

El pediatra y la familia de un niño con TDAH

I. Rubió Badía^a, B. Mena Pujol^b, B. Murillo Abril^c

^aLicenciada en Farmacia e Historia Moderna. Presidenta de la Fundación Privada Adana.

^bLicenciada en Psicopedagogía. Directora de la Fundación Privada Adana.

^cLicenciada en Psicología. Revisión de textos. Fundación Privada Adana

Rev Pediatr Aten Primaria. 2006; 8 Supl 4:S199-216

Isabel Rubió Badía, adana.irubio@gcelsa.com

Resumen

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad afecta a un gran número de niños y jóvenes. Es un trastorno crónico que acarrea, en muchos casos, problemas en la edad adulta. Su rápida detección y tratamiento pueden mejorar en gran medida la sintomatología y las consecuencias posteriores. El papel del pediatra de Atención Primaria es fundamental para la identificación temprana del trastorno, para orientar y asesorar a los padres y para coordinar a los diferentes profesionales que deben llevar a cabo el tratamiento más conveniente según la edad del niño y los problemas que presente, que en muchos casos ha de ser un tratamiento multimodal, lo que ayudará a la prevención de trastornos comórbidos, de peor pronóstico.

Palabras clave: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, Tratamiento, Conducta, Diagnóstico precoz.

Abstract

Attention-deficit/hyperactivity disorder affects a great number of children and adolescents. It's a chronic disorder that can entail problems when the child grows into adulthood. An early diagnosis and treatment could improve symptoms and consequences. The role of Primary Care paediatricians is basic in the early identification of the disorder, in guiding and advising parents and in coordinating the different professionals that should take part in the treatment more convenient according to the child's age and the problems associated. Very often, the most indicated is a multimodal treatment that will help to prevent comorbid disorders.

Key words: Attention-deficit/hyperactivity disorder, Treatment, Behaviour, Early diagnosis.

Introducción

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno de origen neurobiológico que se caracteriza por falta de atención, impul-

sividad e hiperactividad. Es la entidad psiquiátrica más frecuente en la infancia (muchos expertos están de acuerdo en que el TDAH afecta al 3-5% de la población, infantil, aunque estudios re-

cientes lo sitúan cercano al 7%¹⁻⁴) y se manifiesta en una serie de conductas molestas o disruptivas, propias de todos los niños, pero que éstos presentan con mucha mayor intensidad y frecuencia (al decir "niños" nos referimos también a niñas y jóvenes intentando así una mayor comodidad del lector).

Estas conductas pueden generar un grave impedimento en su vida diaria, tanto en la escuela como en el entorno familiar, dificultando su evolución personal, familiar, escolar y académica, al presentar una pobre autorregulación de la atención y las emociones así como poco control de la conducta y de relación social. La situación familiar puede llegar a deteriorarse y la relación entre los padres pasa por momentos difíciles. El hecho de que este trastorno tenga un componente genético quiere decir que alguno de los padres⁵⁻⁷ es muy posible que también lo tenga, y presente las mismas dificultades que el hijo en su autocontrol o manejo de su propio estrés.

Los padres suelen consultar al pediatra como profesional de referencia y con experiencia en muchas situaciones parecidas. El conocimiento que el pediatra tenga del TDAH le ayudará a dar importancia o no a lo que le expliquen y a la posterior derivación a la exploración psicológica e incluso psiquiátrica si cree

que hace falta, lo que permitirá un diagnóstico en una edad temprana que ayudará a que disminuya la aparición de otros problemas que pueden llevar a comorbilidades de peor pronóstico.

Por tanto, es fundamental que el pediatra, que tiene acceso a la mayoría de la población infantil, desarrolle competencias para la identificación y el tratamiento del TDAH, puesto que se trata de uno de los trastornos crónicos más frecuentes en la infancia, y su trabajo en Atención Primaria hace que sea, en muchas ocasiones, el que lo pueda detectar más fácilmente. Además, el pediatra tiene también un rol importante a la hora de mediar con las familias, ofrecer información sobre el trastorno, asesorar y dar pautas sobre cómo actuar.

El papel del pediatra en el diagnóstico

Una de las dificultades del diagnóstico de este trastorno es que estamos hablando de conductas propias de todos los niños, por lo que los padres se suelen preguntar "¿dónde acaba la normalidad y comienza la patología?"⁸. En muchos casos, dado que son dificultades en el control de la conducta, los padres pueden creer que el problema radica en su estilo educativo o en el trato que se da en el ámbito escolar. Tanto

padres como educadores pueden creer que el niño quiere molestarlos, no quiere esforzarse..., sin considerar que estas conductas puedan ser síntomas de un trastorno. Uno de los problemas diagnósticos es la variabilidad que muestran estos niños en su actuación diaria pues también son capaces de actuar de forma correcta (lo que desorienta más a padres y educadores).

