara.

MEDICAMENTOS

En la actualidad se ha descubierto que existen diversos medicamentos que producen trastornos del comportamiento idénticos al TDA, como los agonistas-B-adrenérgicos (albuferol, propanolol) que se usan como preventivos en la migraña; los anticonvulsivos, especialmente el fenobarbital, y fármacos utilizados en enfermedades respiratorias, por ejemplo, la teofilina, que se utiliza sola o en combinación, como broncodilatador en el asma y en cuadros de bronquitis, que son tan frecuentes en los niños.

CAUSAS NEUROBILÓGICAS DEL TDA

Se sabe que el TDA siempre se debe a un deficiente funcionamiento cerebral, mismo que, como se menciono anteriormente, puede tener un origen hereditario, traumático, etc. Al estudio del funcionamiento cerebral se le llama

neurobiología, para resaltar el hecho de que se trata de un asunto físico, orgánico que es demostrable si se utilizan los medios adecuados.

EL LÓBULO FRONTAL

El lóbulo frontal se encuentra en la parte más anterior del cerebro; aquí están localizadas las habilidades del razonamiento más complejas, que se llaman *funciones ejecutivas*. En los sujetos con TDA el lóbulo frontal está alterado, hecho que se ha demostrado mediante diversos métodos. Es decir, gracias a dichos métodos ha sido identificada la presencia de alguna alteración localizada en ambos lóbulos frontales. Esta alteración se ha descrito como: Un funcionamiento defectuoso de la corteza del lóbulo frontal y las regiones debajo de ésta. A ello se le ha llamado la **hipótesis frontosubcortical**.

Al estudiar ciertas enfermedades que tienen algunas similitudes con el TDA, como ocurre en la etapas tempranas del *síndrome de Rett*, se ha demostrado que existe hiperexcitabilidad de la corteza prefrontal/premotora, lo que causa un descontrol de la misma, y que clínicamente se caracteriza por déficit en las funciones corticales superiores (desinhibición). A esto se le ha llamado ***lóbulo frontal perezoso***.

Otra evidencia indirecta de la afección del lóbulo frontal en el TDA procede de los diversos exámenes psicológicos, que evalúan áreas como la atención, inhibición, memoria de trabajo, aprendizaje psicomotor y resolución de problemas. En sujetos con TDA, estos exámenes están alterados, es decir, muestran resultados tales que sugieren, adicionalmente, una disfunción entre

los centros que procesan la información y los centros frontales que realizan funciones ejecutivas.

Por su parte, los estudios neuropsicológicos indican que el déficit principal en el TDA es debido a una falla en inhibir las respuestas (conducta impulsiva), lo cual se considera una función ejecutiva, que está alojada principalmente en el lóbulo frontal.

Sin embargo, no todas las alteraciones identificadas en los pacientes con TDA se encuentran en el lóbulo frontal, sino que también se localizan en diversas áreas del cerebro. Las otras áreas primordiales alteradas en el TDA son: el cuerpo estriado, el tálamo y el cerebelo (Véase Tabla 1) .

Tabla 1. Áreas cerebrales afectadas en algunos pacientes con TDA

<i>Estructura</i>	<i>Hemisferio</i>
Lóbulo frontal	Bilateral
Región parietooccipital	Bilateral
Región temporal	Derecho
Corteza del cíngulo	Bilateral
Hipocampo	Derecho
Estriado (n. caudado)	Izquierdo
Tálamo	Izquierdo
Cuerpo calloso	Rostral
Hipocampo	Bilateral
Cerebelo	Vermis (lóbulos VIII al X)
Sustancia reticular activante	

LOS CIRCUITOS FRONTOESTRIADOS

El lóbulo frontal funciona en íntima relación con una serie de estructuras que se encuentran en el interior del cerebro. A estas estructuras se les llama *cuerpo*

estriado (ganglios basales), y este es el que dirige el ingreso y, en menor grado, el egreso de información a dicho lóbulo. A la unión del lóbulo frontal y el cuerpo estriado se le denomina circuito frontoestriado. En algunos pacientes con TDA se ha detectado una disminución del volumen del cuerpo estriado del lado izquierdo. Este circuito funciona, principalmente con el neurotransmisor *dopamina*.

EL CEREBELO

El cerebelo (pequeño cerebro) se encuentra en la parte posterior de la cabeza y es una estructura interesante que apenas se empieza a conocer. Se sabe que tiene funciones muy específicas relacionadas con la capacidad de poner atención. Por lo pronto, se ha demostrado que el cerebelo *tiene un menor volumen* en los sujetos con TDA.

LA SUSTANCIA RETICULAR ACTIVANTE

Esta red de células nerviosas está encargada de activar/desactivar la corteza del cerebro, con lo cual el sujeto se despierta o duerme. Una de las primeras teorías que se emitió para explicar el TDA sostiene que es causado por un mal funcionamiento de esta sustancia reticular y, por tanto, de los sistemas de despertar/alertar/atender. Se afirma que una vez activada la sustancia reticular, se estimula la superficie (corteza) del lóbulo frontal (área frontal precentral), gracias a lo cual el individuo despierta y entra en estado de alerta.

Actualmente se sabe que esta teoría sólo explica una parte de los síntomas del TDA, y no se le considera ya como la causa principal de dicha condición.

RETRDO EN LA MADURACIÓN

La palabra “inmadurez” constituye un término muy extenso e impreciso que, sin embargo, es ampliamente utilizado en la práctica médica y psicológica. Cuando se habla de inmadurez, generalmente se entiende que:

- a) El sistema nervioso no es capaz de mostrar las habilidades que corresponden a la edad del niño.
- b) No hay un daño; es decir, el sistema nervioso es normal, pero ciertas partes de él aún no funcionan al 100% de su capacidad.
- c) Posteriormente, el niño “madurará” y entonces sí mostrará 100% de las habilidades que le corresponden para su edad.

No obstante, lo que ocurre durante el desarrollo y maduración del sistema nervioso no es tan simple, de manera que el término “inmadurez” puede utilizarse en el entendido de que no se está señalando ningún hecho real.

El fenómeno más relacionado con el popular término de madurez es la mielinización de las neuronas. La mielinización es el proceso biológico mediante el cual parte de la neurona que transmite la información (axón)- que es como un cable que va a otras neuronas- se cubre de una capa aislante (la mielina). Con ello, las vías de información se activan y funcionan con toda eficiencia.

En el momento en que el niño nace, únicamente una pequeña parte de su cerebro está mielinizado. Tan sólo al alcanzar la pubertad la mayoría del cerebro se habrá mielinizado, y este proceso culminará en la edad adulta.

Cuando existe un retraso en la mielinización se tiene un funcionamiento ineficiente del sistema nervioso, lo que puede ocasionar los síntomas que se presentan en el TDA.

Diversos estudios de neurofisiología demuestran, indirectamente, que en los pacientes con TDA existe un retardo en la mielinización, mismo que posiblemente esté a nivel de la sustancia reticular activante del tallo cerebral (donde se activa en ritmo alfa) y de otras vías como las corticospinales.

LOS NEUROTRANSMISORES

Los *neurotransmisores* son sustancias que se encuentran en el cerebro y su función es comunicar una neurona o grupo de neuronas con otras. Cada sustancia tiene funciones específicas, como activar o desactivar una determinada área cerebral. Un ejemplo es el estado de “fatiga mental” que se experimenta después de un trabajo intelectual que ha durado algunas horas, y en el que nos sentimos agotados y ya no nos podemos concentrar ni memorizar nada o muy poco. Ello significa que se han agotado nuestros neurotransmisores por lo que no se pueden utilizar esas habilidades.

Ahora bien, cualquiera que sea la causa primaria del TDA, en todas las personas que lo padecen se ha descubierto una alteración en la distribución normal de los neurotransmisores. Este hecho explica la mayoría de los síntomas, como los periodos cortos de atención que son originados por la escasez de diversos neurotransmisores en la corteza frontal.

Como se ha analizado, la causa (etiología) del TDA es distinta en cada individuo, por ejemplo, en unos sujetos es hereditaria y en otros no. Además,

en un mismo grupo de personas con TDA se han descubierto a su vez, entre ellos, distintas alteraciones cerebrales. Esto explica por qué son tan diferentes los síntomas del TDA entre diversos individuos, y ello teniendo en cuenta sólo la neurobiología de este trastorno. Aunque se ha agrupado artificialmente el trastorno con un mismo nombre, es claro que, en realidad, se trata de entidades clínicas diversas, que apenas se empiezan a conocer con precisión (Van, 2004).

Según Lòpez y García (1997), se han analizado las causas más importantes que provocan un problema de atención; sin embargo, existen factores que pueden favorecer el desarrollo de estos problemas.

Algunos trastornos orgánicos de naturaleza no nerviosa pueden también ocasionar problemas de atención. Por ejemplo, un niño mal alimentado, con anemia o una salud quebradiza no tiene sus ritmos biológicos básicos armonizados, y sin ellos difícilmente puede conseguir un ritmo atencional adecuado; y dificultades en la función respiratoria, como es el caso de las vegetaciones adenoideas, pueden originar una deficiente oxigenación de los centros cerebrales, lo que produce mayor fatiga y en consecuencia una atención deficiente.

Pero los casos más frecuentes de trastornos orgánicos que pueden facilitar los trastornos de atención son los déficits sensoriales, sobre todo visuales y auditivos. Es importante detectar si el niño tiene estos déficits, porque entonces no existe un problema atencional de base.

PRESENCIA DE ESTÍMULOS DISTRACTORES

Se ha observado que existen toda una serie de factores relativos a las características de los objetos (tamaño, color, movimiento, etc.) que hacen que la atención se preste, de forma involuntaria, a ciertos aspectos del ambiente. En la medida en que aparecen estos *factores determinantes externos*, y éstos no sean relevantes para el objetivo principal, es decir, se conviertan en distractores, provocará un problema de falta de atención; en ocasiones porque son estímulos atractivos para el niño y en otras porque aparecen como estímulos perturbadores (ruidos, interferencias, exceso de calor o frío, etc.).

Ahora bien, los distractores que no son específicos –por ejemplo, el ruido– pueden aumentar el nivel de concentración de una persona en la información relevante en aquellos casos en los que en el nivel de activación fisiológica es bajo. Por el contrario, si el nivel de activación se encuentra en su punto óptimo, los distractores generan interferencia. En cambio, cuando los distractores son específicos, aparecen claras interferencias debido a la incompatibilidad de los estímulos contextuales.

CARÁCTERÍSTICAS DE LA TAREA

En aquellos casos en los que el sujeto ha de centrarse en una tarea siempre hay que tener en cuenta que las actividades muy monótonas o poco variadas propician el aburrimiento y dispersión de la atención, máxime si se está hablando de niños.

Otras veces los déficits se inician por exigir rendimientos en determinadas tareas cuyas habilidades y destrezas no están desarrolladas o consolidadas.

CARÁCTERÍSTICAS PERSONALES

La evolución, el desarrollo y la adquisición de estrategias atencionales son específicos para cada persona, resultado de su bagaje constitucional en interacción con el ambiente familiar y social. Por ello, se considera que es preciso analizar qué *variables personales* determinan diferencias individuales en el ámbito de los procesos y conductas de atención.

Hasta tal punto se ha relacionado la atención con el bagaje constitucional del individuo que cada vez son más numerosos los estudios sobre comportamiento infantil que conceptúan la distraibilidad y el desarrollo y persistencia de la atención como rasgos que definen el temperamento de un niño.

ESTADOS TRANSITORIOS

Los *estados transitorios* son situaciones que tienen lugar en un momento más o menos amplio de la vida de un individuo y que influyen en la actividad mental y conductual de un individuo. En el caso de los problemas de atención, los más importantes son la fatiga, el estrés y el sueño.

La *fatiga* es un factor importante, puesto que cuanto más fatigado se está, más difícil es que se puede concentrar en una tarea y, muy especialmente, mantener la atención.

Por su parte el, *estrés* es un factor que aumenta los niveles de activación de un individuo. En consecuencia, no tiene por qué ser un factor negativo si no se supera el nivel óptimo. Ahora bien, cuando el estrés es excesivo, los niveles de activación se disparan. La consecuencia más evidente en estas situaciones de estrés alto es que el foco atencional se estrecha y se restringe hacia los estímulos que provocan el estrés, sin atender a otros estímulos no estresantes que también podrían ser importantes para la adaptación al medio.

En el caso del *sueño*, uno de los efectos principales de la privación del sueño es el descanso del nivel de activación. En consecuencia, disminuye la capacidad para enfocar la atención sobre los estímulos relevantes o críticos, aumenta la susceptibilidad a los efectos perturbadores de los distractores y disminuye la intensidad de la atención.

En cualquiera de estas tres situaciones, lo más importante es que el individuo lleve un buen régimen alimenticio y un ritmo correcto de horarios de trabajo, reposo y sueño.

2.2 SÍNTOMAS

Los síntomas centrales de este trastorno son la *hiperactividad, problemas de atención sostenida e impulsividad*.

Estos síntomas tienen dos características básicas:

- a) Son *incisivos*, es decir, se presentan en la mayoría de los entornos del niño- como la escuela, el hogar y los de su desempeño social (con sus amigos).

- b) Son de *duración prolongada*, porque se manifiestan por un tiempo superior a seis meses.

Se ha especulado que el TDA debiera ser considerado como un trastorno en el que *todos* los síntomas deben estar presentes. Sin embargo, está bien demostrado que no todos éstos se manifiestan en todos los pacientes, y un ejemplo de lo anterior radica en el hecho de que los niños que cursan con TDA pueden o no ser hiperactivos (Van, 2004).

SÍNTOMAS PRINCIPALES

Los principales síntomas del TDA son:

1. Periodos cortos de atención para la edad mental del niño.
2. Impulsividad.
3. Distracción fácil.
4. Sobreactividad motora (hiperactividad).

Estos síntomas han sido agrupados en dos categorías fundamentales, derivadas de los criterios del *Manual de trastornos mentales DSM*. Seguir los criterios de este manual es útil, incluso cuando se evalúan a niños de cuatro a seis años de edad (Sleator y Ulman, 1996 en Van, 2004).

Por otra parte, Van (2004) asegura que la identificación del TDA puede no ser clara si el paciente tiene un coeficiente intelectual alto, buenas habilidades sociales o su hiperactividad es muy leve o inexistente. Además, es necesario

considerar que los niños tienen un desarrollo gradual de sus habilidades, por lo que siempre hay que evaluarlos en el contexto de su edad.

Los síntomas del TDA se originan en un mal control de las funciones ejecutivas.

El dominio de las **funciones ejecutivas** es gradual en el desarrollo normal de todos los individuos; conforme el niño va creciendo, adquiere:

- a) *Autocontrol*, que es la capacidad para inhibir, o retardar, la propia respuesta tanto motora como emocional, es decir, mediante ella se domina la impulsividad. Esta capacidad incluye el control del afecto, la motivación y el grado de alerta. Es indispensable para realizar con éxito una tarea o actividad, por ejemplo, estar sentado en la banca escolar sin levantarse frecuentemente al baño o importunar a los compañeros de clase.
- b) *Memoria de trabajo*, es el tipo de memoria que se usa para almacenar lo que está sucediendo y para realizar la actividad que se está desarrollando en ese momento. Además constituye el primer paso del proceso que permite guardar en el cerebro los recuerdos en forma definitiva. El mal funcionamiento de esta habilidad hace a la persona olvidadiza y distraída.
- c) *Internalización del lenguaje*, conforme el niño crece, adquiere la habilidad de “hablarse a sí mismo (*autismo*)”, tener pensamientos y “escucharlos”, lo que permite que generemos normas adecuadas de comportamiento, a la vez que constituye una herramienta esencial para razonar.

d) *Deducción* (o reconstitución), permite el autoanálisis, así como resolver problemas complejos. En la escuela se utiliza en los grados avanzados de matemáticas y otras ciencias exactas, que con frecuencia son áreas de pobre desempeño en los niños con TDA.

Van (2004) afirma que el principal problema de la persona con TDA estriba en un pobre control para inhibir sus impulsos, pues a menos de que el sujeto pueda lograr el control de aquellos impulsos e ideas que interfieren con el proceso normal del pensamiento, ninguna tarea podría realizarse en forma eficiente.

Como aspectos derivados de un deficiente desempeño de las funciones ejecutivas se encuentran los siguientes síntomas del TDA:

1. *Inatención.* El síntoma cardinal del TDA es la inatención o distracción fácil. Éste se hace especialmente evidente si la actividad a la que se dedica el niño es aburrida, como las tareas escolares, que frecuentemente lo son. Sin embargo, cuando la actividad que se realiza es muy novedosa o divertida, en algunos pequeños con este trastorno los periodos de atención pueden llegar a ser normales, por ejemplo, en el caso de jugar videojuegos o ver el programa favorito en la televisión.

Otros de los síntomas con respecto a la inatención son los siguientes:

- a) Frecuentemente falla en dar atención cercana a los detalles o tiene errores por descuido en las tareas escolares, trabajo u otras actividades.
- b) Frecuentemente tiene dificultad para mantener la atención en las tareas o actividades de juego.
- c) Frecuentemente parece no atender cuando se la habla directamente.
- d) Frecuentemente no sigue por completo las órdenes y no termina la tarea escolar o doméstica, o sus deberes en su lugar de trabajo (y esto no es debido a un comportamiento opositor o falla para entender las instrucciones).
- e) Frecuentemente tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
- f) Frecuentemente evita, le desagrada o está renuente a involucrarse en actividades de introspección que requieran un esfuerzo mental sostenido (como sus tareas escolares o del hogar).
- g) Frecuentemente pierde las cosas necesarias para sus tareas o actividades.
- h) Se distrae fácil y frecuentemente por un estímulo externo.
- i) Frecuentemente es olvidadizo en sus actividades diarias.