Detección

Desde la consulta pediátrica se puede hacer una gran labor para lograr la identificación de un mayor número de casos de TDAH. Para ello, la Academia de Pediatría de EE.UU.^{9,10} elaboró un documento para pediatras con el objetivo de facilitarles la tarea de detección precoz. En la sala de espera se recomienda que los padres rellenen un pequeño cuestionario de conductas y seguimiento de aprendizaje en la escuela, lo que permite al pediatra identificar

unas conductas de riesgo cuya evolución debe seguir. Cuando estas conductas empeoran es el momento de iniciar el proceso diagnóstico. Las preguntas están relacionadas con los tres síntomas esenciales del trastorno: la hiperactividad, la impulsividad y la dificultad en la atención (ver tabla I).

Este cuestionario breve podría referirse a:

- Dificultades en el control de la conducta/comportamiento en casa.
- Dificultades en el cumplimiento de órdenes o instrucciones.
- Problemas de relación con los que le rodean (hermanos, abuelos, amigos, compañeros de clase...).
- Presencia de problemas de atención (despistes, pérdida de objetos cotidianos, dificultades para escuchar...).
- Rendimiento académico (resultados escolares, conflictos a la hora de hacer los deberes, posibles repeticiones...).

Tabla I. Ejemplos de preguntas a los padres para una detección precoz

- ¿Presenta su hijo un buen rendimiento académico? ¿Ha observado el educador alguna dificultad en el aprendizaje?
- ¿Va contento al colegio?
- ¿Están ustedes preocupados por algún problema de conducta que su hijo presente en el colegio, en casa o cuando juega con los amigos?
- ¿Tiene el niño alguna dificultad para acabar los deberes o los trabajos de clase?

- Adaptación escolar (problemas con los compañeros de clase y/o con los maestros).

Otra posibilidad sería exponer un póster con preguntas sobre la conducta y los problemas funcionales en la sala de espera para animar a las familias a preguntar cualquier duda al médico. Las respuestas positivas darían como resultado el inicio del proceso de evaluación. Algunos autores¹¹, para mejorar la detección del TDAH en Atención Primaria, proponen llevar a cabo evaluaciones sistemáticas en el control de los niños de 5-6 años mediante sencillos cuestionarios que pueden realizar los padres y profesores, como por ejemplo el SQD, que es breve y de evaluación rápida. Si la puntuación del cuestionario orienta a un posible TDAH, el paciente deberá ser derivado a un psiquiatra infantil para que confirme el diagnóstico e instaure un plan de tratamiento.

Todas estas acciones permiten una mejora en el manejo del pediatra en el ámbito de la detección de los problemas de comportamiento y desarrollo a la vez que pueden ayudar en algunos de los diferentes motivos sobre los que suelen quejarse los pediatras (falta de tiempo en su consulta, dificultad que conlleva el diagnóstico de los trastornos psicológicos, ausencia de información por parte de las familias...).

Evaluación

Una vez detectados los posibles casos es importante iniciar la evaluación inmediatamente, lo que requiere la colaboración de familias, escuelas y profesionales de la Atención Primaria. Para ello se pueden tener en cuenta ciertos aspectos del DSM-IV, que identifica 18 criterios para el diagnóstico del TDAH, muy específicos para niños en edad escolar. Para realizar un buen diagnóstico es importante que el pediatra cuente con información de varias fuentes: la observación que pueda hacer de la conducta del niño en la consulta, las entrevistas y cuestionarios administrados a los padres, la exploración física y psicológica del niño y la información que aporte el maestro o la escuela.

Diagnóstico diferencial y comorbilidad

Un aspecto muy importante que corresponde al médico de Atención Primaria^{12,13} es el de realizar un buen diagnóstico diferencial, ya que existen varios cuadros patológicos que pueden cursar con sintomatología similar a la del TDAH. Una recogida de información exhaustiva de las fuentes anteriormente citadas y una fina exploración física y neurológica permitirán diferenciar el TDAH de otras entidades como trastor-

nos médicos, trastornos del desarrollo, trastornos emocionales o conductuales y trastornos ambientales.

Además, ya que el TDAH raramente se exhibe aislado, es igualmente importante que el pediatra evalúe los trastornos comórbidos¹⁴ que se asocian a éste con mayor frecuencia o que realice una interconsulta a psiquiatría infantil para evaluarlos. No obstante, es importante que el pediatra se mantenga siempre muy cercano a la familia para que, en caso de derivación hacia otra especialidad, ésta se lleve a cabo, ya que muchos padres se resisten a acudir al especialista cuando se trata de salud mental por miedo a un posible tratamiento farmacológico, a que tilden a su hijo de "loco"... En la tabla II se muestran algunos de los trastornos neuropsiquiátricos que más frecuentemente aparecen junto con el TDAH.

Ante algunos de estos trastornos puede ser difícil determinar si representan realmente un trastorno comórbido o son una manifestación clínica del TDAH. En el caso, por ejemplo, de los trastornos de conducta y/o trastorno de negativismo desafiante se da un gran solapamiento sintomático.

En resumen, para un correcto diagnóstico el pediatra debe interesarse por la evolución global del niño; su relación con el estudio, si cumple los criterios de evolución cognitiva y motriz según su edad cronológica o su relación social; su relación con los demás compañeros de clase, con sus padres o con los hermanos. El pediatra debe permanecer alerta y accesible ante algunas circunstancias o cambios en la vida del niño (aislamiento social repentino, empeoramiento importante del rendimiento académi-

Tabla II. Comorbilidad

- Trastorno disocial
- Trastorno negativista desafiante
- Trastornos del aprendizaje
- Trastorno de las habilidades motoras
- Trastorno bipolar
- Trastorno por consumo-abuso de sustancias tóxicas
- Trastornos de la comunicación
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno depresivo
- Tics crónicos. Trastorno de la Tourette
- Trastorno generalizado del desarrollo. Autismo

co...). Muchos niños maduran más tardíamente, por lo que es preciso ser muy prudentes a la hora de avisar a los padres de un posible caso de TDAH; para diferenciar si nos encontramos ante un niño con comportamiento patológico o, por el contrario, se trata de algo dentro de la normalidad, podemos tener en consideración los siguientes puntos:

- La duración del problema, siendo ésta de al menos seis meses.
- La frecuencia o cantidad de veces que se presenta el trastorno.
- El grado de gravedad en la sintomatología del paciente.
- El nivel de angustia del paciente; éste puede ser inexistente ante situaciones graves o por el contrario ser exagerado cuando no es lo esperable.
- La desadaptación que provoca en su entorno social-familiar.

Comunicación del diagnóstico a los padres

El diagnóstico conlleva en muchas ocasiones rechazo, miedo, ansiedad, incluso sentimientos de culpabilidad en los padres. El pediatra tiene en este momento un gran papel como mediador, como tranquilizador, como conductor del proceso de adaptación de los padres, puesto que es la persona cercana al niño y la persona de referencia para

los padres. Debe estar bien informado en temas como las causas neurobiológicas del trastorno, el carácter crónico de éste, la evolución y todos los tratamientos al alcance, ya que de entrada los padres pueden negar el problema. Conviene destacar los aspectos biológicos y genéticos¹⁵⁻¹⁷ del TDAH para desculpabilizar tanto a la familia como al niño o adolescente. Es importante que los padres entiendan el trastorno (la impulsividad de su hijo, su facilidad para desespantarse y su incumplimiento de las órdenes).

El papel del pediatra en el tratamiento

Actualmente se ha demostrado que el tratamiento de mayor eficacia es el multimodal¹⁸⁻²¹, que puede estar compuesto por: tratamiento farmacológico, terapia conductual, reeducaciones psicopedagógicas, apoyo al paciente y orientación a los padres y/o maestros. Es importante que con relación al tratamiento se establezca una alianza terapéutica entre el médico, el niño y la familia en colaboración con el personal de la escuela. Hay que evaluar periódicamente el impacto del tratamiento. Se deben establecer planes de tratamiento que consideren el TDAH como un trastorno crónico. El pediatra tiene un papel muy importante a la hora de recomendar tratamientos y

resolver dudas sobre algunos que los padres pueden conocer a través de diferentes fuentes (internet, prensa, recomendaciones de familiares y amigos...). Actualmente se ofrecen numerosos tratamientos que no han demostrado aún una eficacia científica suficiente como para poder ser aconsejados desde la consulta pediátrica (terapias vitamínicas, dietas restringidas, biofeedback...). Además, es importante que los padres entiendan que llevar a cabo algunas de estas ofertas no debe sustituir el tratamiento más adecuado actualmente demostrado.

Tratamiento farmacológico

Es importante que el pediatra plantee los tratamientos basándose en la evidencia. La efectividad del tratamiento con medicación estimulante es fuerte¹⁹ y, sin embargo, es uno de los temas que más preocupa a los padres, por el que suelen consultar al pediatra^{22,23}. La información que tenemos actualmente, gracias a los métodos de diagnóstico por neuroimagen²⁴⁻²⁶, ha demostrado que existe una alteración a nivel cerebrocortical en los lóbulos frontales, que son los encargados de las funciones ejecutivas (memoria de trabajo, autocontrol de la conducta y de las emociones, control de la atención). El pediatra puede explicar

a los padres esta relación cerebro-conducta, esta posible alteración en el caso de su hijo aclarando que el tratamiento farmacológico permite un aumento de actividad en estas zonas deprimidas, que se traduce por una mejora de la atención y un mayor control de la impulsividad y la hiperactividad. Es muy importante aclararles que la medicación "no cura", pero, al igual que las gafas en las personas miopes, es una herramienta que disminuirá los síntomas, permitiendo pequeños éxitos al niño, mejorando su autoestima y su motivación. En muchos casos permite al niño estar atento para aprender a utilizar una serie de estrategias educativas y de aprendizaje, así como de manejo de la conducta; mejora de la impulsividad y el autocontrol.

Una vez iniciado el tratamiento farmacológico es muy importante la participación del personal del colegio, que puede determinar si una dosis concreta produce cambios en la conducta del niño y en su nivel de atención y si el intervalo de dosis es suficiente. Las familias, a su vez, son importantes para determinar la reducción de los síntomas por la tarde y para informar de efectos secundarios así como de algunas pautas o sugerencias para evitarlos, reducirlos o eliminarlos, como se indica en la tabla III.