2. *Distracción fácil.* Es consecuencia de la falta de atención. Esta distracción puede deberse a estímulos sensoriales, ya sean visuales (sentarse junto a la ventana), auditivos (ruidos en el salón), somáticos (zapatos muy ajustados); o puede originarse en el pobre control de los propios pensamientos, como sucede con la fantasía desmedida (niños neuróticos), entre muchos otros ejemplos. Es importante darse cuenta de que, para algunos niños, la fantasía no sólo es un poderoso factor de

distracción, sino incluso de *evasión* psicológica a manera de un mecanismo de defensa que les evita enfrentar su dura realidad académica y/o existencial. Por ello, en sus ensoñaciones llegan a ser los héroes de novelas ficticias, en las que viven felizmente durante sus “tediosas” horas de clases.

3. *Impulsividad.* Es una falla para inhibir los impulsos nerviosos, instintivos o reflejos. Hay que considerar que al inhibir los impulsos por un tiempo adecuado se puede, entonces, pasar a un análisis de los mismos y decidir actuar o no de tal o cual manera. Por ejemplo, si alguien nos pisa accidentalmente el pie, el primer impulso podría ser el de soltar un golpe al supuesto agresor, pero si se logra inhibir esta acción, entonces se vería que fue un acto no intencional. Los niños impulsivos con TDA actúan sin pensar en las consecuencias, de manera que los padres tienen razón al afirmar: “Haces lo primero que se te ocurre, ¿Qué no piensas?”. Frecuentemente, estos niños hacen lo primero que les pasa por la mente y no calculan los resultados de sus acciones. Esto hace que aun las actividades triviales se conviertan en peligrosas.

Algunas otras características de impulsividad son:

- a) Frecuentemente contesta las preguntas antes de ser completadas.
- b) Frecuentemente tiene problemas para aguardar su turno.
- c) Frecuentemente interrumpe o se mete con otros (interrumpe en las conversaciones o en los juegos).

4. Hiperactividad. Es el aumento exagerado de la actividad motora. Este síntoma es muy evidente en los preadolescentes; sin embargo, va disminuyendo en los adolescentes, para ser difícil de detectar en los adultos. En ocasiones especiales este síntoma no se manifiesta; por ejemplo, durante la visita al médico resulta que el niño permanece “extrañamente quieto”, observando con aparente tranquilidad al examinador. En general, en relación con la hiperactividad los padres refieren que el niño parece “movido por un motor”, y los profesores, “que nunca está quieto en su lugar”. Asimismo, existe, una diferencia entre géneros para manifestar este síntoma, ya que los niños varones suelen mostrar un gran despliegue de la actividad motora, en tanto que las niñas pueden evidenciarlo mediante un aumento de la actividad verbal. Existe, además, un lado positivo de este síntoma, es decir, los adultos que “no paran” y que, en consecuencia, son muy exitosos en su profesión.

Otros de los síntomas de hiperactividad suelen ser los siguientes:

- a) Frecuentemente juguetea con las manos o los pies, o se retuerce en el asiento.
- b) Frecuentemente deja el asiento en la clase o en otras situaciones en las cuales se espera que permanezca sentado.
- c) Frecuentemente corretea o trepa en forma excesiva en situaciones en las cuales es inapropiado (en adolescentes o adultos puede estar limitado a sentimientos subjetivos o inquietud).

- d) Frecuentemente tiene dificultad para involucrarse calladamente en actividades de placer.
- e) Frecuentemente está “prendido” o actúa con “exceso de energía”.
- f) Frecuentemente habla demasiado.

5. *Impaciencia.* El no saber esperar con calma una cosa que tarda tiempo en realizarse, o no saber “sufrir” el tiempo necesario para llevar a cabo algún trabajo o tarea. La impaciencia es una consecuencia de la mezcla de impulsividad e hiperactividad, aunadas a la falta de noción del tiempo real que tienen los niños con TDA. Actúan en el modo de “lo que quiero, lo quiero en este instante”. Por este motivo, efectuar actividades cotidianas –como ir de compras o participar en juegos de mesa- se convierten en una tortura. La mala letra, que es común en estos niños, suele ser consecuencia de la “prisa” que tienen al escribir, de la mala coordinación visomotriz o de ambas.

6. *Sobreexcitación emocional.* En este caso, el niño parece no tener un término medio en sus emociones, las que, además, trasmite fácilmente. Cuando está alegre, es el niño “simple”, el “payaso de la reunión” o la “alegría de la fiesta”. Cuando está enojado hace rabietas y suele ser agresivo verbal o físicamente. A este estado psicológico se le llama, también, *labilidad emocional*.

7. *Desobediencia.* Estos niños tiene problemas con la disciplina, ya que “olvidan” las reglas de conducta, o las ignoran, por una mezcla de

impulsividad, impaciencia, y sobreexcitación emocional. En este caso, su comportamiento es consecuencia de que simplemente olvidan las reglas de conducta, no las deducen o no las internalizan, de ahí la fama de desobedientes. Es común, por ejemplo, que el niño con TDA olvide alimentar a su mascota o que no haga las tareas, y esto se debe, al parecer, a que sencillamente se le fue el tiempo en actividades más placenteras. Por lo mismo, es necesario analizar el comportamiento de los niños con TDA antes de aplicarles un castigo pues, en muchas ocasiones, dicho comportamiento no es producto de una “desobediencia voluntaria”, es decir, elegida mediante libre albedrío. Es conveniente analizar la situación particular del acto de desobediencia. Se le debe repetir la regla o conducta que se alteró, si es posible aduciendo las razones de ella, ya que es importante que el niño haga suyas las reglas que se le tratan de enseñar.

8. Problemas sociales. En ocasiones los niños con TDA no tienen amigos, o al menos no amigos de su edad, porque su impulsividad y temperamento hacen que sus compañeros los rechacen. Incluso es posible que sean señalados como la “lacra del salón” o de la vecindad, y se evite todo contacto con ellos. Desde luego, ello trae problemas de *inadaptación social*, que se reflejarán en la vida adulta.

9. Desorganización. Estar organizados para realizar diversas actividades, significa que hay un *orden* y una *estructura* para llevarlos a cabo. Estos elementos dependen fundamentalmente de la capacidad memorística

del ser humano, así como del entrenamiento en las habilidades propias de dicha capacidad o aptitud. Por lo tanto, la desorganización en los pacientes con TDA tiene como causa principal una deficiente memoria inmediata: olvidan las cosas, pierden los útiles escolares, etc. Otros factores que deben considerarse son la poca noción del tiempo que tienen y la falta de planeación, por lo cual llegan tarde a casa, a las citas o al temido examen escolar.

10. Concepto del tiempo. El niño con TDA no posee este concepto del tiempo que, en mucho, depende del buen uso de la memoria inmediata.

2.3 DESARROLLO

El TDA se transforma y se matiza a lo largo de las diversas etapas de la vida. Como ya se ha mencionado, el TDA aparece como una serie de deficiencias en el desarrollo del mantenimiento y control de la conducta, pues ésta se rige por reglas y consecuencias. Los niños con TDA tienen problemas en cuanto a la inhibición, tolerancia a la frustración, sostenimiento e iniciación de tareas, así como en la adhesión a las reglas, consecuencias y seguimiento de instrucciones, especialmente en aquellas situaciones en las cuales las consecuencias a las conductas no ocurren de manera inmediata o resultan débiles.

A pesar de que estas deficiencias podrían superarse con la madurez neurológica, se ha observado que el trastorno persiste con la edad si no se recibe tratamiento; así, estas deficiencias pueden agudizarse y volverse crónicas, persistiendo así hasta la adolescencia o la edad adulta, si el individuo no desarrolla estrategias para hacer frente a ellas. El doctor R. A. Barkley establece los distintos matices del TDA en las etapas del desarrollo (Mendoza, 2003).

0 A 3 AÑOS DE EDAD

Muchas veces los bebés con TDA son irritables y presentan patrones alterados de sueño (duermen muy poco, y dejan la siesta diurna muy pronto); algunos de ellos se balancean o balancean su cabeza o incluso la golpean contra la cuna para poder conciliar el sueño. Su actividad motora es excesiva: trepan a

muebles, sillas y mesas; se avientan de la carriola, sillas, o de la cuna para salir a explorar. Despiertan muy temprano y en general sus padres los perciben como bebés muy demandantes de atención; sus madres, al término del día, se sienten sumamente agotadas.

Sin embargo, no se debe caer en la tentación de catalogar de inmediato a un bebé con estas características, pues es muy difícil identificar el TDA antes de los cuatro años de edad, debido a que en esta etapa de la vida los periodos de atención son muy cortos, y la actividad motora es característicamente elevada (uno de los retos principales del bebé es lograr el dominio motor de su cuerpo). No obstante, si se tiene alguna duda, lo indicado es acudir a un especialista. Muchos niños han sido mal diagnosticados como hiperactivos tan sólo porque son muy inquietos; recordemos que por naturaleza los varones son más activos físicamente que las mujeres.

Al respecto Van (2004), añade que el comportamiento del niño se distingue por una actividad marcadamente inagotable, que se asocia con rasgos impulsivos, como rabietas, agresividad, a la vez que implica un mayor riesgo de daños por accidentes. Muchos de estos niños tendrán problemas al iniciar el sueño o para permanecer dormidos, en tanto que las relaciones con sus padres frecuentemente serán tensas, dada la naturaleza impulsiva y explosiva del niño.

De 0 a 2 años pueden obtenerse ya algunos datos que orienten al diagnóstico, aunque hay que tener en cuenta que no pueden estandarizarse patrones específicos a esta edad. Dichos datos consisten en vocalizaciones extrañas y

constantes, así como la posible exhibición de comportamiento “anormal”, diferente, en el cual el bebé se muestra irritable, y se resiste al afecto o ser mimado.

De los 2 a 3 años se cuenta ya con una historia de predisposición a los accidentes, a la vez que es más evidente una actitud negativa y una impulsividad, lo cual altera la relación entre los pequeños y sus hermanos o sus padres. Al ser examinados por el médico, algunos niños presentan signos neurológicos blandos, como falta de coordinación motora fina y gruesa.

3 A 5 AÑOS DE EDAD

Al iniciar el periodo de socialización comienzan a aparecer otros problemas, pues la interacción del bebé se amplía y empieza a salir del núcleo familiar; los padres comienzan a tener problemas para salir con el niño debido a su inquietud y se convierte en un problema decidir a dónde llevarlo y a dónde no. La dinámica familiar se altera ya que el niño requiere una supervisión constante. La hiperactividad e impulsividad los llevan a hacer cosas que los hermanos u otros niños no hacen, como salirse de casa, trepar y exponerse a peligros sin tener conciencia de éstos.

No soportan perder y se desesperan por no poder realizar actividades que otros niños de su edad sí hacen.

En actividades en las que se requiere compartir, escuchar, atender y ejecutar una instrucción suelen fallar; tampoco pueden esperar turnos, con lo que comienzan a “desesperar” a niños y adultos a su alrededor.

Pueden agredir a sus hermanos, padres y compañeros de juego, debido a su falta de autocontrol y a su frustración: pegan y muerden a sus compañeros y a

sus hermanos, y los padres se ven frecuentemente envueltos en situaciones embarazosas por la agresión, en las que se disculpan y disculpan a su hijo.

Se les dificulta seguir las normas de la casa o escuela y parece que no escuchan, ni internalizan las rutinas, como lavarse los dientes, comer con buenos modales, etc. Todas actividades que requieren espera y control se alteran, como el control de esfínteres (pueden presentar enuresis), cooperar para que se vistan, esperar a que mamá lo atienda y, en general, postergar sus necesidades.

En esta etapa, los conflictos de pareja suelen presentarse ya que ambos padres discuten por considerar que el otro no es lo suficientemente severo para poner orden y educar al niño; o bien, los padres se resienten de los comentarios de abuelos, tíos y maestros sobre la conducta de su hijo.

Algunas veces la mamá suele sobreproteger al niño para intentar compensarlo del rechazo que percibe en los demás.

Aquí es todavía muy difícil establecer el diagnóstico de TDA, pues los periodos de atención normalmente son cortos, aunque los niños con hiperactividad pueden ya ser claramente distinguidos.

Van (2004) afirma que en este grupo de edad pueden ya ser identificados de 60 a 70% de los niños con TDA. La historia clínica demuestra que no pueden comportarse normalmente en público, por su impulsividad y problemas de adaptación social. Es en esta edad cuando aparecen los primeros reportes escolares, mismos que suelen repetirse con tal frecuencia que las mamás adquieren la "fobia al teléfono" y la "fobia a las juntas" con la psicóloga escolar.

Las escuelas con profesores ignorantes y sin vocación para *educar*, expulsan a estos niños desde esta temprana edad, y entonces el pequeño inicia una vida de “nómada escolar”, con el consiguiente desajuste emocional que ello acarrea y que arrastrará por toda la vida.

5 A 12 AÑOS DE EDAD

Si el niño aún no ha sido diagnosticado, al ingresar a la primaria el déficit de atención originará crisis, ya que el niño a esta edad ya debe haber desarrollado habilidades sociales, emocionales y pedagógicas para tener éxito en el ambiente escolar (atención, control de impulsos, tolerancia a la espera, destreza motora, discriminación perceptual o habilidad para identificar y reconocer estímulos visuales, como la posición de las letras).

Sus periodos de atención varían significativamente de otros niños de su misma edad; no pueden llevar a cabo instrucciones que incluyan dos o tres comandos a la vez; no pueden terminar sus trabajos y suelen brincar de una a otra actividad; sus constantes saltos de una a otra idea los llevan a no centrar sus intereses en un solo objetivo, por lo que no pueden atender a los detalles que la escuela exige; no pueden permanecer en su lugar o en silencio mientras se da una explicación; interrumpen al maestro y a sus compañeros; pierden sus útiles y materiales de trabajo o se presentan al salón de clases sin ellos.

Algunos niños enfrentan dificultades en el aprendizaje de la lectura y escritura. Pueden por ejemplo centrar su atención en detalles no importantes en la lectura; no podrán resumir o rescatar información implícita de un texto pues esto requiere atención sostenida, concentración y búsqueda de significantes. La ortografía es una actividad especialmente compleja para ellos, pues tienden

a escribir las palabras como suenan; sus cuadernos no siguen un orden, pues para ellos es lo mismo empezar a la mitad de una hoja que al final de la misma. No respetan renglones, no usan regla para subrayar; omiten letras, sílabas y palabras, por lo que su escritura suele ser ilegible.

El aprendizaje de las ciencias sociales y naturales es más complejo, ya que además de la lectoescritura se necesitan la habilidad de memorización y la capacidad de relacionar datos y fechas que los ubiquen en tiempo y espacio, así como determinar relaciones causa-efecto, secuencias y clasificaciones. Requieren además el manejo de un vocabulario abstracto que facilite la comprensión de conceptos.

Otros niños pueden manifestar problemas en el área de las matemáticas exclusiva o conjuntamente, suelen olvidar los pasos necesarios para las mecanizaciones, o no pueden ubicar los números adecuadamente en unidades decenas y centenas, o confunden los conceptos.

Así, en la medida en que las demandas de los grados escolares superiores se incrementan, el niño comienza a mostrar un deterioro cada vez mayor en su rendimiento escolar y en su autoestima.

Aún más, su desarrollo social y afectivo también se ve afectado, ya que la impulsividad les acarrea una serie de conflictos que por sí solos no son capaces de identificar; al presentársele una situación en la que debe actuar con las características esperadas para la madurez de un niño de su edad cronológica. El chico con TDA responde de forma mucho más inmadura; por ejemplo: dice lo que le hacen los demás sin darse cuenta que él ocasionó esa reacción en sus compañeros.

Los niños con TDA no pueden detectar el lenguaje no verbal (gestos faciales, posturas y señas de emociones), o si lo reconocen no pueden interpretarlo adecuadamente. Además, no dejan de interrumpir, continúan la broma o manifiestan emociones fuera de lugar y de contexto, lo que frecuentemente irrita a las personas que interactúan con ellos. No distinguen una broma de una ofensa. Toman las cosas sin pedir las primero. Si recuerdan algo que para ellos era importante lo verbalizan, sin importar que estén en medio de la explicación de una clase.

Tampoco pueden seguir las normas establecidas dentro del salón de clases: levantan la mano antes de que se termine de formular una pregunta o gritan la respuesta; se levantan y deambulan por el salón; tiran y desordenan su material escolar; constantemente tratan de salir del salón y tardan mucho en regresar. En su mesa de trabajo se encuentran objetos que no necesitan; interrumpen el trabajo de los demás y les quitan su material; al pasar se “tropiezan” y tiran el cuaderno del compañero al suelo, les rompen sus útiles o se enojan porque no les hicieron caso y los golpean.