Tabla III. Efectos secundarios a la administración de neuroestimulantes

Efectos secundarios históricamente asociados al empleo de estimulantes	Comentarios
Efectos secundarios frecuentes <i>(mejoran al reducir la dosis)</i>	
Pérdida de apetito	Administrar estimulantes tras las comidas
Pérdida de peso	Escasa repercusión sobre índices nutricionales
Irritabilidad	Reducir dosis o retirar según evolución
Dolor abdominal	Suele ser transitorio
Cefaleas	Reducir dosis; valorar placebo
Labilidad emocional	Generalmente tolerable
Efectos secundarios moderadamente frecuentes	
Insomnio de inicio	Disminuir dosis; no administrar por las tardes
Apatía	Tolerable generalmente
Disforia	Reducir la dosis o retirar
Aumento de peso	Relacionado con otros factores
Efecto rebote	Emplear estimulantes de acción más larga
Rash cutáneo	Dudoso; valorar otras causas
Efectos secundarios mínimamente frecuentes <i>(pueden sugerir la retirada de medicación)</i>	
Tics	¿Comorbilidad o consecuencia?.
Depresión	Si intensos: retirar
Retardo del crecimiento	¿Comorbilidad o consecuencia?
Taquicardia	Descartado en la actualidad
Hipertensión	Aumento de la frecuencia, generalmente en parámetros normales. Controlar.
Psicosis	Aumento de la TA, en rangos normales. Controlar
Estereotipias	Controlar
Hepatotoxicidad	¿Comorbilidad o consecuencia? Retirar
	¿Comorbilidad o consecuencia? ¿Tolerables?
	Sólo con pemolina
Efectos al retirar el fármaco <i>(poco frecuentes. Beneficio de estimulantes de acción prolongada)</i>	
Efecto rebote	¿Situación basal o aumentada?
Insomnio	Poco frecuente
Depresión	¿Comorbilidad o consecuencia?

Tratamiento conductual

También es evidente la efectividad de la terapia conductual para reducir los síntomas del TDAH. Además es sabido que el hecho de no intervenir de forma precoz para la mejora de algunas conductas hace que éstas no sólo no desaparezcan sino que probablemente aumenten. Además de sus ventajas, es útil cuando la familia no quiere usar estimulantes o ayudar a disminuir la dosis. Ayuda también a los padres a tener una percepción más positiva de su hijo, pero se aconseja usar las dos alternativas para el tratamiento inicial.

El tratamiento conductual tiene como objetivos:

- Reducir algunas conductas propias del TDAH, ayudando al niño a controlar su movimiento.
- Mejorar la conducta relacionada con la atención (conseguir mayor obediencia o mayor atención ante las tareas escolares).
- Aumentar el autocontrol consiguiendo un pensamiento más reflexivo (reducir la conducta agresiva y las conductas de riesgo).

Es muy importante ir evaluando el tratamiento para determinar su impacto y sus consecuencias adversas a través de la información que den los padres, profesores y el personal de la escuela. Si

el plan de tratamiento no diese los resultados que se habían marcado como objetivo, el pediatra, los padres y el personal de la escuela deberían evaluar el diagnóstico inicial, la adherencia a éste y la presencia de condiciones previamente existentes.

Asesoramiento a los padres

Parte del tratamiento que puede ofrecer el pediatra, además de tratar los síntomas principales del TDAH, es asesorar a los padres²⁷ sobre cómo manejar los síntomas conductuales y otros problemas que puedan presentarse derivados de la propia sintomatología, como los problemas de autoestima, problemas de aprendizaje, fracaso escolar o los problemas de relaciones sociales. En muchos casos la inexperiencia hace que los padres carezcan de instrumentos para establecer normas, hábitos y límites. Los consejos que el pediatra pueda dar para actuar ante las conductas problemáticas que presentan estos niños les serán muy útiles, ya que es muy recomendable que los padres se conviertan en "expertos" en TDAH para que comprendan el motivo del comportamiento de su hijo, sepan cómo manejarlo y cómo ayudarlo. El pediatra puede asesorarles, darles pautas y consejos, y también recomendarles algunas lecturas (en la tabla IV

aparece un listado de libros) para que puedan obtener más información sobre el trastorno.

Además, para el tratamiento, especialmente el de tipo conductual, es fundamental implicar tanto a padres como a maestros, ya que las intervenciones de este tipo que han demostrado ser más efectivas son aquellas que se realizan de forma intensiva. Por otro lado, según el doctor Rusell Barkley, la intervención terapéutica más eficaz ha de ser en el lugar donde ocurre la conducta negativa y en el momento en que ocurre, lo que denomina como "punto de ejecución"²⁸. Por tanto, es muy importante

que el pediatra proporcione a los padres estrategias para afrontar éstas u otras conductas problemáticas.

A su vez, unos padres con la información adecuada²⁹ y con ejemplos de mejora de la motivación y de comportamiento en casa mediante refuerzo positivo o manejo de contingencias podrán ayudar al maestro en el establecimiento de estas técnicas en la escuela cuando aparezcan comportamientos inadecuados, ya que otra área de gran importancia es la colaboración con el educador. El profesional ha de trabajar de forma conjunta con los padres, educadores y el propio afectado.