Su ritmo de trabajo difiere mucho de los demás; frecuentemente es más lento, o bien, intentan terminar rápidamente y ser los primeros, sin importar la calidad de su trabajo. Requieren que se les repita la instrucción individualmente y en varias ocasiones; no retienen la información completa y pierden el objetivo con facilidad.

Al efectuar trabajo en equipo, no escuchan ni respetan las opiniones de sus compañeros. Olvidan traer lo que se les pide, desde la firma de un recado, hasta el material para el trabajo de grupo. Pueden hacer la tarea pero olvidan meterla en la mochila o la dejan sobre su escritorio en casa.

Aunque algunos especialistas no lo creen así, la mayoría de estos niños tiene una inteligencia brillante y se dan cuenta de sus fracasos, de su inhabilidad para terminar trabajos y resolver ejercicios en comparación con sus compañeros. Por ello comienzan a sentirse raros, diferentes, “tontos” y empieza a desarrollarse una problemática emocional que afecta su autoestima de manera directa. Así, pueden comenzar a portarse mal deliberadamente, tratan de hacerse graciosos ante sus compañeros para hacerlos reír y sentirse parte del grupo, al menos durante ese momento.

Para la mamá (o la persona que supervisa la realización de los deberes escolares en la casa) la hora de realizar la tarea o la supervisión del “estudio” se convierte en una fuente de conflicto; el niño “no hace nada” si no está bajo supervisión constante. La relación se desgasta en riñas, quejas y gritos, y el pequeño desarrolla rechazo y disgusto cada vez mayor por las actividades académicas, terminando por perder el gusto por aprender y descubrir. Después de sesiones desgastantes de estudio, el niño puede repetir lo que estudió pero en la escuela no lo recuerda y los exámenes se entregan en blanco o con múltiples errores, obteniendo un muy bajo rendimiento.

El papá, que recibe las quejas al llegar del trabajo, suele considerar a la mamá como una persona sin paciencia y puede asumir una actitud rescatadora, o bien, demasiado exigente (siendo ambas ineficaces para resolver el problema). Ambos padres se dan cuenta de que la tensión aumenta en el niño y en el ambiente familiar. En otros casos, el rendimiento académico puede ser adecuado o incluso elevado, pero los constantes problemas de conducta y socialización son la fuente de conflicto, pues de manera constante existen

quejas de los maestros por la impulsividad del niño; reportes y expulsiones caracterizan la historia escolar de estos niños.

Las investigaciones demuestran que aproximadamente 25% de los niños con TDA que no se atendieron en esta etapa, al crecer se involucran en actividades de alto riesgo: robos, expulsiones frecuentes de las escuelas, mentiras, deserción escolar, reto a la autoridad, falta de respeto y agresiones, terminando por convertirse en adolescentes conflictivos y difíciles de manejar.

ADOLESCENCIA

La crisis de adolescente y el TDA no suelen ser una combinación fácil de manejar, ya que la adolescencia es, precisamente, una etapa de cambios y fluctuaciones constantes, tanto de estado anímico como de actividad motora; en esta etapa el cuerpo del niño se transforma y sufre un crecimiento acelerado y, por ende, la autoimagen y el autoconcepto se modifican; las habilidades cognitivas del adolescente evolucionan y le permiten manejar conceptos abstractos, independizando el pensamiento de la realidad concreta. En general, un adolescente se encuentra inseguro, y esto es tanto más real en un adolescente con TDA.

El adolescente con TDA detesta la escuela, pues es el lugar donde debe mostrar sus habilidades intelectuales y constantemente se le pone a prueba. La impulsividad propia de esta etapa se agudiza, especialmente cuando el trastorno no se detectó con anterioridad; asimismo, la sociabilidad se altera, pues el rechazo de sus compañeros en esta etapa es aún más doloroso que en la infancia debido a que emocionalmente el adolescente ya no puede refugiarse

en el núcleo familiar. Así, debe lograr independencia en medio de un caos en el que no comprende lo que le sucede, tan sólo se sabe diferente a los demás. Para complicar un poco más el panorama también debe efectuar una elección vocacional, de la que en mucho dependerá su éxito o fracaso en el futuro.

La vida social del adolescente que padece TDA se caracteriza por ser muy inconstante, puede variar de un grupo a otro o tender al aislamiento. Desea internamente ser igual a los demás, pero durante muchos años ha acumulado sentimientos de inadecuación e inseguridad que lo pueden empujar a mostrar “conductas extremas” para llamar la atención y así obtener admiración y respeto de los otros. Así, tratan de ser los que manejan más rápidamente, los que experimentan con alcohol y drogas, los que retan y se oponen a la autoridad para destacar entre sus compañeros. Suelen meterse en problemas con las autoridades familiares, escolares y policíacas, ya que su impulsividad no les permite reflexionar acerca de las consecuencias de sus acciones; constantemente se ven envueltos en riñas y dificultades pues se muestran intolerantes.

La impulsividad, la dificultad para retardar sus necesidades, la intensidad emocional de esta etapa y sus incumplimientos conforman un cuadro muy complejo para comenzar un tratamiento; sin embargo, si no se le trató con anterioridad, el adolescente aún puede obtener gran beneficio del tratamiento.

La organización y estructura del bachillerato puede por un lado ayudar a los chicos con periodos de atención cortos, ya que está dividido por materias y, a su vez, cada clase tiene una duración de 45 a 50 minutos. Esto significa que los alumnos pueden moverse de un lugar a otro, socializar, cambiar de ambiente, escenario y forma de trabajo; pues cada maestro es distinto. El

bachillerato es más dinámico que la primaria y esto ayuda al chico a centrar sus intereses, a atender, así como a tener más posibilidades de logro en aquellas materias que se le facilitan. Por otro lado, puede también causarle más desorganización ya que ahora se responsabiliza al alumno de controlar más variables, como el número de faltas a cada clase, retardos, “pintas”, recordar llevar el material para cada clase, recordar su horario y presentar los trabajos a tiempo.

Las investigaciones más recientes acerca del TDA establecen que al llegar a la adolescencia este trastorno se transforma en uno de los siguientes tipos:

1. TDA *exteriorizado o expresivo*. El adolescente tiene hiperactividad física y verbal: es alegón, discudidor, temperamental, efusivo, de personalidad extrovertida, que dice lo que piensa sin detenerse a considerar las consecuencias.
2. TDA *interiorizado o dirigido al interior*. El adolescente se distrae con sus pensamientos, sueña despierto, inhibe sus sentimientos, es poco expresivo, no completa tareas ni proyectos, se involucra en actividades solitarias, sueña mucho, frecuentemente se deprime pues es muy sensible y tiende a culparse por todo.
3. TDA *estructurado*. El adolescente es perfeccionista, organizado y rígido al hacer una tarea, pues si se modifica su esquema ya no la completa. Compulsivo y rígido, es poco flexible, por lo que se le dificulta trabajar en equipos; puede quedarse atorado al hacer una tarea por una subactividad que le llame la atención, perdiendo de vista su objetivo final.

Según Mendoza (2003), el déficit de atención es un estilo de pensamiento, y *si un alumno va mal en la escuela no quiere decir que le va a ir mal en la vida*. El adolescente con TDA puede tener dificultades con el aprendizaje formal, pero puede ser exitoso en otras áreas y de otras maneras; sus padres y educadores deben reconocer sus áreas fuertes para explotarlas y desarrollarlas, y propiciar con ello una autoestima fuerte. *Una persona con TDA puede ser exitosa si tiene una autoestima alta*.

EDAD ADULTA

Ahora se sabe que el TDA *no desaparece*; es una condición que acompaña a la persona en el transcurso de su vida, aunque al llegar a la adultez la persona ha desarrollado estrategias que le permiten funcionar adecuadamente en su entorno. Sin embargo, el costo emocional que ha tenido que pagar el individuo con TDA ha sido muy alto. La importancia de tratar a los niños con este padecimiento radica en que, si no se les brinda tratamiento, pueden desarrollar estrategias poco adaptativas, y terminar en situaciones del alto riesgo, pues como se ha mencionado, las personas con TDA necesitan y buscan situaciones de alta estimulación que los llevan a tomar frecuentemente riesgos autodestructivos, como adicciones, afición a los juegos de azar, afición a los deportes de alto riesgo, como el salto desde los puentes con ligas, etc.

Algunos síntomas, como la inatención, la impulsividad y la intensidad emocional, pueden persistir; sin embargo, los adultos ya no deben ir a la escuela y atender por horas un tema que no les interesa; pueden escoger su actividad y distribuir su tiempo de la manera que más les convenga; pueden ser

personas muy respetadas en su profesión pues sus altos niveles de energía y dedicación, la capacidad de observación, cierto nivel de agresión bien canalizada y su elevada creatividad les permiten llevar una vida funcional.

Por otro lado, necesitarán mucha ayuda para planear desde sus actividades hasta sus finanzas; estructuras externas que les ayuden a organizarse internamente, una enorme comprensión por parte de sus parejas y familias ya que sus habilidades sociales y las dificultades para aceptar y manejar los cambios persisten como puntos débiles. También requerirán más tiempo que la media de la población para ajustarse al cambio, puesto que a lo largo de su vida han sufrido constantemente rechazo y han vivido con inseguridad e incertidumbre, lo cual les puede haber conformado una personalidad inestable.

Al respecto, Van (2004) menciona que en los adultos con este trastorno que no han sido tratados, es común que tengan una larga historia de cambios de trabajo o de profesión frecuentes, inadaptación social, problemas matrimoniales y uso o abuso de drogas prohibidas.

Ahora bien, es importante considerar que un porcentaje desconocido de sujetos con TDA pasan la etapa escolar con éxito, sin ser detectados como “niño con problemas”, pues han desarrollado de alguna manera sus propias estrategias de supervivencia académica y social. Esta realidad se hace evidente en muchos adultos con historia de TDA o con TDA residual que, además, tienen éxito en su desempeño laboral, social y familiar.

Este hecho es utilizado, a menudo, como argumento por parte de los padres que no desean un tratamiento especializado, aduciendo que “en sus épocas” no se hacía mayor caso a este trastorno.

2. 4 COMORBILIDADES

En años recientes según comenta Joselevich (2000), se ha ido acumulando evidencia que muestra que el TDA suele presentarse acompañado de altos niveles de comorbilidad con un número importante de otras patologías. Esta surge de los resultados de distintos estudios de investigación clínicos, llevados a cabo en diferentes países pertenecientes a diferentes culturas.

Se denomina comorbilidad a los trastornos psiquiátricos o de aprendizaje que coexisten con la condición diagnóstica a la que se hace referencia, en este caso el TDA.

La noción de comorbilidad no implica necesariamente una relación de causalidad o interdependencia entre los trastornos coexistentes, sino que hace referencia a una alta probabilidad de asociación de distintas patologías en un mismo individuo, las que poseen características clínicas y un curso evolutivo propios de cada una de ellas.

Esto no constituye solamente un hallazgo estadístico en sí mismo sino que su existencia trae aparejadas serias consecuencias en la práctica clínica, ya que cuanto mayor es el grado de comorbilidad (presencia de más de un trastorno asociado) mayor es la dificultad para realizar el diagnóstico. Por otra parte, cuando un paciente presenta TDA asociado con otro trastorno, el tratamiento de uno de ellos no induce la remisión automática del otro.

Aproximadamente en el 65% de los casos el TDA se encuentra asociado con otras patologías, no solamente con trastornos de conducta, lo que se ha podido

establecer ya desde hace muchos años, sino también con cuadros de depresión mayor, severos trastornos de ansiedad, tics crónicos y trastornos específicos del aprendizaje, como la dislexia.

Estos altos niveles de comorbilidad han llevado a que actualmente se considere al TDA como una entidad heterogénea con etiologías, factores de riesgo y pronósticos potencialmente diferentes.

Afirma Joselevich (2000), que desde el punto de vista clínico, los niños que presentan TDA asociado con otros trastornos revisten mayor gravedad, ya que ven afectadas en mayor medida las distintas áreas de su vida (familiar, social y académica) y siguen una evolución más desfavorable que los niños que tienen TDA sin comorbilidad.

En cuanto al tratamiento, requieren una mayor complejidad terapéutica y necesariamente un abordaje múltiple que puede incluir la psicoterapia individual y/o familiar, tratamientos reeducativos de tipo psicopedagógico o fonoaudiológico. A su vez, el manejo farmacológico es más complejo que en el TDA no comórbido, pudiendo requerir en algunos casos la *utilización simultánea de más de una medicación para tratar eficazmente al paciente.*

COMORBILIDAD CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad abarcan un grupo de patologías que presentan como características principales los temores y las preocupaciones excesivas y persistentes, la evitación fóbica, y los episodios agudos de ansiedad con fuerte

descarga autonómica y sensación de catástrofe inminente conocidos como ataques de pánico.

Se ha encontrado que un 20% de los niños con TDA sufren también de severos trastornos de ansiedad.

La forma de presentación más común de estos cuadros en la infancia es la que se denomina angustia o ansiedad de separación, los niños que presentan este trastorno tiene un temor patológico a desprenderse de sus padres, suelen tener pesadillas acerca de este tema, viven con el miedo de que les ocurran accidentes a sus padres cuando éstos no están presentes, les cuesta dormirse solos y rehúsan participar en actividades que implican pasar tiempo fuera de casa, limitándose significativamente su vida social.

Esto es diferente de lo que sucede con el niño con TDA que puede oponerse a ir a la escuela debido a la vivencia de fracaso que la misma le despierta; sin embargo, cuando ambas condiciones -TDA y angustia de separación- coexisten, pueden intervenir conjuntamente en la determinación de un mismo síntoma, por ejemplo, el desarrollo de una fobia escolar.

COMORBILIDAD CON TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Se calcula que entre un 20 a 30% de los niños con TDA presenta a su vez cuadros depresivos mayores. Esta asociación se ha encontrado en estudios epidemiológicos realizados sobre la población general, así como también en estudios sobre población clínica de niños y adolescentes con cuadros depresivos y en grupos de pacientes con TDA.

Las características principales de la depresión mayor son la intensa tristeza o irritabilidad persistentes, y/o la pérdida de interés en casi todas las actividades.

Los síntomas del TDA, los problemas de conducta y el rendimiento escolar empeoran cuando se desencadena un cuadro depresivo, la vida social por lo general se resiente y aumenta el nivel de conflicto familiar.

El riesgo de suicidio es mayor en estos niños que en los que presentan depresiones no comórbidas, debido a la impulsividad presente en los niños con TDA.

En relación con el tratamiento se debe abordar en primer lugar el trastorno depresivo, ya sea con psicoterapia, medicación antidepresiva o con una combinación de ambas.

COMORBILIDAD CON TRASTORNOS DE CONDUCTA

Se denominan trastornos de conducta a aquellos problemas de comportamiento que, debido a su persistencia y a la afectación que producen en la vida del niño y su familia, llegan a constituir entidades clínicas definidas. Éstas son el trastorno oposicionista desafiante y el desorden de conducta (referido a conducta antisocial).

Ambos se asocian al TDA en un 20 al 40% de los casos (2,20). Estos niños son más rechazados socialmente y suelen ser expulsados de las escuelas.

La conducta oposicionista está dada por un patrón sistemático de desobediencia a las pautas impuestas por los adultos, las que el niño desafía activamente. Estos niños suelen ofenderse y perder los estribos fácilmente,

tienden a atribuir sus faltas a terceros y tienen con sus pares una actitud provocadora. Este cuadro constituye una forma más leve y puede ser a veces un precursor del trastorno de conducta antisocial. Este último, de mayor severidad, involucra un comportamiento francamente agresivo y la transgresión de normas sociales.

El tratamiento desde el punto de vista farmacológico es el mismo cuando se trata de este tipo de comorbilidad; de hecho, los fármacos que se utilizan para tratar el TDA suelen mejorar también, aunque en menor medida, los trastornos de conducta, especialmente la conducta oposicionista.

COMORBILIDAD CON TICS

Se denominan tics a los movimientos motores o vocales, repentinos, rápidos, recurrentes y sin un patrón rítmico que aparecen usualmente en forma de salvas varias veces en el día.

En cuanto a su presentación pueden dividirse en simples, cuando comprometen solamente un grupo muscular (pestañeo, sacudidas de cabeza, gritos, soplos o ruidos en forma de carraspera), y complejos, cuando involucran varios grupos musculares en la misma acción (golpeteo, gestos faciales o con las manos, palabras o frases cortas).

En el grupo de niños con TDA la prevalencia de los tics asciende al 10%.

Clínicamente, los niños que presentan este tipo de comorbilidad suelen ver más afectada su calidad de vida por los síntomas del TDA que por los tics, salvo que estos últimos sean de una severidad tal que afecten la vida social.

Esto implica que en muchos pacientes con este tipo de asociación no sea

necesario tratar los tics, sino solamente el TDA. En estos casos se debe tener en cuenta que *el tratamiento con psicoestimulantes puede inducir la aparición de tics o agravarlos si ya estaban presentes.*

Cuando existe la sospecha de que los estimulantes han desencadenado o exacerbado los tics, conviene *evitarlos* pasando a *drogas de segunda o tercera línea* para el TDA, como los *antidepresivos tricíclicos* o los *antihipertensivos* como la *clonidina* o *guanfacina*.