Tabla IV. Bibliografía sobre TDAH para padres

- Barkley R. Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Barcelona: Paidós; 1999.
- Sarane Eddy L. Todo sobre el niño hiperactivo y cómo manejarlo. Barcelona: CIMS; 2002.
- Gargallo López B. Hijos hiperactivos. Madrid: CEAC; 1991.
- Polaino-Lorente A, Ávila de Encio C. Cómo vivir con un niño hiperactivo. Madrid: Alfa Centauro; 1993.
- Taylor E. El niño hiperactivo. Buenos Aires: EDA; 1998.
- Puig C, Bales C. Estrategias para entender y ayudar a niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA/H). Madrid: CEAC; 2003.
- López Rodrigo A. Como un motor en marcha. Oviedo: Comunicaciones y Ediciones del Norte; 2006.
- Green K. El niño muy movido o despistado. Barcelona: Medici; 2000.
- Hallowell E, Ratey J. TDA: controlando la hiperactividad. Barcelona: Paidós; 2001.
- Fasaber A, Mazlish E. Cómo hablar para que sus hijos le escuchen y cómo escuchar para que sus hijos le hablen. Barcelona: Medici Editorial; 1997.
- Herbert M. Entre la tolerancia y la disciplina. Barcelona: Paidós; 1992.
- Meeks C. Recetas para educar. Barcelona: Medici; 1993.
- Polaino A. Manual de hiperactividad. Madrid: Unión Editorial; 1997.
- Rief S. Cómo tratar y enseñar al niño con TDA/TDAH. Barcelona: Paidós; 2000.

Pérdida de autoestima

La pérdida de autoestima es la repercusión socioemocional más preocupante por el gran impacto que puede llegar a tener en el curso y pronóstico del trastorno. Los adultos suelen manifestar lo molestos que son, reciben mayor número de críticas, se los castiga más a menudo que al resto y no reciben tantas alabanzas y comentarios positivos como otros. Muchos niños con TDAH comentan: "Siempre lo olvido todo, ¡soy un desastre!", "No sirvo para nada", "Nadie valora lo que hago", "Siempre me castigan aunque no sea el culpable". No es de extrañar que estos niños se valoren más negativamente que otros, que sean más impopulares y menos felices que otros niños de su edad. Más del 50% de niños afectados presenta problemas emocionales como: sentimientos depresivos, sentimientos de desconfianza, inseguridad o baja autoestima ya que reciben mucha más información negativa que otros sobre su comportamiento o sus tareas. También tienen mayor número de errores y fracasos, a pesar de intentarlo porque quieren agradar a los demás. Por todo ello se sienten indefensos e inseguros; hagan lo que hagan, fracasan por su falta de atención y de autocontrol. Al ir de fracaso en fracaso se les deja de ofrecer actividades de responsabilidad, lo que interpretan como un mensaje negativo, y cada vez se sienten

menos capaces y seguros. Se los confunde con niños maleducados, gandules, vagos o poco inteligentes.

El pediatra puede dar una serie de consejos y estrategias para la mejora de la comunicación y la autoestima, como podrían ser:

- Ofrecer al niño oportunidades de éxito, ayudándole a analizar correctamente sus dificultades y supervisando más a menudo su tarea para que sea correcta.
- Tratarlo siempre con respeto, evitando comentarios que ridiculicen lo que diga o su comportamiento o el uso de lenguaje irónico, que dan un mensaje negativo; utilizar el lenguaje de la autoestima, que es un lenguaje positivo.
- Identificar y valorar sus esfuerzos y elogiarlo cuando haga alguna cosa bien hecha. Hace falta que se le felicite y se le reconozcan sus éxitos, por pequeños que sean. Elogiar al máximo los aspectos positivos de su conducta y sus logros (por pequeño que sean).
- Escucharle atentamente (escuchar también sus sentimientos) y mostrar interés por sus preocupaciones o intereses, permitir el diálogo a la vez que se le dedican ayuda, tiempo y afecto.
- Expresarle que comprendemos su sentimiento de rabia o impotencia ante algunas situaciones, ayudarle a

aceptar sus propias limitaciones. Modificar el lenguaje propio para que sea una comunicación asertiva donde se le dirá lo que se espera de él y mostrándole la conducta adecuada.

- Sustituir el castigo tradicional por otras alternativas como el tiempo-fuera o la pérdida de algunos privilegios.

El niño con TDAH, si no es tratado adecuadamente, no sólo continúa teniendo dificultades para atender y controlar sus impulsos, si no que se mostrará negativo y desobediente ante el trabajo o en aquello que le cuesta hacer, pudiendo incluso aparecer como "chuleta" o prepotente frente a lo que le es difícil. La falta de obediencia es uno de los comportamientos que desbordan a padres y educadores. El niño puede enfadarse con facilidad, contestar de malas maneras, desafiar con la conducta y la mirada, culpar a los demás, incluso llegar a ser rencoroso y vengativo, mentir, etc. El niño con TDAH, por su impulsividad, no puede parar y, si no se frena la escalada, acabará con la paciencia de los padres, que cederán reforzando las conductas negativas. Para aumentar la obediencia se puede recomendar a los padres una serie de consejos como:

- Asegurarse de que las órdenes son concretas, se dan de una en una, en positivo, sin gritar, supervisarlas y elogiar su cumplimiento.

- Mantener el contacto visual en el momento de dar una orden para que preste atención, asegurarse de que está atento en el momento de recibir la orden.

- Elogiar o premiar la obediencia (aun cuando lo haga "a regañadientes").

- Entrenamiento en obediencia (a diario bajo pequeñas órdenes).

- Utilizar al máximo el lenguaje positivo (decirle qué esperamos de él), fortaleciendo la buena relación y modelando la conducta adecuada.

- Evitar el no ("no corras, no grites...") y orientar sobre la conducta en positivo ("camina despacio", "habla bajo").

Problemas de aprendizaje

Respecto a la evolución académica, los padres, los educadores y el pediatra han de saber que el TDAH interfiere de forma muy específica en el aprendizaje^{30,31}. Los síntomas se manifiestan en una serie de comportamientos que dificultan la evolución académica: dificultad en planificar el horario a corto medio y largo plazo, dificultad en organizar su trabajo y material, en mantener la atención por mucho tiempo, en seguir las instrucciones de los mayores, precipitación a la hora de realizar las tareas, pensamiento poco reflexivo, perder u olvidar material necesario para trabajar,

son ejemplos de ello. Por tanto, nos encontraremos con un niño que no cumple las expectativas escolares, que tiene dificultades en grandes áreas de aprendizaje y con un pensamiento poco reflexivo, lo que le comporta un retraso en conocimientos año tras año; es un niño que con frecuencia no llega a los niveles mínimos exigidos para su edad tanto en comportamiento como en aprendizajes, y que, si no se le ayuda, acabará desmotivándose y presentando fracaso escolar.

Las expectativas, por tanto, se han de adecuar al niño, qué puede hacer, qué no y cómo hacerlo, evitando comparaciones con hermanos y/o compañeros. Hay que tener en cuenta que les cuesta estudiar, como resultado de su TDAH, pero esto nunca puede servir de excusa; para intentar minimizar las dificultades concretas de estos niños en su aprendizaje, al maestro se le puede ofrecer una serie de sugerencias como:

- Situar al alumno cerca del maestro para una mejor supervisión de su conducta, tareas y atención.
- Premiarle mucho para mejorar su motivación.
- Supervisión cercana de la agenda escolar; ayudarlos en la organización de sus tareas, establecer rutinas muy concretas, pocas, y premiar su cumplimiento.

- Fomentar la participación en clase para mejorar el nivel de atención y las relaciones con los compañeros.
- Fraccionarle las tareas con el fin de que las realice todas; fomentar la calidad de las tareas frente a la cantidad.
- Dar las instrucciones de forma clara, de una en una, asegurándose de que las ha escuchado y entendido, supervisando y elogiando su cumplimiento.
- Uso del refuerzo positivo para valorar su trabajo y esfuerzo (aunque éste sea mínimo).
- Señales o códigos de aviso para ayudar al niño a recuperar la atención.
- Ignorar los comentarios que hace el niño fuera de contexto, más allá de lo que sería aceptable por su edad, premiando o elogiando aquello que haga o diga correctamente.

A los padres se les pueden sugerir estas estrategias para mejorar el rendimiento académico y el cumplimiento de sus tareas escolares en casa, orientadas a la planificación y los hábitos de estudio:

- Ayudarle a cumplir un horario realista de estudio, distribuyendo el tiempo según las asignaturas y comenzando siempre por las más sencillas para evitar que se desmotive de entrada.
- Proporcionarle un ambiente con escasos elementos de distracción, que

siempre sea el mismo y con el mismo horario cada día.

- Enseñarle un método de estudio; cómo asimilar los contenidos en pequeñas partes y fraccionando las tareas para lograrlas finalizar con éxito.
- Ayudarle a plantearse objetivos claros y realistas, organizar el escritorio, los materiales necesarios y los deberes.
- Seguimiento cercano de su agenda escolar, si es preciso con un compañero de clase en aquellas actividades que tiene dudas.
- Tratamiento psicopedagógico a través de reeducaciones si es necesario.
- Refuerzo positivo, valorar sus esfuerzos para mejorar y mantener su motivación, que aumentará su nivel de atención en la realización de las tareas y también mejorará su propia imagen.

Problemas relacionados con las habilidades sociales

Muchos de los niños con TDAH interactúan mal con sus compañeros y hermanos³². Las dificultades que presentan para relacionarse pueden darse por muchos motivos, todos ellos más o menos relacionados con la sintomatología del TDAH o los trastornos añadidos. En muchos casos, debido a sus problemas de autocontrol, tienen problemas en su relación con los demás: amigos, compañeros de clase, hermanos... Un niño que no se ve capaz

de controlar lo que hace, lo que dice o lo que siente es un niño que no se siente competente en sus habilidades sociales. Aquellos con baja autoestima suelen presentar una mala lectura de las señales o las situaciones sociales; interpretan de forma errónea las conductas de los demás viéndolas como agresivas, por lo que contestan de igual manera; su impulsividad no les permite reflexionar y analizar con detalle lo que está ocurriendo.