COMORBILIDAD CON TRASTORNOS DE APRENDIZAJE

Se denomina trastornos de aprendizaje a aquellas dificultades persistentes en un área académica (lectura, aritmética, o escritura) en la que el niño rinde significativamente por debajo de lo esperable de acuerdo con su nivel intelectual, y sin que eso se deba a problemas físicos (visión o audición) o a una mala enseñanza.

Se calcula que el 10% de la población presenta trastornos específicos de aprendizaje, de los cuales el más común es el que afecta el desarrollo de la lectoescritura y que se conoce como dislexia. En la población de niños con TDA ese porcentaje asciende al 20%.

La mayoría de los niños con TDA no comórbido con dislexia tiene a lo largo de su evolución un bajo rendimiento escolar; de hecho, alrededor del 35% de estos niños repiten grados por sus dificultades atencionales y por no poder establecer rutinas de estudio adecuadas.

Cuando ambas patologías se asocian, los problemas en el rendimiento académico se potencian provocando un alto grado de fracaso escolar, aún en aquellos niños que tienen un elevado cociente intelectual.

En cuanto al tratamiento, así como la medicación para el TDA aumenta los niveles de atención sostenida y por ende de retención de la información generando un mayor rendimiento del tiempo invertido en estudiar, la misma no es efectiva sobre los síntomas disléxicos.

En la práctica clínica se puede observar que estos pacientes, al recibir medicación para el TDA, pueden concentrarse más en juegos y en conversaciones, escuchar con más atención a sus maestros, completar actividades, etc., pero siguen con el mismo grado de dificultad para leer y escribir que antes de recibir el tratamiento farmacológico.

COMORBILIDAD CON OTROS TRASTORNOS

La prevalencia del déficit atencional con hiperactividad es de tres a cuatro veces mayor en los niños que tienen retraso mental que en los niños que poseen inteligencia normal. En estos casos la hiperactividad, la impulsividad y los problemas atencionales comprometen seriamente las capacidades adaptativas de estos niños, ya de por sí desaventajados, tornando más difícil su educación.

Todo *profesional* que haya trabajado extensamente en la evaluación y el tratamiento de pacientes con TDA, probablemente haya encontrado un

subgrupo de pacientes extremadamente difíciles de manejar, cuya hiperactividad e impulsividad es muy severa desde la muy temprana infancia, con altos niveles de agresividad y escaladas de violencia que culminan en ataques de rabia y descontrol que pueden durar horas y terminar en episodios de llanto y autorreproches; los padres de estos niños refieren que su ánimo es muy cambiante e impredecible, oscilando entre la severa irritabilidad y la depresión franca varias veces en el mismo día, sin periodos prolongados en los que el ánimo esté estable.

Este tipo de cuadro clínico se considera que está representado en el 10% de la población clínica de pacientes con TDA, y ha sido definido por un grupo importante de investigadores como *trastorno bipolar de inicio temprano*.

Si bien, la definición diagnóstica de este tipo de comorbilidad es en la actualidad materia de debate (Michanie, C., en Joselevich, 2000) lo cierto es que estos pacientes, comparados con los TDA no bipolares, se ven más afectados en su funcionamiento psicosocial, tienen una más alta tasa de trastornos de ansiedad, depresión y trastornos de conducta, y suelen empeorar sus síntomas con la medicación de primera o segunda línea para el TDA.

Al respecto de este tema, Brown (2003) afirma que el reconocimiento del TDA como una gama de alteraciones ejecutivas comórbidas con muchos otros trastornos psiquiátricos plantea muchas cuestiones sobre la naturaleza, etiología, evaluación, curso, tratamiento y desenlace clínico del TDA. Estas cuestiones se aplican al TDA tanto en sus formas relativamente sencillas como cuando es comórbido con otros trastornos, solo y en combinación con ellos.

En resumen, el conjunto de síntomas que describen al TDA quedó establecido en el DSM-IV, sin embargo, aún se especula demasiado la forma en que debe ser nombrado: *trastorno* o *enfermedad*, ya que el uso de cada uno implica diferente etiología. Así mismo, se le adjudican bastantes causas por la que este trastorno puede aparecer, ya sea por causas de origen genético, traumatismo craneal, radiación, toxinas externas, tiroides, medicamentos, causas neurobiológicas en el lóbulo frontal, el cerebelo, retardo en la maduración, presencia de estímulos distractores, características personales, etcétera. Los síntomas están especificados en el manual, en cuanto a características y temporalidad para poder ser considerados como TDA. Este trastorno, según los autores, puede acompañar al niño hasta convertirse en adulto, es decir, estar presente durante todas las fases de su desarrollo (etapa postnatal, infancia, adolescencia y adultez). Dentro de las comorbilidades con las que el TDA se puede presentar están los trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos de conducta, tics, trastornos de aprendizaje, etcétera.

CAPITULO 3. DIAGNÓSTICO

En la actualidad, el diagnóstico del TDA se basa, en primera instancia, en los síntomas que se obtienen de informaciones que proporcionan el sujeto y/o sus padres o profesores (Van, 2004).

Así mismo, Orjales (1999) asegura que los padres y los profesores constituyen dos figuras clave para la detección del déficit de atención, pero necesitan asesoramiento profesional para conocer el mejor modo de recoger de una forma objetiva la información necesaria para esta labor.

El primer paso que los padres y profesores deben seguir es la observación de los síntomas básicos del *Déficit de Atención*.

- LA DESATENCIÓN
- LA HIPERACTIVIDAD MOTRIZ-IMPULSIVIDAD

Ambos síntomas pueden presentarse a la vez o por separado. Para evaluar estos síntomas con objetividad, se toma como punto de referencia los criterios que propone la Asociación Americana de Psiquiatría (APA).

LOS CRITERIOS DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) publica un manual en el que se recogen los criterios que los profesionales deben tener en cuenta para

diagnosticar los trastornos psicopatológicos humanos. Este Manual de Diagnóstico Estadístico (llamado por sus siglas en inglés DSM-IV) también incluye pautas para el diagnóstico del **Trastorno por Déficit de Atención**.

El DSM-IV considera que para que un niño pueda ser diagnosticado de este trastorno debe cumplir los cinco puntos siguientes:

1. **Del apartado de desatención:** el niño debe manifestar seis (o más de seis) de los síntomas que aparecen en el apartado de desatención (seis o más de seis respuestas con SÍ). Los síntomas deben haberse observado por lo menos durante seis meses y con una intensidad que no es normal para su nivel de desarrollo (en el caso de niños con deficiencias deberá compararse con su edad mental, no cronológica).

De los apartados de hiperactividad e impulsividad: el niño debe presentar seis (o más de seis) de los síntomas que aparecen en los dos últimos apartados conjuntamente (hiperactividad e impulsividad). Los síntomas también deben haberse observado por lo menos durante seis meses y con una intensidad que no es propia en un niño de su nivel de desarrollo independientemente de su edad cronológica.

2. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones deben estar presentes antes de los 7 años.
3. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (la escuela o en casa).

4. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica y laboral.
5. Los síntomas pueden aparecer de forma aislada o asociados a otros trastornos como *los trastornos generalizados del desarrollo, la esquizofrenia o el trastorno psicótico* y aunque pueden presentarse junto con otro trastorno, no se explican por la presencia del mismo (por ejemplo; trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, disociativo o de la personalidad).

Estos cinco puntos son los exigidos por la Asociación Americana de Psiquiatría, para un diagnóstico de Déficit de Atención. No obstante, esto no quiere decir que un niño del que desconocemos la historia pasada, o que es demasiado pequeño para mostrar un deterioro significativo de la vida social o escolar, no pueda ser diagnosticado y, sobre todo, intervenido terapéuticamente.

Aún en el caso de que un niño no cumpla ***todos los requisitos***, puede y debe ser evaluado y convenientemente tratado.

PRUEBAS PSICOLÓGICAS Y CUESTIONARIOS PARA APLICACIÓN CLÍNICA

La medicina moderna, asegura Van (2004) ha tenido un enorme avance, gracias a que se basa en evidencia que puede validarse por métodos científicos. En el campo de la neurociencia de la cognición, al igual que en el de

la neuropsicología, se han elaborado nuevas aproximaciones metodológicas a las causas, diagnóstico y tratamiento (psicológico y médico) del TDA y de los problemas de aprendizaje. La neurociencia de la cognición lo ve, principalmente, como un trastorno derivado del funcionamiento ineficiente tanto de la memoria de trabajo (que es un proceso de codificación) como del resto de las funciones ejecutivas, más que verlo como un problema primario de la atención o de la memoria a largo plazo. La teoría de que el TDA se origina en una causa puramente psicológica, no tiene ya un sustento científico, al menos no en la mayoría de los casos.

Dicho de otra manera, hoy día sabemos que *este trastorno no se debe a traumas psicológicos de la infancia, como puede ser un niño maltratado o un hogar desintegrado; más aún, el TDA se presenta en niños con una historia familiar y personal normal, en la que no encontramos trauma psicológico alguno.*

Las diversas **pruebas psicológicas** para evaluar la conducta, son comúnmente usadas para medir las distintas variantes del TDA. Asimismo, existen pruebas específicas para el diagnóstico diferencial del TDA, es decir, comparándolo con otras condiciones psicológicas, y entre ellas está la Prueba de Variables de la Atención (Test of Variables of Attention), una batería de pruebas que distinguen entre ciertos signos del trastorno y otras patologías del aprendizaje.

Por su parte, Orjales (1999), también menciona que uno de los pasos esenciales para el diagnóstico es contestar al cuestionario de Conners.

Los cuestionarios de Connors se elaboraron en el año de 1969 con la finalidad de evaluar las mejoras comportamentales de los niños hiperactivos que recibían tratamiento. Connors confeccionó dos versiones de este cuestionario: una para ser complementada por los padres y otra por los profesores. Sucesivas investigaciones redujeron estos cuestionarios a versiones más simplificadas de 10 preguntas.

La misma asegura que a estos cuestionarios se les ha criticado la carga comportamental que mantienen y su menor eficacia para la detección de niños cuyo peso sintomatológico recae en el déficit de atención. (ANEXO 1)

Por su parte, Benassini (2002) sugiere una propuesta de instrumento exploratorio de conocimientos que puede aplicarse a padres de niños afectados, como parte del trabajo psicoeducativo. *Es importante aclarar que esta propuesta se ha diseñado a partir de otras similares que se utilizan para otras formas de patología mental, y que ésta o cualquier otra requieren de un tratamiento estadístico adecuado. (ANEXO 2)*

EL DIAGNÓSTICO POR PARTE DEL PSICÓLOGO

El binomio médico/psicólogo es insoslayable si se pretende diagnosticar y tratar adecuadamente al niño o adulto con TDA asegura Van (2004). La aproximación más adecuada para hacer el diagnóstico debe incluir:

1. Una entrevista completa con los adultos que están encargados del niño.

2. Una evaluación de las funciones cognitivas.
3. Una evaluación general del estado médico y neurológico del niño.
4. Una evaluación de las habilidades y logros académicos del niño.
5. El uso de escalas dirigidas al TDA, para padres y profesores.
6. Los reportes escolares.

En relación con el punto uno, se recalca que los padres suelen ser la fuente de información más importante, y deben ser tomados muy en serio. *Hay que recordar que la causa del TDA no son los progenitores y, por tanto, es necesario tener una actitud positiva hacia ellos. Es verdad que hay que tener en cuenta que los padres de niños con TDA tienen mayor incidencia de problemas psicológicos, como alcoholismo, neurosis o psicosis, entre otros; pero también es verdad que ellos no son los causantes del trastorno y, en cambio, sí proporcionan la historia de neurodesarrollo del niño, que es tan importante para un diagnóstico acertado.*

Algunos de los cuestionarios frecuentemente utilizados son: el de Conners, para ser contestado por los padres y profesores; el Cuestionario de Situaciones, etc.

Con respecto a la evaluación puramente psicológica López y García (1997), aseguran centrarse en describir en que consiste ésta, pues los problemas de atención son un problema básicamente psicológico.

No obstante, hacen una serie de precisiones en torno al tema del examen médico y neurológico. A pesar de que los niños con TDA no presentan daños neurológicos conocidos, sí presentan frecuentemente una anomalía en la

actividad electroencefalográfica: una actividad excesiva de ondas lentas, ondas theta generalmente, actividad que suele encontrarse en niños normales más pequeños. Por otra parte, indican que ciertas áreas de la corteza cerebral desempeñan un papel importante en la atención, y una lesión o ablación en estas zonas produce inatención e hipoarousal. En los casos que se crea que los problemas de atención puedan deberse a problemas orgánicos, a problemas de lesión cerebral o de una activación cortical excesivamente baja se debe llevar a cabo una exploración médica y neurológica.

Pero centrándose en el aspecto psicológico, según López y García (1997), las técnicas más importantes para llevar a cabo un diagnóstico de los problemas de atención son las siguientes:

- ***Observación Conductual***

Consiste en analizar las manifestaciones conductuales de la atención. Las técnicas principales con las que se lleva a cabo este tipo de evaluación son la *observación directa*, la *entrevista* y *cuestionarios*.

De forma intuitiva, parece que lo mejor es *observar directamente* las posibles <<conductas de falta de atención>> que el niño pueda manifestar. Algunos de estos índices conductuales podrían ser: duración del tiempo que la atención se orienta a un objeto o tarea; si aparta la mirada y con qué frecuencia de la tarea que está realizando; levantarse de la silla; etc. Algunos niños se muestran apáticos y prestan poca atención al mundo exterior; otros empiezan con entusiasmo una actividad pero pronto la abandonan y se quejan de

aburrimiento; otros necesitan muchos incentivos para empezar una actividad y la dejan a la mínima dificultad, etc.

Pero la observación exclusiva de este tipo de conductas es insuficiente. Existen otras técnicas complementarias como la entrevista y las escalas y cuestionarios.

Sin embargo, los *cuestionarios y escalas* son instrumentos diseñados para ser contestados por otras personas, en este caso padres y/o maestros. Es pues una estrategia de evaluación indirecta que si bien cuenta con algunas limitaciones (subjetividad en su elaboración, ambigüedad en la interpretación de los ítems o reactivos que lo componen, etc.), es en parte útil.

Dentro de las escalas de comportamiento infantil destacan las conocidas con el nombre de *escalas de calificación (rating scales)* o *listas de chequeo*. (ANEXO 3)

- ***Evaluación Psicométrica***

Consiste en la aplicación de pruebas objetivas en las que el niño consigue un rendimiento que viene expresado mediante una puntuación obtenida en la prueba. A partir de dicha puntuación, los tests psicométricos informan si hay o no déficits de atención y permiten hacer inferencias sobre el funcionamiento de los mecanismos atencionales.

Cuando se intenta analizar los tests psicológicos más importantes y/o conocidos que evalúan la atención, se ha encontrado que existen muy pocos tests específicos de atención. La mayoría son pruebas que miden inteligencia o conjuntamente habilidades perceptivas y atencionales.

López y García (1997) agregan que, una dificultad a la hora de usar la mayoría de los tests de atención es que una ejecución deteriorada no es necesariamente un índice de que existe un problema atencional, puesto que la ejecución puede estar limitada por otros muchos procesos.

- ***Evaluación Cognoscitiva***

La utilización de escalas para la valoración de capacidades y habilidades cognoscitivas varían según las preferencias de los profesionales a cargo del niño, y entre las más usadas están las siguientes.

Escalas de evaluación para niños preescolares y escolares

El sistema multidimensional para la evaluación de la conducta es un sistema práctico que realizan los padres para evaluar a sus hijos; ha demostrado ser útil y confiable para diagnosticar el TDA y sus diversas condiciones acompañantes (Van, 2004). Este instrumento de evaluación tiene dos escalas estandarizadas, multidimensionales; una para ser llenada por los profesores, y otra por los padres. Sin embargo, tiene el inconveniente de que los cuestionarios son muy extensos y, por tanto, los padres con un nivel cultural bajo requieren que la prueba se aplique por encuesta.

De igual manera, pueden utilizarse muy diversas escalas, como las de Brown (*Brown Attention Déficit Disorder Scales*) o las pruebas para la atención diaria para niños (TEA-Ch, *Tests of everyday attention for children*), que valoran diferentes parámetros de la atención: Habilidad para atención selectiva,

atención sostenida, dividir la atención entre dos diferentes pruebas, cambiar la atención de una cosa a otra, inhibir las respuestas verbales y motoras.

Escala para valorar el coeficiente intelectual

El *coeficiente intelectual* (CI) es un parámetro necesario para validar el diagnóstico del TDA, ya que esta condición no es real ni existe si el CI es muy bajo. Además, dicho parámetro constituye un factor importante de pronóstico del padecimiento, pues entre mayor sea el CI, es mejor el pronóstico del niño, y viceversa. *Por ello, si se conoce el CI puede anticiparse el tipo de desarrollo escolar que logrará realizar un niño.*

- El diagnóstico del Neurólogo

El diagnóstico neurológico incluye dos tipos de evaluación: clínica y paraclínica.

Evaluación neurológica clínica

La exploración neurológica del paciente no es para determinar si hay o no TDA. Se sabe que no hay *un* signo ni tampoco un examen de laboratorio (electroencefalograma, estudios de neuroimagen) que hagan el diagnóstico *definitivo* de este trastorno. Como ya se ha dicho, el diagnóstico básico se determina mediante la **historia clínica**.

Sin embargo, Orjales (1999), asegura que el electroencefalograma permite detectar alteraciones que agravan el problema del TDA infantil. La presencia de

estas alteraciones constituye, en principio, un peor pronóstico en la evolución de la sintomatología.

Agrega Van (2004) y dice que antes de diagnosticar definitivamente al niño con déficit de atención, es conveniente contar con una ***evaluación pediátrica completa***, sin olvidar la función visual y auditiva. Este tipo de valoración es importante no sólo para determinar si el niño está sano o no, sino que también permitirá saber si existe alguna contraindicación para la administración de los medicamentos que se utilizan en el TDA.

En este sentido, es fundamental recordar que *todos los medicamentos* que se usan para todos los padecimientos conocidos, tienen la posibilidad de causar efectos secundarios indeseables.

Por ejemplo, los antidepresivos que se suelen prescribir para el TDA, y que se llaman *antidepresivos clásicos* o típicos (tricíclicos) pueden alterar, entre otros, al sistema cardiovascular, por lo que hay que contar con un electrocardiograma (EKG) de base, y realizar otro unas semanas después de iniciado el tratamiento, para buscar probables alteraciones. Asimismo, los *estimulantes* tienden a elevar la presión arterial y, por ello, ésta debe monitorearse; además, pueden causar falta de apetito, por lo cual hay que llevar un control de las curvas de crecimiento/peso/talla así como de la medida de la circunferencia encefálica. Si se usa el *Pemoline* deben tenerse pruebas de funcionamiento hepático, de base, y repetirlas a los pocos meses.

Por otro lado, la evaluación médica general deberá descartar otras condiciones que puedan imitar o causar un estado tipo TDA, como son el *hipotiroidismo* o la *intoxicación por plomo*. Por esta razón es necesario pedir,

de rutina, **exámenes de laboratorio**, como la biometría hemática, pruebas de función hepática, pruebas de función tiroidea, y nivel de plomo en sangre.

Por su parte, Hallowell y Ratey (2001) sobre el diagnóstico en general comentan que al realizarlo, el médico ha de descartar otros trastornos similares al TDA y a la vez tiene que verificar si simultáneamente con el TDA existe otro problema. A menudo el diagnóstico del TDA se omite debido a que el síndrome queda oculto al coexistir con otro trastorno, como abuso de drogas, depresión o ansiedad. Otras veces el diagnóstico se efectúa de forma incorrecta cuando otra afección médica, como el hipertiroidismo, es la causante de los síntomas.

Más difíciles de diferenciar son los trastornos que se desarrollan de forma independiente al TDA, orgánicamente, como una ramificación. Se trata de diversas personalidades que las personas con TDA pueden tener. Pueden ser similares a lo que los psiquiatras denominan trastornos de la personalidad. Por ejemplo, la personalidad pasivo-agresiva se caracteriza porque la persona no puede expresar su agresividad directamente. En lugar de esto, la expresa de forma pasiva, a través de la inacción o de la omisión de la respuesta. Sin embargo, la falta de puntualidad, las dificultades para mantener una conversación y los olvidos, son todos síntomas característicos del TDA. Lo que se ha diagnosticado como comportamiento pasivo-agresivo, puede estar causado por un TDA.

Los mismos, sugieren cuestionarios de Criterios Diagnósticos para el TDA en niños y adultos. (ANEXO 4)

Al respecto de este tema, Brown (2003) afirma que algunos cuestionan los motivos de la cantidad cada vez mayor de personas que presentan síntomas de TDA, sugiriendo que esto puede ser una moda pasajera en el diagnóstico psiquiátrico.

El reconocimiento de la validez del TDA y de la eficacia de su tratamiento fue analizado en un informe reciente de la American Medical Association (AMA). En respuesta a las preocupaciones del público y de los profesionales referidas a un posible exceso de diagnósticos de TDA y a una posible prescripción excesiva de fármacos estimulantes utilizados para tratar el trastorno, la AMA encargó un estudio para revisar los datos más importantes. El estudio concluyó que “el TDA es uno de los trastornos mejor estudiados en *medicina*, y los datos generales sobre su validez son más convincentes que en la mayoría de los trastornos mentales e incluso que en muchas enfermedades médicas”.

En resumen, se utilizan diversas pruebas psicológicas y cuestionarios para realizar el diagnóstico, sin embargo ninguna de ellas está elaborada específicamente para detectar TDA, todas son retomadas de otras pruebas destinadas a evaluar otras patologías. Los autores sugieren que el diagnóstico sea multidisciplinario, debiendo intervenir el médico-pediatra, neurólogo, psicólogo; con el tratamiento que cada uno determine aunque en algún momento lleguen a chocar.

CAPÍTULO 4. TRATAMIENTO

En el tratamiento están involucrados todos los actores, asegura Van (2004): el paciente, su familia, profesores, terapistas, psicólogos, médicos y otros profesionales. Es decir, el mejor tratamiento es **multidisciplinario** ya que, según sea el caso, requiere técnicas especializadas para la modificación de la conducta, educación especializada, terapia emocional, terapia neuropsicológica, terapia del lenguaje, aprendizaje y audición, así como el uso de fármacos recetados por médicos experimentados en esta condición.

El mismo, describe diversas modalidades de tratamiento que conforman un abordaje *integral* para tratar el TDA.

TRATAMIENTO PSICOSOCIAL

Cada profesor y terapeuta utiliza diversos métodos para lograr el tratamiento psicosocial más adecuado; existen muchos tipos de terapias, por ejemplo:

MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

La modificación de la conducta constituye un proceso largo que requiere de gran dedicación por parte del niño, sus padres, profesores y terapeutas. Este proceso terapéutico es posible porque se sabe que el cerebro, especialmente el del niño, es altamente educable.

El mecanismo básico de una terapia de modificación de la conducta consiste en “trasplantar” al sujeto con TDA pensamientos y conductas correctos que lo ayuden a subsanar sus deficiencias. Se sabe que el sujeto con TDA *no internaliza las reglas de conducta*, es decir, no las almacena en la memoria

para después utilizarlas en el momento oportuno, sino que simplemente sigue sus impulsos. Otro problema es que *no deduce* las conductas o pensamientos adecuados, por lo que se le debe “enseñar a pensar” en forma constructiva y antes de meterse en problemas.

Al respecto, López y García (1997) mencionan que desde el punto de vista puramente psicológico, las técnicas utilizadas en el tratamiento del TDA son diversas, entre las que se encuentran:

- *Técnicas Cognitivas*
 - entrenamiento en estrategias cognitivas y metacognitivas.
 - entrenamiento en autoinstrucciones.
- *Técnicas Conductuales*
 - técnicas operantes: reforzamientos y castigos.
 - Autocontrol.

Cualquier tratamiento cognitivo y metacognitivo ha de intentar mejorar el problema atencional concreto diagnosticado mediante la aplicación constante e intensa de ejercicios; normalmente un mínimo de tres meses, y de 15 a 20 minutos diarios. Los ejercicios pueden ser autoaplicables, pero en aquellos casos en los que el nivel de atención es muy bajo y/o cuando la fuerza de voluntad del niño es muy débil, es recomendable que los ejercicios sean dirigidos por un adulto.

MODIFICACIÓN POR LA EDUCACIÓN

Es muy importante **educar** al sujeto, a su familia y a sus profesores en torno a lo que es el TDA, pues la ignorancia acerca de este tema constituye el principal obstáculo para un tratamiento adecuado. Esto implica un esfuerzo extra por parte de los padres y profesores, quienes deberán asistir a pláticas, conferencias y seminarios sobre el TDA, así como leer literatura especializada en el tema.

Los objetivos del entrenamiento del terapeuta se resumen en lo siguiente:

- Educar a la familia en lo que es el TDA
- Mejorar el éxito del niño en la escuela
- Mejorar la relación de los padres con el niño y viceversa
- Explicar los riesgos de la conducta antisocial y del abuso de sustancias en los sujetos con TDA

La modificación del TDA mediante la *educación* implica la intervención especializada de la **educación académica**. La escuela debe ser un medio bien organizado y con un equipo de profesores que entiendan el TDA. Los cambios en la escuela incluyen diversos aspectos, como los siguientes:

- a) El niño con TDA requiere **más tiempo** para aprender sus lecciones y realizar las pruebas escolares.
- b) Establecer **unidades de trabajo más pequeñas**. El niño con TDA se desempeña mejor en escuelas personalizadas, con grupos pequeños de unos 15 alumnos. Si esto no es posible, el profesor puede dividir su

grupo en subgrupos o equipos de trabajo donde sea más fácil la supervisión.

- c) Propiciar una **reducción de las fuentes de distracción** externas. Colocar al niño junto a una ventana o en la puerta abierta es una invitación para que se distraiga. Algunos profesores suelen ubicar a estos chicos en la parte más alejada del salón para que no distraigan a los demás.
- d) Alentar el uso de un **programa educativo bien definido** y, en la medida de lo posible, *adaptarlo* al niño con TDA, con el fin de igualar sus oportunidades de aprendizaje.
- e) Brindar **información diaria**, por parte del profesor, al psicólogo escolar y/o a los padres. Aunque en la actualidad es muy difícil poder tener un contacto directo diario con el profesor, quien, además, no tiene tiempo para informar a los padres de cada alumno.
- f) Establecer algún mecanismo de **recompensas positivas**. El niño con TDA ya tiene bastante castigo con su propio déficit. Reconocer lo bueno que hace el niño y premiarlo reforzará sus conductas adecuadas y lo motivará a seguir aprendiendo.

Para mejorar el desempeño escolar debe incluirse en el tratamiento la modificación de la conducta indeseable y, si el caso lo amerita, también el tratamiento con medicamentos, no sólo para el TDA sino para cualquier condición comórbida presente, como el trastorno de oposición desafiante, la ansiedad o de la depresión.

TRATAMIENTO CON FÁRMACOS

El uso de medicamentos en los niños con este trastorno es todavía un tema poco comprendido y, en general, difícil de aceptar por los padres no informados o mal informados.

Al respecto, Van (2004), hace una serie de afirmaciones que son contrastantes con lo que ha mencionado anteriormente. Responde a las creencias más populares sobre el uso de medicamentos para tratar el TDA de la siguiente manera:

- a) “El niño se va a curar del TDA sin tratamiento y con el tiempo”: falso; el tratamiento es necesario en todos los casos pues el TDA es una condición biológica, es decir, el cerebro funciona de manera distinta de la normal y, por tanto, dura toda la vida.
- b) “si se dan medicamentos al niño se les hace adictos”: falso; está demostrado que el niño con TDA y tratamiento médico es menos probable que sea adicto que el niño con TDA sin tratamiento que tiene problemas con su autoestima y fracasos escolares y sociales.
- c) “Los medicamentos son tóxicos”: cierto parcialmente, pues toda sustancia lleva consigo el riesgo de producir efectos secundarios que pueden ser leves o severos.

La decisión final de medicar o no recae en los padres cuando el niño es pequeño; sin embargo, si éste tiene suficiente edad, su opinión debe tenerse en cuenta. En general, ya los niños de 10 a 12 años son conscientes de los

beneficios del medicamento y solos se lo administran, con la supervisión de sus padres.

Cuando un niño con TDA no se somete al menos a un periodo de prueba, los padres nunca sabrán por experiencia directa si el medicamento es efectivo o no, y años después, si el TDA sigue un curso “difícil”, será ya tarde para arrepentirse.

A los adolescentes con TDA nunca se les debe obligar a tomar medicamento

ESTIMULANTES

Los estimulantes del sistema nervioso central son las denominadas *drogas psicotrópicas*, que conforman el grupo farmacológico que más se utiliza en el tratamiento de los desórdenes psicológicos en los niños.

Los estimulantes actúan incrementando los estados de vigilia, de alerta y la actividad. Su acción se parece a la producida por las *catecolaminas* (como la adrenalina noradrenalina o dopamina), y a dicha acción se le ha llamado *simpaticomimética* porque imita al sistema nervioso simpático, que está encargado de preparar y sostener al organismo para la actividad física y mental.

A nivel neuronal los estimulantes actúan aumentando la cantidad de neurotransmisores, con lo que activan las neuronas por más tiempo. La explicación científica sostiene que bloquean tanto a la molécula transportadora (que reabsorbe) como a la dopamina y, en menor grado, a la noradrenalina; así se incrementa el tiempo (y el efecto) en que estos neurotransmisores están presentes y actúan en el botón sináptico, y entonces se ligan por un mayor

periodo a los receptores postsinápticos en más neuronas, lo que aumenta la transmisión y actividades de éstas.

Aparentemente, es paradójico que se administre un estimulante al niño con TDA, quien parece estar sobreestimulado porque es hiperactivo. Sin embargo, lo que ocurre es que el estimulante, al activar (estimular) el cerebro, en especial a los lóbulos frontales, permite que las funciones ejecutivas se normalicen y que el niño tenga más control de sí mismo, a la vez que su atención mejora.

Además, asegura Van, los estimulantes disminuyen la conducta oposicionista y mejoran la habilidad del niño para interactuar con su medio.

ANTIDEPRESIVOS

Son un amplio grupo de medicamentos usados en psiquiatría y su nombre se deriva de que se utilizan en adultos para tratar la depresión. Su aplicación en niños con TDA, también es útil para tratar otros problemas, como evitar mojar la cama de noche (enuresis), o ayudar a corregir el desorden obsesivo-compulsivo.

En general, se utilizan como primera opción para el tratamiento del TDA cuando existen tics o como segunda opción cuando los estimulantes, por alguna razón, no se pueden indicar. Disminuyen la sobreactividad motora y la impulsividad, a la vez que amplían el periodo de atención.

La administración de antidepresivos en el tratamiento del TDA se ha intentado cuando los estimulantes no han tenido el resultado esperado, cuando se detecta alguna contraindicación para éstos y cuando se usan los estimulantes

pero su beneficio dura periodos muy cortos (pocas horas), aunque esto último también puede solucionarse con preparaciones de estimulantes de lenta liberación

Al utilizar estos fármacos, Van dice se debe estar consciente de su potencial para causar efectos secundarios **cardiovasculares** (lentificación de la conducción cardiaca). Por ello, es preciso contar con un electrocardiograma (EKG) de base que demuestre que no hay anomalías previas.

Los antidepresivos llamados *tricíclicos* producen, además, efectos secundarios como **boca seca, incremento en la presión sanguínea y náusea**. El *bupropion* se ha relacionado con un incremento de riesgo de crisis epilépticas y dermatitis.

La *venlafaxina* tiene una estructura química similar a la anfetamina y actúa bloqueando en forma selectiva la recaptura de la norepinefrina y serotonina.

En general, los inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina no han mostrado efectos consistentes en el TDA y, algunas opiniones de otros autores mencionan que conllevan el riesgo de producir una disfunción del lóbulo frontal, que se manifiesta con una actitud de indiferencia para los acontecimientos de la vida diaria.

OTROS FÁRMACOS

Otro tipo de medicamentos que, en casos especiales, se han usado en pacientes con déficit de atención son: los agonistas alfa-2-adrenérgicos y los antipsicóticos.

¿CÓMO SE INICIA EL TRATAMIENTO?

Según Van (2004), cuando el paciente es un niño con TDA sin otros problemas asociados, al iniciar el tratamiento es conveniente prescribirlo todos los días, después de un mes o dos los fármacos se utilizan únicamente en los días escolares, pues su efecto es “lo tomo y me concentro mejor y estoy menos hiperactivo”.

En la casa, el problema de hiperactividad/impulsividad puede ser tan acentuado que rompe la dinámica familiar. Por ello, en estos casos los estimulantes se administran diariamente, pues se trata no sólo de un problema académico sino generalizado.

Sin embargo, cuando la dosis de medicamento es excesiva para el paciente, mejoran la conducta, pero pueden causar deterioro en la cognición, es decir, ocasionan una forma lenta de pensar que se denomina **toxicidad cognoscitiva**.

Por último, menciona Van, siempre se debe tener muy en claro que los estimulantes *no curan* el TDA, aunque sí actúan activando el cerebro y minimizando los síntomas *mientras se toman*.

Dentro de los *efectos secundarios* que provocan los medicamentos usados para el TDA, al inicio el niño puede llegar a quejarse de **cefalea** y **malestar estomacal**. Asimismo, 10% de los niños desarrollan **problemas del sueño** que pueden requerir tratamiento complementario. También se ha descubierto que el humor de algunos niños empeora.

El llamado **rebote** de los estimulantes consiste en el aumento de hiperactividad, que puede durar de 35 a 40 minutos, y se sabe que ocurre cuando el medicamento "se lava" de la sangre, esto es, unas cuatro a cinco horas después de administrarlos, por lo que el "rebote" puede disminuir o evitarse cambiando los medicamentos de corta duración (como el ritalin) a los de larga duración (concerta, metilfenidato SR).

Por otro lado, es necesario pedir exámenes de sangre en forma periódica para detectar a tiempo una posible **falla hepática**, pues existen reportes de hepatotoxicidad, especialmente con el pemoline, que puede presentarse incluso meses después de haber iniciado el tratamiento.

Los **problemas del crecimiento** en niños con TDA que toman psicoestimulantes, constituyen una preocupación frecuente de los padres. Algunos estudios han reportado *baja estatura* en preadolescentes, pero la altura en adultos se ha reportado como normal.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

Los llamados *tratamientos alternativos* pueden, incluso, ser peligrosos para la salud física y mental del niño, aún los llamados "medicamentos naturistas" podrían llegar a ser tóxicos. Es más recomendable que los padres gasten sus recursos económicos y su tiempo en tratamientos que tienen una utilidad demostrada.