Estrategias que puede sugerir el pediatra a los padres para mejorar las relaciones sociales:

- Evitar algunas situaciones conflictivas (como grandes reuniones de niños para celebrar algún aniversario).
- Invitar a niños a casa que sabemos tienen un buen trato.
- Ayudarle a analizar algunas situaciones donde ha presentado algún problema (como cuando se comporta mal con un hermano).
- Premiar por el buen trato hacia los otros.
- Asistir a tratamiento en sesiones de entrenamiento en habilidades sociales.

La agresividad no es un síntoma del trastorno pero les cuesta internalizar y generalizar normas de comportamiento, por lo que se muestran intrusivos con los demás, tanto con adultos como con iguales,

y no obedecen. Puede suceder que empuje en la fila, que lleve a cabo comentarios que desagraden a los compañeros, que sienta rabia y frustración por la dificultad en controlar sus emociones. Cuando esta desobediencia no procede de su desatención o su impulsividad, si no que hay una intención clara, continuada y persistente a no obedecer, cuando estos problemas se agravan, se intensifican y aparecen a diario es cuando es necesario valorar la aparición de otros trastornos, como el negativismo desafiante o el trastorno disocial, en casos más graves.

Un niño agresivo es generalmente un niño que siente mucha rabia, rabia contra los demás (padres, hermanos, compañeros, maestros), rabia contra el mundo y contra sí mismo, posiblemente por no saberlo hacer mejor. La conducta agresiva no puede tolerarse, ya que el niño puede intentar obtener beneficios de ella; por ejemplo, intentar que un compañero se someta por miedo, o que el padre o la madre cedan por cansancio, lo que refuerza la utilización de estas conductas. Hay que actuar sobre la conducta, que no se acepta, pero transmitiendo el cariño hacia el niño o adolescente.

Es muy importante saber disminuir y reducir la conducta desafiante/agresiva para la prevención de trastornos de conducta mediante estrategias como:

- No enfrentarse: no plantear el episodio como una batalla, sino demostrarle que " todos estamos en el mismo equipo", no entrar en luchas de poder o de desafío.
- En sus inicios proponer alternativas de solución.
- Utilizar un lenguaje asertivo.
- Elogiar la conducta inversa (cuando habla de forma amable, pide bien las cosas...).
- Ignorar las amenazas o respuestas de desafío por parte del niño.
- Extinguir (ignorar) siempre y cuando no suponga un riesgo para el niño o los de su entorno.
- Aplicar límites (y sus consecuencias) ante las situaciones que suelen generar estas conductas.
- Dedicarle un tiempo especial a diario sólo para él (para jugar juntos, escuchar su música...).
- En niños pequeños usar el tiempo-fuera, una estrategia que previamente se ha pactado con él que se aplicará frente a una serie de conductas específicas que deseamos que disminuyan. Si esta conducta ocurre, se le deja en un rincón sin distractores tantos minutos como edad tenga. Pasado el tiempo se le admite en el grupo, sin reproches.
- Usar el auto tiempo-fuera, que suele ser efectivo cuando es un adolescen-

te, ya que ellos no saben frenar y puede acabarse con una escalada de insultos o atropellos de descalificaciones mutuas.

- También en adolescentes es importante utilizar los "contratos de contingencias": puede ganar un privilegio mediante pactos firmados en los que las conductas positivas le darán puntos para obtenerlo.

Conclusiones

Nos encontramos ante un trastorno cuya afectación repercute en muy diferentes ámbitos y que en muchos casos es crónico; hasta el 65% de los niños afectados presentará problemas relacionados con el trastorno en la edad adulta. Por tanto, cabe plantearse la importancia de un diagnóstico lo más precoz posible y un tratamiento adecuado donde el pediatra podría intervenir del siguiente modo:

- Dando información sobre la condición a los padres.
- Seguimiento y actualización de los conocimientos de la familia sobre el trastorno.
- Aconsejando en la respuesta familiar sobre la condición del TDAH.
- Proveyendo información del TDAH y su afectación en la conducta al niño afectado adecuada a su edad.

- Estando disponible para las preguntas que puedan tener los padres.
- Permitiendo y asegurando la coordinación entre los diferentes profesionales que intervendrán en el proceso.
- Ayudando a los padres en el establecimiento de objetivos realistas en áreas relacionadas con la condición del hijo y sus efectos en las actividades de la vida diaria.
- Si se puede, uniendo familias con hijos en situación similar para apoyarse y ayudarse mutuamente o enviar a los padres a alguna asociación de padres, donde aprenderán además cómo mejorar la conducta de su hijo.

Un pediatra con una buena formación en TDAH y con recursos sabrá hacer una buena identificación temprana de aquellas conductas de riesgo, dará la información adecuada a los padres, podrá acompañarlos por el duro proceso de aceptación del trastorno y obtendrá información de las conductas que preocupan a los padres y que afectan a toda la familia, para orientarlos y aconsejarlos en la adquisición de estrategias para la mejora de las conductas problemáticas y colaborar así para una vida familiar más saludable.