- DIETAS

Existen diversas *dietas*, como la eliminación del azúcar en alimentos y bebidas o la eliminación de diversos aditivos artificiales en los alimentos, que no han

demostrado ser efectivas para mejorar los síntomas del TDA, excepto en los "resultados" de algunos estudios que están basados en una metodología deficiente y que sólo han examinado a un número reducido de niños con TDA y problemas de conducta. Por ejemplo, la idea de la eliminación de azúcares se basa en la observación de las profesoras de preescolar de que los niños "normales" aumentan su actividad espontánea cuando comen dulces; como es obvio, esto no tiene relación con el TDA.

Sin embargo Stevens (2002), propone toda una serie de recetas especiales para los niños con TDA, en las que recomienda, por ejemplo, sustituir total o parcialmente la harina pastelera de trigo entero por harina blanca, sustituir la grasas nocivas por las benéficas, utilizar frutas dulces o jugos de fruta concentrados en lugar de azúcar en las recetas, etc.

Asegura que para un niño, lo que le puede afectar es la sensibilidad a los alimentos (leche, chocolate, colorantes artificiales, etc.), y deficiencias de ácidos grasos esenciales. Para otro niño, la identificación de sensibilidad a los alimentos (leche y trigo); el tratamiento para la sensibilidad a la soya y evitar el azúcar puede cambiar la vida del niño. Para otro más, la identificación y el tratamiento de una deficiencia de la hormona tiroidea puede producir resultados sorprendentes. Y para cada niño, comer una dieta nutritiva es una pieza importante de su rompecabezas.

- ***MEGADOSIS DE VITAMINAS***

Administrar dosis elevadas de vitaminas no ha demostrado ser una estrategia eficaz para el control del TDA. Incluso algunas vitaminas pueden ser tóxicas cuando se ingieren en cantidad excesiva, por lo que este no es un tratamiento recomendable.

– ENTRENAMIENTO A PADRES

Al respecto del tratamiento, Joselevich (2000), propone un Programa de Orientación y Entrenamiento a Padres. Dice que éste fue diseñado para poder brindar a los padres de niños con dificultades atencionales (con o sin hiperactividad) y problemas de oposicionismo y de conducta, la posibilidad de desarrollar recursos específicos para poder hacer frente a las demandas que la crianza de estos niños imponen.

A su vez que propone este Programa, también asegura que si bien el tratamiento farmacológico es la terapéutica de elección en el abordaje de estos niños, existen algunas limitaciones clínicas que justifican la implementación de un Programa de Orientación a Padres.

Por ejemplo, entre un 20 y 30% de niños en edad escolar y un mayor porcentaje de población preescolar no muestran una respuesta favorable a la medicación. Para aquellos que sí muestran una respuesta favorable, en un porcentaje también pueden presentar efectos adversos de magnitud suficiente que harán necesario suspender la medicación cuando el niño vuelve de la escuela o durante los fines de semana. Por otra parte, algunos padres consideran que el tratamiento farmacológico no es una opción terapéutica

viable para utilizar con sus hijos, y en este caso serían necesarias ofrecer intervenciones alternativas.

Niños que poseen bajo rendimiento escolar, requerirán además adquirir habilidades de organización, de tiempos, materiales, etc. Y crear hábitos de estudio, pues la medicación en sí misma no incorpora esas destrezas.

El *Programa de Entrenamiento a Padres* se compone de los siguientes puntos:

- Brindar información específica y actualizada a los padres.
- Reencuadre de los comportamientos “problema” a la luz de las interacciones. Identificación del problema.
- Prestando atención en forma positiva. Momento de “juego o tiempo especial”.
- “Generador de comportamientos”. Atención y desatención selectiva mediante estímulos positivos.
- Aumentar la atención del niño cuando se establecen pautas y consignas.
- Acerca de los límites y la disciplina.
- Contratos y recompensas.
- Programar el comportamiento positivo en otros contextos.
- Identificar y resolver los problemas en la escuela.
- Revisión de estrategias. Anticipación frente a futuras dificultades.

Este tipo de Programa de Entrenamiento está destinado a padres de niños en edad escolar (3 a 12 años) y se indica cuando existe un nivel de tensión

familiar significativo respecto de las dificultades y discrepancias en relación al manejo de niños con TDA, oposicionismo desafiante y dificultades de conducta. El programa no estará indicado en presencia de dificultades de pareja preexistentes a los problemas de crianza.

Entre los factores que disminuyen la motivación y favorecen la deserción prematura, se ha encontrado según Joselevich (2000), que las dificultades socioeconómicas, desempleo, salud, etc., y problemas psicopatológicos, depresión, TDA de los padres, aislamiento social, conflictos de pareja o en proceso de divorcio, altos niveles de tensión y agresión, son factores familiares que impiden o dificultan la participación. Así como la presencia de trastornos depresivos y trastornos de conducta que no hayan sido oportunamente evaluados en el niño.

En resumen, existen múltiples y variadas formas de tratamiento, desde la modificación conductual, tratamiento psicosocial, modificación por la educación, hasta el tratamiento con fármacos, no obstante, para el último y el más utilizado, existen numerosas desventajas en su uso. Así mismo, se sugieren tratamientos alternativos como dietas especiales para niños con TDA, entrenamiento a padres, etcétera.

CONCLUSIONES

Las implicaciones que tiene la palabra “disfunción” en el diagnóstico de un sujeto (sea niño o adulto) determinan de sobremanera la forma o posición en la que se va a situar dentro la sociedad que lo rodea.

Desde que el TDA comenzó se ha nombrado de diferentes formas, sin embargo, ninguna de ellas ha logrado hacer menos alarmante el hecho de que “*no prestar atención*” sea un problema que llegue a necesitar incluso hasta de pastillas.

Las diferentes denominaciones como “*Síndrome, Lesión cerebral mínima, Disfunción cerebral*” y la más actual: *Trastorno de Déficit de Atención*” denotan toda una serie de limitaciones que incluso van más allá del puro comportamiento, también abarcan aspectos físicos que presumen una falla en el cerebro.

De forma aventurada, en el mismo nombre queda establecido que la falta de atención se debe a alguna lesión en el cerebro. Si esto fuera así, entonces no cabrían los otros nombres que se le han dado (enfermedad, síndrome, problema de atención, etc.). Por ejemplo, Van (2004) comenta: “*se le llama trastorno por que es un conjunto de síntomas que tienen una causa común y que siguen una evolución igual. No se usa la palabra enfermedad ya que ésta denota la existencia de una cierta lesión en algún órgano –que en este caso sería el cerebro-, lo cual no es correcto*”.

Ejemplos como el anterior demuestran que desde el nombre de la enfermedad hasta la forma de tratamiento varían, según la preferencia y orientación de cada autor.

Es impactante el número de casos reportados ahora con TDA, y al mismo tiempo, inevitable el cuestionamiento de porqué este trastorno brota sin vista a detenerse y hace algunos años no se sabía nada de su existencia.

Este aspecto también es tema a debatir entre todos los afines, pues aún no se ponen de acuerdo si el trastorno es algo “nuevo” y por lo tanto “esta de moda” (de ahí su asiduidad), o es algo que ya existía de tiempo atrás, aunque no se había escuchado nada al respecto.

Tocante a la **definición**, la más utilizada es la que establece el DSM-IV, afín con lo que *la mayoría* de los encargados en el tema coinciden.

Ésta, en uno de sus párrafos escribe: *“Es un patrón persistente de inatención de tipo inadaptativo en cuando menos dos ámbitos diferentes (casa y escuela, escuela y trabajo, casa y trabajo) y que debe estar presente antes de los siete años de edad.*

Al respecto, hay muchos argumentos que convierten a la afirmación anterior en un absurdo; pues supuestamente ahora el TDA puede durar hasta la vejez. Tampoco existe seguridad alguna en que los síntomas aparecidos en algún niño menor de siete años se deban precisamente a este trastorno, ya que de antemano se sabe que en esta etapa (3 a 7 años) los niños experimentan de forma constante un proceso evolutivo, en el cual, al principio viven en un mundo subjetivo, experimentan la omnipotencia, viven en un mundo onírico mientras están despiertos. Muy bien podría pasar esta etapa como síntomas del TDA si se quisiera.

En el camino a la objetividad el niño se encuentra con el Principio de Realidad, cuya posición intermedia es el objeto transicional. Aquí está la locura permitida, locura que existe dentro del marco de la cordura” (Winnicott, 1963).

A esto podría responder el hecho de que el niño preste menos atención a lo que no se encuentra dentro de *su* realidad.

La **etiología** del TDA se encuentra aún en manos de la suposición; no importando esto, aparecen múltiples tratamientos que presumen curar algo que todavía es incierto.

Mientras algunos aseguran que no existe causa orgánica, otros pueden detectar mediante electroencefalogramas la lesión que “produce” el mal comportamiento y la falta de atención. Se habla también de que puede ser hereditario y pasar de generación en generación.

En palabras de los mismos autores, se asegura que no existe una causa que explique a este trastorno en su totalidad y que el 80% de los casos estudiados están en esa situación. Hay evidencias de que no existe una teoría unificada que explique el TDA.

Del mismo modo, la presencia de factores como la disfunción familiar, el estado socioeconómico de la familia y el medioambiente en general son discutidos por su valor para afectar o no al niño con “*TDA*”.

De forma arriesgada Van (2004) asegura que este trastorno no se debe a traumas psicológicos de la infancia; no obstante casi el 100% de los casos con TDA **son niños**. Contradictorio a lo anterior, Benassini (2002) sugiere que hay que tener en cuenta que los padres de niños con TDA tienen mayor incidencia de problemas psicológicos, como alcoholismo, neurosis o psicosis, entre otros.

Al respecto, es sorprendente que se suponga que el medio ambiente en general no tiene relación alguna con la aparición de este tipo de comportamiento.

La relación primaria del niño con la madre y, posteriormente con el padre generará a ese ser que posteriormente se irá convirtiendo en niño, en sujeto. De esa relación depende el bien o mal estar futuro en las relaciones con los demás.

Todo comienza así de simple, con la mera preocupación de la madre por su hijo. Si la figura materna se encuentra en ese estado de “preocupación maternal primaria”, entonces da paso a que el bebé pueda vivir en un mundo subjetivo en el que no se entromete la realidad externa. Todo lo vive tan bueno como se lo pintan los padres.

*“La totalidad del procedimiento del cuidado infantil debe caracterizarse por el modo **firme** y **estable** de presentarle el mundo al niño” (Winnicott, 1963).*

El niño está al principio en un estado de dependencia absoluta, de ahí la importancia de la provisión ambiental, pues esta determina en gran medida la evolución de los procesos de maduración.

Pero el medioambiente no hace al niño, sólo le permite realizar su potencial. Por decirlo así, una madre y un padre no producen un bebé como una manufactura creada por ellos, lo que hacen es poner en marcha un proceso de desarrollo que da por resultado la existencia de un “huésped” dentro del cuerpo de la madre, luego en sus brazos y luego en su hogar. Lo que acabe por ser el huésped escapa al control de los demás (Winnicott, año).

A partir de esta relación primaria se podrá conformar la *salud mental* en el futuro, teniendo como caminos: una unidad integrada o interferencias para edificarse.

De causas que podrían provocar la aparición de TDA en un niño se mencionan en gran cantidad: por radiación durante el embarazo, por un golpe en la cabeza, por intoxicación por plomo al jugar, incluso por estímulos distractores externos como el color de las cosas, el frío o calor excesivo del ambiente, el ruido, etcétera. De tal manera que hay una extensa lista como ninguna otra para buscar la causa o causas del TDA.

Aún más sorprendente es que en la actualidad, para explicar la etiología del TDA se utilizan los hallazgos encontrados en experimentos hechos con ratones; como en épocas pasadas donde el comportamiento animal se hacia equiparable de alguna forma con el del ser humano. Aseguran los encargados de estos experimentos que los ratones utilizados presentan una conducta similar a la del niño con TDA. *¡sorprendente!*

Los **síntomas** del TDA parecen estar muy bien definidos: periodos cortos de atención, algunas veces con hiperactividad, etc. Sin embargo, se establece como parámetro que deben presentarse por un mínimo de 6 meses. Surge la duda cuando alguno de estos niños dura menos o más tiempo con dichas características. Saldrá victorioso si logra librarse de la carga de un diagnostico con TDA, incluso se salvará de las pastillas. Pero por el contrario, si tarda más con los síntomas, su vida tomará un nuevo rumbo, que es predecible de alguna forma.

El **desarrollo** también es otro aspecto a debatir. Se presume que si no se recibe el tratamiento “adecuado”, el TDA puede estar presente durante todas las etapas de la vida.

Existe la sospecha de que el trastorno puede iniciar desde una edad muy temprana. En su argumento, los autores describen las características de los niños con TDA que tienen de 0 a 3 años, advirtiendo ellos mismos que no se debe caer en la tentación de catalogar de inmediato a un bebé que presente los rasgos particulares del trastorno. Pero, en base a qué, es posible diagnosticar a un sujeto que ni siquiera está inmerso en el lenguaje, que está iniciando apenas el camino de la comprensión, de la conciencia de la existencia del **exterior** y del **interior**; en pocas palabras, que aún no se puede defender ante el hostigamiento de una sociedad que pretende enfermar a cualquiera que salga de lo establecido, por pequeño que esto sea.

A esa edad, según Winnicot (1963), el niño va siendo capaz de abarcar los acontecimientos externos por medio de la percepción y creación. Empieza su transcurrir hacia las primeras etapas del desarrollo emocional.

*“es más sencilla la evolución de la vida cuando el sujeto descubre la vida como una experiencia personal y no como reacciones **organizadas** frente a la **patología del ambiente**”* (Winnicot, 1963).

En el transcurso de esta evolución el niño se encuentra después en una etapa de dependencia relativa, en la que ya es capaz de conocer algo, es más conciente de la provisión materna. Comienza la capacidad de comprensión intelectual.

Aquí empieza a comprender que la madre es necesaria. Es conciente de su dependencia por medio de un proceso de identificación. Va siendo capaz de

estructurar formas más complejas de identificación, lo que entraña la existencia de una imaginación.

Transcurrido el tiempo, en el camino hacia la independencia, el niño se verá poco a poco capacitado para enfrentarse con el mundo y todas sus complejidades. Iniciará su identificación con la sociedad y a partir de este momento, la escuela empezará a jugar el papel de sustituta del hogar.

Durante la adolescencia, los autores describen que los síntomas del TDA son: *soñar mucho, estados depresivos*, o por el contrario, *ser muy perfeccionista, organizado y rígido*. Pero que es todo lo anterior sino procesos psíquicos que pertenecen a la vida diaria de cualquier sujeto adolescente que está en la construcción de su personalidad, de su identidad.

Al respecto, Aberastury (1988) refiere que el adolescente atraviesa por desequilibrios e inestabilidad extremas. Lo que configura una entidad semipatológica, que ha denominado “síndrome normal de la adolescencia”, que es perturbado y perturbador para el mundo adulto, pero necesario, *absolutamente necesario*, para el adolescente, que en este proceso va a establecer su identidad, que es un objetivo fundamental de este momento vital.

Para ello, el adolescente no sólo debe enfrentar el mundo de los adultos para lo cual no está del todo preparado, sino que además debe desprenderse de su mundo infantil en el cual y con el cual, en la evolución normal, vivía cómoda y placenteramente.

Lo anterior si antes no se rompió con esa estabilidad, comodidad y “normalidad” supuesta en la infancia, pues al atravesar al niño con el TDA, todos los procesos psíquicos siguientes y durante su recorrido hacia la

adolescencia se tornarán como síntomas que aparentemente y de forma conveniente pertenecen al TDA; ya que tan sólo con una pastilla quedara resuelto y encubierto el “síndrome normal de la adolescencia”.

En relación a la **comorbilidad**, se presume que el TDA puede aparecer junto con otros trastornos, entre los cuales se encuentra el nuevo “*Trastorno Bipolar de Inicio Temprano*”. Sin embargo, la descripción de los síntomas de este trastorno son en mucho parecidos a los síntomas que según identifican al TDA. Por tal motivo, es cuestionable que los mismos síntomas aparezcan en “trastornos” diferentes, siendo la edad el único factor que determina el nombre. No obstante, ahora el *Trastorno Bipolar* ya no es exclusivo de la edad adulta, pues con el agregado “*de inicio temprano*” se determina que también los niños son propensos a padecer este trastorno en compañía del TDA.

Lo anterior se afirma, sin importar los alcances que tendría la aparición simultánea de dos padecimientos en un mismo niño. Como si no bastara con la carga que el TDA por sí solo genera, ahora el niño tendrá que soportar más síntomas que de forma directa recaen y afectan en su personalidad.

Por otra parte, el **diagnóstico** es el tópico central; la columna sobre la cual descansa la forma de tratamiento y por tanto la forma en la que el sujeto se enfrentará al mundo, dependiendo de los recursos que se le brinden, ya sean pastillas por parte del médico o terapia psicológica proveniente del indicado.

Sin embargo, el diagnóstico es un recurso en el que se da por entendido que al que se va a evaluar, diagnosticar, etc., es al otro, al que se encuentra frente a nosotros. Lejos de lo anterior, me parece que el diagnóstico no es para *el otro*,

es para saber de que forma y cómo me voy a situar frente al otro, que preguntas le voy a hacer; qué aspectos de su historia le voy a preguntar. No se trata de diagnosticar para encontrar *algo*, una disfunción, un “problema” y en base a ello tratar, pero tratar *¿qué?*; tratar a la enfermedad o al sujeto.

En este punto, es trascendente establecer los límites entre el diagnóstico médico y el diagnóstico psicológico, ya que depende de cada uno la forma de *tratar* al sujeto.

En el primero, se recetarán estudios de laboratorio y pastillas. En el segundo se trabajará con el sujeto y su entorno para tratar de comprender su forma de relacionarse con la sociedad. Precisamente no se trata de caer en una rutina médica, donde se conocen los síntomas debido a su periodicidad y se otorga el mismo tratamiento a cada niño, todos por igual, como si se pudiera generalizar y economizar el tratamiento psicológico. Aquí se juega incluso el trabajo de los profesionales, pues hasta qué punto, el psicólogo permitirá la intervención de un médico en un problema que supuestamente le corresponde a él y que da por entendido que el uso de medicamentos es totalmente contraproducente para el sujeto.

Las pruebas psicológicas son la herramienta principal de *este* diagnóstico, y sólo si alguna de ellas no presenta datos lo suficientemente claros, entonces se recurre a pruebas de manejo médico como electroencefalogramas para encontrar la causa del TDA. Sin embargo es absurdo que para el diagnóstico se utilicen pruebas que no están elaboradas precisamente para detectar el TDA, pues éstas no existen.

Incluso los mismos autores advierten que las pruebas utilizadas para diagnóstico del TDA se han diseñado a partir de otras similares que se utilizan para otras formas de patología mental.

Al respecto, existen muy pocos tests específicos de atención. La mayoría son pruebas que miden inteligencia o conjuntamente habilidades perceptivas y atencionales. Por lo anterior, una dificultad a la hora de usar la mayoría de los tests de atención es que una ejecución deteriorada no es necesariamente un índice de que existe un problema atencional.

Incluso, la utilización de dichas pruebas puede variar según las preferencias del o los profesionales que estén tratando el problema.

Entonces, sobre qué base queda asentado el diagnóstico si ni siquiera existe un instrumento *valido* (en el caso de utilizarlo) que permita definir o determinar la existencia del TDA.

Por último, se presume que el **tratamiento** *debe* ser multidisciplinario, ya que puede necesitar de técnicas especializadas por parte de diferentes especialistas. Pero el efecto que puede tener la intervención de dos o más especialistas en el tratamiento de un niño sería contraproducente en algún momento, ya que desde un principio parecería que el niño tiene bastantes problemas como para ser tratado por tantos especialistas a la vez, se vería a sí mismo como afectado totalmente.

Por otra parte, la terapia psicológica no funciona de igual forma ante un niño que llega al consultorio dopado por las pastillas que el neuropediatra le ha recetado. El efecto producirá que esté quieto, más tranquilo de lo *normal*, pero

no sólo en su comportamiento sino también en su estructura psíquica, lo que no ayudaría en nada al trabajo del psicólogo.

Sin embargo, el psicólogo también puede llegar a brindar un tratamiento que en poco se diferencia al de un médico, pues el único factor que es de su interés desaparecer o modificar es lo que se ve, lo observable, lo real. El trabajo psicológico implica buscar, indagar en los procesos internos del sujeto, su historia, su construcción a través del lenguaje, algo que en definitiva va más allá del puro comportamiento, de la conducta; y trabajando desde ese lugar es menos probable que se necesite de terapias de modificación conductual o de medicamentos para controlar la conducta del niño.

De forma asombrosa algunos psicólogos prometen “trasplantar” al niño que tiene TDA con pensamientos y conductas correctas que lo ayuden a subsanar sus deficiencias, pues presumen que el cerebro, especialmente el del niño, es altamente *educable*, comentan algunos, es muy parecido al de los *ratones* utilizados en algunos experimentos.

En el aspecto escolar, se aconseja que el niño asista a escuelas personalizadas, con grupos de no más de 15 alumnos. No obstante que el maestro le prestaría más atención por tener menos alumnos, esto alejaría por completo la oportunidad de que inicie su vida social como cualquier otro niño de su edad, pues su único entorno serían esos 14 compañeros *enfermos* igual que él. Lejos de que la escuela complemente y amplíe en ciertas direcciones la función de un buen hogar, que sea una extensión de lo coexistido en casa, será un lugar en el que se deposita a lo defectuoso, a lo que no es *normal*, y

toda posibilidad de interacción con el mundo externo quedará reducida en su totalidad.

En cuanto al uso de fármacos en el tratamiento del TDA hay un sinnúmero de aspectos contraproducentes. Los medicamentos utilizados son drogas psicotrópicas que incrementan los estados de vigilia, de alerta y la actividad, pero sólo **mientras se toman**, es decir, *curan* sólo durante algunas horas. En el momento en el que el niño los deja de tomar, por ejemplo al llegar a casa o los fines de semana, regresa ese estado normal, tan desagradable para los padres o para las personas que lo rodean. Esta alternativa de tratamiento no es más que una forma de disfrazar el verdadero problema que se encuentra más allá de la simple conducta.

Aún más, los antidepresivos que suelen prescribir para el TDA (los mismos utilizados en psiquiatría y para adultos) alteran al niño en diversos aspectos como el sistema cardiovascular, elevan la presión arterial, causan náusea, falta de apetito, cefalea, malestar estomacal, problemas del sueño, problemas de crecimiento y en general una actitud de indiferencia para los acontecimientos de la vida diaria.

Son la mayoría efectos nocivos que lejos de proporcionar un bienestar o una mejora al problema como se presume, agregan dificultades, incluso a nivel físico, que hacen aún más ardua la labor de escapar de ese trastorno; lo que hace pensar sobre su utilidad.

Las técnicas utilizadas en psicología clínica son muy diversas, dependen tanto del profesional que las aplique como de la teoría de la que hayan sido tomadas. Cada una plantea una forma particular de relación con el *paciente, sujeto,*

usuario, etc. Sin embargo me parece que independientemente de la forma, lo que no se debe dejar a un lado, es precisamente a esa persona, a su entorno, a su historia a su construcción, ya que es el punto central de nuestro trabajo, y dicha persona, acude precisamente para eso, para construir un espacio en el cual se de lugar al lenguaje, a su lenguaje, al ser sujeto; más allá de verificar si ya se comportó *adecuadamente* o no; o si las pastillas están haciendo las veces de psicólogo durante algunas horas.

En este sentido, y como parte de mi labor como psicólogo, propongo una forma de trabajo mucho más inclinada hacia el análisis, hacia el cambio, hacia la creación, en donde se abra un espacio entre el *adentro* y *afuera* y no sólo se tome como referencia lo que se puede ver.

ANEXO 1

Orjales, I. (1999). Déficit de Atención con Hiperactividad. Manual para Padres y Educadores. Madrid España: Cepe

Valoración para los profesores

En la figura 14 se presenta el Cuestionario de Conducta de Conners para profesores

Para su valoración, realice los siguientes pasos:

1. Responda con una cruz valorando en qué grado el alumno presenta cada una de las conductas de la columna de la izquierda.
2. Asigne puntos a cada respuesta del siguiente modo:
NADA = 0 PUNTOS.
POCO = 1 PUNTO.
BASTANTE = 2 PUNTOS.
MUCHO = 3 PUNTOS.
3. Para obtener el Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad sume las puntuaciones obtenidas.

Figura 14: **ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PROFESORES**

	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Tiene excesiva inquietud motora ...				
2. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.				
3. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
4. Molesta frecuentemente a otros niños.				
5. Tiene aspecto enfadado, huraño.				
6. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
7. Intranquilo, siempre en movimiento.				
8. Es impulsivo e irritable.				
9. No termina las tareas que empieza. ...				
10. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
TOTAL				

Puntuación:

- Para los NIÑOS entre los 6-11 años: una puntuación > 17 es sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD
- Para las NIÑAS entre los 6-11 años: una puntuación > 12 en Hiperactividad significa sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Si su alumno presenta una puntuación superior a la indicada es conveniente que lo vea un especialista. Créame, evitará muchos problemas si el niño es detectado a tiempo.

Valoración para los padres

En la figura 15 se presenta el Cuestionario de Conducta de Connors para padres:

Figura 15: **ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PADRES**

	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Es impulsivo, irritable.				
2. Es llorón.				
3. Es más movido de lo normal.				
4. No puede estar quieto.				
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
6. No acaba las cosas que empieza. ...				
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
9. Sus esfuerzos se frustan fácilmente.				
10. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
TOTAL				

Para valorarla realice los siguientes pasos:

1. Responda con una cruz valorando en qué grado su hijo presenta cada una de las conductas de la columna de la izquierda.
2. Asigne puntos a cada respuesta del siguiente modo:
NADA = 0 PUNTOS.
POCO = 1 PUNTO.
BASTANTE = 2 PUNTOS.
MUCHO = 3 PUNTOS.
3. Para obtener el índice de Déficit de Atención con Hiperactividad sume las puntuaciones obtenidas.

Puntuación

- Para los NIÑOS entre los 6-11 años: una puntuación > 16 es sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.
- Para las NIÑAS entre los 6-11 años: una puntuación > 12 en Hiperactividad significa sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Si su hijo o hija presenta una puntuación superior a la indicada es conveniente que lo vea un especialista. Hágalo con prontitud, no espere a que pasen las vacaciones o a que termine el curso. La intervención es más eficaz cuanto menor es la edad del niño.

ANEXO 2

Benassini O. (2002). *Trastornos de la Atención. Origen, diagnóstico, tratamiento y enfoque psico-educativo.* México: Trillas.

Conocimientos acerca de los trastornos de atención

Lea con cuidado cada una de las siguientes oraciones y conteste con toda franqueza las preguntas. Es muy importante conocer de manera clara y veraz qué tanto sabe del problema de su hijo. No es pertinente lo que debería saber, sino la información que tiene.

Diagnóstico

1. ¿Le han informado los médicos, psicólogos, maestros o cualquier otra persona acerca del tipo de problema por el cual su hijo está siendo tratado?

No Sí
 Me han dicho que lo que le ocurre es _____
 Fuente: _____

2. Si no le han dado un diagnóstico, ¿conoce el nombre del problema o el diagnóstico?

Sí No ¿Cuál es? _____

Escala de conocimientos

3. Si no supo contestar las dos preguntas anteriores, ¿cómo describiría el problema por el cual está siendo tratado su hijo? _____

4. Si pudo dar un diagnóstico, ¿piensa que este problema consiste en:

a) Un problema nervioso sencillo que está siendo exagerado?

Sí No No sabe

b) Una enfermedad que puede afectar todos los aspectos de la vida?

Sí No No sabe

c) Un problema de salud pasajero?

Sí No No sabe

d) Un problema relacionado con dificultades para aprender?

Sí No No sabe

Síntomas

5. Anote en la siguiente lista los síntomas por los que su hijo se ha visto afectado; escoja si estos síntomas son: parte de su forma de ser, parte de una enfermedad o no lo sabe.

Síntomas	Forma de ser	Enfermedad	No sabe

6. ¿Piensa usted que su hijo puede ayudar a controlar cada uno de los síntomas?

Síntoma	Sí	No	No sabe

7. Entre los síntomas que se listan a continuación, escoja los que piense que son los síntomas comunes de la enfermedad de su hijo.

a) Tristeza, deseos de llorar y poco interés por las cosas

Sí No No sabe

Evolución y pronóstico

18. Si su hijo mejora con el tratamiento, ¿piensa usted que podría dejarlo sin volver a tener problemas?
Sí ____ No ____ No sabe ____
19. ¿Cuál de los siguientes factores podría afectar el problema de su hijo y empeorar los síntomas:
- a) Sacarlo de la escuela y buscarle otra actividad útil
Sí ____ No ____ No sabe ____
 - b) Ejercicio físico al aire libre
Sí ____ No ____ No sabe ____
 - c) No tomar el medicamento
Sí ____ No ____ No sabe ____
 - d) Problemas en la familia que le pudieran causar tensión
Sí ____ No ____ No sabe ____
 - e) Ser criticado y presionado por la familia
Sí ____ No ____ No sabe ____
 - f) Tener parásitos en el intestino
Sí ____ No ____ No sabe ____
 - g) Jugar solo
Sí ____ No ____ No sabe ____
 - h) Tomar alimentos con conservadores
Sí ____ No ____ No sabe ____
20. Suponga que su hijo está mejor y usted decide quitarle el medicamento, ¿qué cree que pasaría?
- __ Estaría igual que con el tratamiento porque ya mejoró
 - __ Estaría mejor que con el tratamiento
 - __ Los síntomas volverían a presentarse

ESCALA DE COMPETENCIAS

Tomando como punto de partida las seis competencias básicas propuestas para el trabajo con los padres se ha elaborado una escala para su exploración. Las consideraciones que se deben hacer en cuanto a su tratamiento estadístico son las mismas que las que se mencionaron en la escala de conocimientos.

Competencias en el manejo del trastorno de atención

Lea con cuidado cada una de las siguientes oraciones; encontrará que para cada número de oración hay cuatro diferentes respuestas. Usted debe escoger una sola, la que se parezca más a la manera en que se comporta cuando se presenta la situación que describe cada oración. Es muy importante que su respuesta describa la forma en que usted actúa y no la forma en que piensa que usted u otra persona deberían comportarse ante esa situación.

Autoridad

1. Si su hijo molesta a otras personas con su comportamiento y esas personas deciden sancionarlo por su cuenta, usted:
 - a) Se mantiene al margen.
 - b) Aprueba que lo sancionen con el fin de que enfrente las consecuencias de su comportamiento, pero no participa en el castigo.
 - c) Interviene para explicar a esas personas que únicamente usted es quien debe corregirlo.
 - d) Participa con esas personas en el castigo a su hijo.
2. Por lo que se refiere al comportamiento de otros parientes como hermanos mayores, primos mayores, tíos o abuelos, usted:
 - a) Les delega parte de su autoridad para que colaboren corrigiendo la conducta de su hijo.
 - b) Les pide que le permitan ejercer la autoridad únicamente a usted.
 - c) Contradice sus instrucciones frente a su hijo para que él (ella) se dé cuenta de que sólo usted tiene autoridad.
 - d) Se mantiene al margen.
3. En cuanto al manejo de su hijo en la escuela, por parte de maestros y directivos, usted:
 - a) Analiza con su hijo las indicaciones que él (ella) recibe de parte de ellos y juntos deciden si es conveniente o no que las cumpla.
 - b) Le hace ver a su hijo que las órdenes que recibe de la escuela no son adecuadas cuando así lo considera.
 - c) Les pide a los maestros y directivos que le den un trato especial a su hijo en vista de su problema.
 - d) Le pide a su hijo que acate las órdenes que recibe en la escuela.

Límites

4. Si su hijo le acompaña a hacer compras a una tienda y comienza a dañar la mercancía o el mobiliario de la tienda, usted:
 - a) Le hace ver que son una propiedad privada y que no tienen derecho a dañarlas, ya que otras personas tendrían que pagar estos daños.
 - b) Comprende que su hijo tiene un problema y considera que debe ser objeto de tolerancia especial.
 - c) Se mantiene al margen.
 - d) Lo amenaza con acusarlo con el personal de la tienda para que reciba un castigo.
5. Si su hijo asiste a la celebración del cumpleaños de otro niño y su comportamiento altera la buena marcha de la celebración, usted:
 - a) Comprende que son niños y que a veces juegan así.
 - b) Prefiere no intervenir, para que lo hagan los padres responsables de la fiesta.
 - c) Abandona inmediatamente la fiesta.
 - d) Explica a su hijo que no tiene derecho a molestar a otros o dañar la fiesta y condiciona su permanencia a que se comporte.
6. En su casa no permite que los niños brinquen en las camas o los sillones, sin embargo, su hijo se ha portado bien y pide hacerlo como un premio, usted:
 - a) Impide que lo haga y le hace ver que portarse bien no se premia permitiéndole dañar los muebles.
 - b) Acepta premiarlo con esto pero le hace hincapié en que será por esa única vez.
 - c) Le dice que si algo se rompe va a tener que pagarlo y recibirá un castigo.
 - d) Entiende que su hijo está bajo mucha presión y eso le ayuda a liberar su energía.

Rutinas

7. Para decidir el horario y número de horas que su hijo verá la televisión, usted:
 - a) Considera los horarios y días de sus programas favoritos y se adapta a esto.

- b) Mantiene siempre el mismo horario y cantidad de tiempo.
 - c) Prefiere dejarlo decidir esto para que vaya haciéndose responsable.
 - d) Aumenta o disminuye el número de horas y autoriza nuevos horarios dependiendo de que se porte bien o mal.
8. Con respecto a cosas como que su hijo se cambie de ropa al llegar de la escuela o después de comer, se siente en el mismo o en diferentes lugares en la mesa y salga a jugar en diferentes horarios y por periodos variables, usted:
 - a) Prefiere dejarlo decidir esto para que se vaya haciendo responsable.
 - b) Insiste y vigila que estas cosas ocurran siempre en el mismo orden y con el mismo horario.
 - c) Varía los horarios y el orden de las cosas para hacer más amena la vida de su hijo.
 - d) Varía los horarios y el orden de estas cosas a solicitud de su hijo pero tomando en cuenta si se ha portado bien.
9. Con respecto a la tarea escolar que su hijo debe hacer en casa, usted:
 - a) Verifica que sea siempre en el mismo horario y supervisa directamente el cumplimiento de la tarea.
 - b) Permite que su hijo elija el horario para que éste tenga variedad y sea más ameno y llevadero, pero supervisa la tarea directamente.
 - c) Prefiere no intervenir porque esta es su responsabilidad.
 - d) Interviene en la escuela para que el maestro entienda que su hijo tiene un problema y le exija menos tarea escolar.