Bibliografía

1. First MB, Frances A, Pincus HA. DSM-IV-TR (American Psychiatric Association). 1 ed. Barcelona: Masson; 2001.
2. Benjumea-Pino P, Mojarro-Práxedes MD. Trastorno hiperquinético: estudio epidemiológico en doble fase de una población sevillana. *An Psiquiatr*. 1993;9:306-11.
3. Sarane Eddy L. Estudio del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Prevalencia. Factores de riesgo y factores asociados. Tesis doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona, División de Ciencias de la Salud, Área de Pediatría; 1996.
4. Visser MS, Lesesne CA. Human development and disability, nation birth defects and developmental disabilities, mental health in the Unites States: prevalence of diagnosis and medication Treatment for attention deficit/hyperactivity disorder. *MMWR*. 2005;54:842-7.
5. Castellanos FX, Tannock R. Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: the search for endophenotypes. *Nat Rev Neurosci*. 2002;3:617-28.
6. Arcos-Burgos M, Castellanos FX, Pineda D. Attention-deficit/hyperactivity disorder in a population isolate: linkage to loci at 4q13.2, 5q33.3, 11q22, and 17p11. *Am J Hum Genet*. 2004;75:998-1014.
7. Weiss M, Hechtman L, Weiss G. ADHD in parents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*. 2000;39:1059-61.
8. Cornellà i Canals J, Llusent i Guillaumet A. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. *Pediatr Integral*. 2003;7:571-82.
9. American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2000;105:1158-70.
10. American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2001;108:1033-44.
11. Canals Baeza A, Romero Escobar T, Cantó Díez J, Naenen Hernani K, Manrique Martínez C. Propuesta de inclusión de una escala de detección del TDAH en el programa del niño sano en Atención Primaria. *Acta Pediatr Esp*. 2006;64:99-102.
12. Jensen PS, Hinshaw SP, Swanson JM. Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): implications and applications for Primary Care providers. *J Dev Behav Pediatr*. 2001;22:60-73.
13. Laurel K, Leslie MD. The role of Primary Care physicians in attention-deficit/hyperactive disorder. *Pediatr Ann*. 2002;31:475-84.
14. Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC. ADHD comorbidity findings from the MTA study of children with ADHD. *J Abnorm Child Psychol*. 2001;40:147-58.
15. Calleja Pérez B. El TDAH. Valoración de los trastornos del comportamiento y desarrollo por el pediatra de Atención Primaria. Escalas de valoración. Madrid: Calleja Pérez B; 2004.
16. Far J, Fossella J, Sommer T. Mapping the genetic variation of executive attention onto brain activity. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2003; 100:7406-11.
17. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick J, Holmgren MA, et al. Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2005;57:1313-23.
18. The MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomised clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatr*. 1999;56:1073-86.

19. National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: changes in effectiveness and growth after the end of the treatment. *Pediatrics*. 2004;113:762-9.
20. MTA Cooperative Group. National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2004;113:754-61.
21. Johnston C, Leung DW. Effects of medication, behavioural and combined treatments on parents' and children's attributions for the behaviour of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2001;69:67-76.
22. Criado-Álvarez JJ, Romo-Barrientos C. Variabilidad y tendencias en el consumo de metilfenidato en España. Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol*. 2003;37:806-10.
23. Dosreis S, Zito JM, Safer DJ, Soeken KL, Mitchell JW, Ellwood LC. Parental perceptions and satisfaction with stimulant medication for attention-deficit hyperactivity disorder. *J Dev Behav Pediatr*. 2003;24:155-62.
24. Giedd JN, Blumenthal J, Molloy E, Castellanos FX. Brain imaging of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Ann N Y Acad Sci*. 2001;931:33-49.
25. Castellanos FX, Giedd JN, Berquin PC. Quantitative brain magnetic resonance imaging in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatr*. 2001;58:289-95.
26. Valdizán JR, Navacués MA, Sebastián MV. Cartografía cerebral y trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol*. 2001;32:127-32.
27. Power TJ, Russell HF, Soffer SL, Bolm-Hoffman J, Grim SM. Role of parent training in the effective management of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Dis Management Health Outcomes*. 2002;10:117-26.
28. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 2 ed. New York: Guilford Press; 1998.
29. Concannon PE, Tang YP. Management of attention deficit hyperactivity disorder: a parental perspective. *J Paediatr Child Health*. 2005;41:625-30.
30. Tannok R, Brown T. Attention deficit disorders with learning disorders in children and adolescents. In Brown T, ed. Attention deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults. Washington: American Psychiatric Press; 2000.
31. Landau S, Millich R, Diener MB. Peer relations of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Reading and Writing Quarterly: Overcoming Learning Difficulties*. 1998;14:83-105.
32. Wells KC, Pelham WE, Kotkin RA, Hoza B, Abikoff HB, Abramowitz A, et al. Psychosocial treatment strategies in the MTA study: rationale, methods and critical issues in design and implementation. *J Abnorm Child Psychol*. 2000;28:483-505.