Constancia

10. En relación con el aseo de los dientes, usted:
 - a) Le recuerda eventualmente que se los lave y espera que él vaya recordándolo cada vez con mayor frecuencia.
 - b) No siempre se lo recuerda porque usted mismo no se acuerda siempre.
 - c) Le recuerda siempre que usted se acuerda.
 - d) Prefiere tener algún recordatorio propio para no omitir recordar y dar y supervisar el lavado de dientes siempre tres veces al día.
11. En relación con los premios que va a dar a su hijo, usted:
 - a) Con frecuencia olvida cumplir con ellos.

- b) Puede variarlos y dárselos aunque no haya cumplido si considera que ha estado muy presionado.
- c) Siempre termina dándoselos aunque no haya cumplido y espera que le sirvan como estímulo.
- d) Se los da únicamente de acuerdo con lo pactado y siempre y cuando cumpla con lo requerido.

12. Su hijo ya se acostó a dormir y no se ha bañado, usted:

- a) Lo levanta y le pide que se bañe, supervisando que lo haga.
- b) Comprende que está cansado y que no vale la pena que lo levante.
- c) Considera que es su responsabilidad y que si al otro día está sucio es porque así lo eligió.
- d) Procura tener en mente que se bañe al día siguiente.

Control emocional

13. Si llama la atención a su hijo y éste se desespera, llora, se tira al suelo, se cubre la cara y no le hace caso, usted:

- a) Comprende que ha hecho mal y le pide perdón consolándolo.
- b) Se molesta aún más por su comportamiento e intenta levantarlo por la fuerza.
- c) Espera a que se tranquilice y luego le da indicaciones en un tono de voz claro y firme pero tranquilo.
- d) Le hace ver a las demás personas lo mal que se ve, buscando que de esta manera su hijo reaccione.

14. Ha dado la misma orden siete veces a su hijo y él (ella) continúa ignorándole, usted:

- a) Se aproxima con calma, se asegura de que le mira a los ojos y le repite la instrucción con voz clara y firme.
- b) Levanta la voz y le grita, lo toma de la ropa o trata de llamar bruscamente su atención de cualquier otra forma.
- c) Se disgusta mucho y decide aplicarle inmediatamente un castigo.
- d) Se siente triste y frustrado, se aleja de ahí y se queda pensativo y preocupado.

15. Su hijo trae una nota de mala conducta de la escuela, usted:

- a) Considera que en la escuela son intolerantes y decide hablar con ellos para hacerles ver el problema de su hijo.
- b) Critica abierta y claramente su conducta, utiliza calificativos para ello y se muestra convencido de que nunca va cambiar.

- c) Se siente triste y frustrado, e intenta hacerle ver que con su conducta le hace daño.
- d) Lo lee con calma, escucha la versión de su hijo y decide que castigo va a aplicarle, sin alterarse, enojarse, entristecerse ni criticarlo.

Comunicación y expresión de afecto

16. Su hijo ha mejorado sus calificaciones en relación con las del mes anterior, pero aún no tiene el rendimiento que desea, usted:

- a) Destaca la mejoría, le hace ver que está contento aunque no satisfecho y lo premia con un beso u otra caricia.
- b) Espera pacientemente al próximo periodo sin hacer comentarios.
- c) Busca algún castigo para que su hijo mejore.
- d) Le hace ver que su capacidad no es tan buena como la de otros y que por eso rinde menos.

17. Su hijo interrumpe una conversación cuando varias personas están comiendo, usted:

- a) Le pide que se levante de la mesa y vaya a su cuarto.
- b) Lo calla empleando, para ello un calificativo.
- c) Escucha lo que su hijo le dice, espera a que termine, le hace ver que lo escuchó pero que no debe interrumpir cuando otros hablan.
- d) Permanece callado y ya no comenta nada más.

18. Por lo que se refiere a caricias, abrazos, besos y palabras tiernas, en relación con su hijo, usted:

- a) Piensa que estas actitudes en demasía pueden malcriarlo.
- b) Piensa que nunca serán suficientes.
- c) Piensa que debe merecerlas para recibir las.
- d) Piensa que es más difícil querer a un niño que se comporta como su hijo.

Para cada una de las situaciones descritas en el instrumento anterior se describen cuatro posibles reacciones. Éstas pueden ordenarse descendientemente, de la más a la menos deseable, de acuerdo con las necesidades del niño, asignándole a este orden una puntuación de cuatro a uno. Así, quien responde a las 18 preguntas con las reacciones óptimas obtiene 72 puntos y quien lo haga con las más inadecuadas, 18 puntos. El rango de calificación para cada padre examinado se sitúa entre 18 (inadecuado) y 72 (adecuado) puntos y permite evaluar más adelante los resultados de la capacitación con los cambios favora-

Cap. 6. Psicoeducación

bles en estas calificaciones. Los puntajes para cada pregunta pueden quedar de la siguiente forma:

Cuadro 6.1. Puntuación sugerida para la escala de competencias en padres de portadores de trastorno por déficit de atención.

<i>Autoridad</i>	1: a 1 b 3 c 4 d 2	2: a 3 b 4 c 2 d 1	3: a 2 b 1 c 3 d 4
<i>Límites</i>	4: a 4 b 2 c 1 d 3	5: a 2 b 1 c 3 d 4	6: a 4 b 1 c 3 d 2
<i>Rutinas</i>	7: a 3 b 4 c 1 d 2	8: a 1 b 4 c 2 d 3	9: a 4 b 3 c 2 d 1
<i>Consistencia</i>	10: a 2 b 1 c 3 d 4	11: a 1 b 3 c 2 d 4	12: a 4 b 2 c 1 d 3
<i>Control emocional</i>	13: a 3 b 1 c 4 d 2	14: a 4 b 1 c 2 d 3	15: a 3 b 1 c 2 d 4
<i>Comunicación y afecto</i>	16: a 4 b 3 c 1 d 2	17: a 2 b 1 c 4 d 3	18: a 1 b 4 c 2 d 3

Las escalas previas constituyen únicamente un ejercicio de diseño de los instrumentos requeridos para el trabajo psicoeducativo. Pretenden, por tanto, resaltar la necesidad de contar con este tipo de instrumentos e invitar a los interesados a trabajar en su diseño, y desde luego, en aspectos como su validez y confiabilidad.

Cuadro 5.2

Escala ECI de profesores

1. Tiene distracciones sin explicación aparente.
2. Falla a la hora de realizar las tareas encomendadas.
3. Intenta llamar la atención.
4. Busca cualquier pretexto para dejar de estudiar.
5. Cambia mucho de sitio o de postura.
6. Habla demasiado.
7. Tiene problemas con la lectura.
8. Olvida con facilidad lo que se le acaba de decir.
9. Es impulsivo, actúa sin pensar.
10. Tiene problemas con la escritura.
11. Tiene problemas con el cálculo.
12. Le cuesta concentrarse, no mantiene la atención en la misma cosa por mucho tiempo.
13. Habla a destiempo.
14. Pone poca atención, se distrae fácilmente.
15. Interrumpe a los demás inoportunamente.
16. Le aburren las tareas escolares.
17. Estudia sólo porque se lo imponen.
18. Para animarse en el estudio, necesita que estén pendientes de él.
19. Le falta atención durante las explicaciones.
20. Le gusta mucho jugar y poco estudiar.
21. Es muy intranquilo y nervioso, no puede estar quieto.
22. Tiene dificultad para seguir las explicaciones.
23. En las clases se le nota ausente y distraído.
24. Falla a la hora de terminar lo que empieza; es poco constante.
25. Es despreocupado y perezoso para el estudio.
26. Es olvidadizo para sus deberes.
27. Es difícil inculcarle interés por aprender.
28. Altera la buena marcha de las explicaciones con extrañas ocurrencias.
29. La lectura le cansa más de lo normal.
30. Es discutidor y testarudo.
31. Es algo irresponsable para su edad.
32. Necesita que se le anime particularmente a estudiar.
33. Se mueve excesivamente.
34. Olvida muy pronto lo que acaba de estudiar.
35. Es poco aplicado.
36. Carece de ambición y considera el estudio poco rentable.
37. Está poco atento a lo que le indica el profesor.

ANEXO 3

López c. y García J. (1997). *Problemas de Atención en el niño*.
España: Pirámide.

ANEXO 4

Hallowell, E. y Ratey, J. (2001). TDA: controlando la Hiperactividad. España: Paidós.

Tabla I
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL TDA EN LOS NIÑOS
(De acuerdo con el DSM-III-R)

NOTA: considérese cada concepto sólo si el comportamiento es mucho más frecuente que el habitual en las personas de la misma edad mental que el/la interesado/a.

A. Una alteración que dure un mínimo de seis meses y en la que estén presentes por lo menos ocho de las siguientes características:

1. A menudo juguetea con las manos o con los pies, o se contonea en la silla (en los adolescentes, aunque también en los adultos, esto puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).

2. Tiene dificultades para permanecer en la silla cuando se le pide que lo haga.
3. Se distrae fácilmente con estímulos externos.
4. Le cuesta esperar su turno en los juegos o en las situaciones en que hay un grupo.
5. A menudo responde a las preguntas antes de que se le terminen de formular.
6. Tiene dificultades para seguir el razonamiento o las instrucciones de otras personas.
7. Le cuesta mantener la atención en las tareas que realiza o en los juegos en que toma parte.
8. A menudo simultanea actividades inacabadas.
9. Le cuesta jugar de una forma sosegada.
10. A menudo habla en exceso.
11. A menudo interrumpe o molesta a los demás.
12. A menudo da la sensación de que no escucha lo que se le está diciendo.
13. A menudo pierde objetos necesarios para labores o actividades que se efectúan en el colegio o en casa.
14. A menudo realiza actividades físicamente peligrosas sin considerar las posibles consecuencias.

NOTA: las características que se relacionan debajo están enumeradas en orden descendente de poder discriminatorio, basándose en los datos del ensayo clínico nacional de los criterios del *DSM-III-R* para los trastornos del comportamiento perturbador no especificado.

B. Aparición antes de los siete años.

C. No se cumplen los criterios para el trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

Tabla II
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ACONSEJADOS PARA EL TDA
EN ADULTOS

NOTA: considérese cada concepto sólo si el comportamiento es mucho más frecuente que el habitual en las personas de la misma edad mental que el/la interesado/a.

A. Un trastorno crónico en el que se den por lo menos doce de las siguientes características:

1. Una sensación de rendir por debajo de las posibilidades, de no alcanzar los objetivos propuestos (a pesar de lo mucho que en realidad se ha conseguido).
2. Dificultades para organizarse.
3. Falta de decisión crónica o dificultades para empezar las tareas.
4. Muchos proyectos en marcha de forma simultánea; dificultades para llevarlos a cabo.
5. Tendencia a decir lo que se piensa sin pensar necesariamente en lo adecuado o pertinente de la observación.
6. Búsqueda frecuente de fuertes estímulos.
7. Un aburrimiento insufrible.
8. Facilidad para distraerse, problemas para prestar atención, tendencia a desconectar o a divagar a medio leer una página o durante una conversación. Esto, a menudo, está acompañado de una capacidad especial de hiperconcentración.
9. Creatividad, intuición e inteligencia brillantes.
10. Problemas para actuar siguiendo los cauces establecidos o el procedimiento «adecuado».
11. Impaciencia, baja tolerancia hacia la frustración.
12. Impulsividad, tanto verbal como en la acción; por ejemplo, gastando dinero, cambiando planes, modificando los planes o los programas de estudio; e irascibilidad.
13. Tendencia a preocuparse innecesariamente, de forma permanente. Propensión a otear el horizonte en busca de algún motivo de preocu-

pación, alternando esto con una actitud descuidada y de desprecio frente a los peligros reales.

14. Sensación de inseguridad.
15. Cambios de estado de ánimo; pasividad, especialmente cuando no se está de acuerdo con una persona o con un proyecto.
16. Inquietud física o intelectual.
17. Tendencia a los comportamientos adictivos.
18. Problemas crónicos de autoestima.
19. Autoobservación equivocada.
20. Historial familiar de TDA, enfermedad maníaco-depresiva, depresión, abuso de sustancias u otros trastornos del control del impulso o del estado de ánimo.

B. Historial infantil de TDA. (Es posible que no haya sido diagnosticado formalmente, pero revisando el historial se puede apreciar si existieron síntomas y señales del trastorno).

C. Ninguna otra afección médica o psiquiátrica explica la situación.

Tabla III
CRITERIOS DE UTAH PARA EL TDA EN ADULTOS

I. Un historial infantil de TDA acompañado de un déficit de atención y de hiperactividad motriz, junto a por lo menos una de las siguientes características: problemas de comportamiento en el colegio, impulsividad, sobreexcitación y arranques de genio.

II. Un historial adulto de problemas persistentes de atención e hiperactividad motriz, junto a dos de los siguientes cinco síntomas: dificultades afectivas, irascibilidad, intolerancia frente al estrés, desorganización e impulsividad.

Tabla IV
TRASTORNOS QUE PUEDEN ACOMPAÑAR AL TDA, ASEMEJARSE A ÉSTE U OCULTAR SU EXISTENCIA

- Trastorno de ansiedad.
- Trastorno bipolar o manía.
- Abuso de la cafeína (excesivo café o bebidas de cola).
- Trastornos de conducta (en los niños).
- Depresión.
- Trastornos del control de los impulsos (cleptómanos, pirómanos y similares).
- Fatiga crónica.
- Historial del síndrome alcohólico fetal.
- Hipertiroidismo o hipotiroidismo.
- Intoxicación por plomo.
- Trastornos del aprendizaje.
- Fármacos (por ej. Fenobarbital y Difenilhidantóina).
- Trastorno obsesivo compulsivo.
- Trastorno oposicional (en niños).
- Ludopatía.
- Trastornos de la personalidad: narcisismo, personalidad antisocial, personalidad *borderline*, trastornos de personalidad pasivo-agresiva.
- Feocromocitoma.
- Trastorno por estrés posttraumático.
- Trastorno convulsivo.
- Alteraciones situacionales como divorcio, pérdida del empleo u otras modificaciones en la vida.
- Abuso de sustancias (por ej. cocaína, alcohol, marihuana).
- Síndrome de Gilles de la Tourette.

BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A. (1988). **La Adolescencia Normal**. México: Paidós.
- Ávila, C. y Polaina, A. (2002). **Niños Hiperactivos. Comportamiento, Diagnóstico, Tratamiento, Ayuda familiar y Escolar**. México: Alfa-Omega.
- Benassini, O. (2002). **Trastornos de la Atención. Origen, Diagnóstico, Tratamiento y Enfoque Psicoeducativo**. México: Trillas.
- Benavides, G. (2002). **El niño con Déficit de Atención e Hiperactividad. Guía para padres**. México: Trillas.
- Brown, T. (2003). **Trastorno por Déficit de Atención y Comorbilidades en niños, adolescentes y adultos**. España: Masson S.A.
- Gratch, L. (2000). **El trastorno por Déficit de Atención (ADD-ADHD): Clínica, Diagnóstico y Tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez**. Buenos Aires: Panamericana.
- Hallowell, E. y Ratey, J. (2001). **Trastorno de Déficit de Atención: controlando la hiperactividad. Cómo superar el Déficit de Atención con Hiperactividad desde la infancia hasta la edad adulta**. España: Paidós.
- Joselevich, E. (2000). **Síndrome de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad en niños, adolescentes y adultos**. México: Paidós.
- Kinsbourne, M. y Caplan, P. (1983). **Problemas de Atención y aprendizaje en los niños**. México: La Prensa Médica Mexicana S.A.
- Kirby, E. y Grimley, L. (1992). **Trastorno por Déficit de Atención. Estudio y Tratamiento**. México: Limusa.
- López, C. y García, J. (1997). **Problemas de Atención en el niño**. España: Pirámide.
- Mendoza, M. (2003). **¿Qué es el trastorno por Déficit de Atención?. Una guía para padres y maestros**. México: Trillas.
- Miranda, A., Amado, L. y Jarque, S. (2001). **Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad. Una guía práctica**. Málaga: Trillas.
- Orjales, I. (1999). **Déficit de Atención con Hiperactividad. Manual para padres y educadores**. Madrid España: Cepe.

- Stevens, L. (2002). **Cómo ayudar a los niños con Déficit de Atención. 12 alternativas para controlar la atención y la hiperactividad con métodos seguros.** México: Aguilar.
- Taylor, E. (1991). **El niño Hiperactivo.** España: Libergraf S.A.
- Van, G. (2004). **Déficit de Atención con Hiperactividad.** México: Trillas.
- Winnicot, D. W. (1963). **El proceso de maduración en el niño.** Barcelona: Laia.