

IMPACTO Y DETECCIÓN DE NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Isabel Orjales Villar¹

RESUMEN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno poligenético, de base neurológica que afecta entre el 3 y el 6 % de los niños en edad escolar. Su carácter crónico y el impacto que la sintomatología básica (el déficit de atención y la hiperactividad-impulsividad) tiene sobre la conducta, el rendimiento académico y las relaciones sociales puede conducir al desarrollo de trastornos asociados como el Trastorno Negativista Desafiante, el trastorno disocial, la depresión, la ansiedad, la adicción a las drogas, etc. Las características del cuadro exigen un diagnóstico temprano, realizado por varios profesionales y que implique aspectos médicos, psicológicos y educativos.

Palabras clave: atención, autocontrol, conducta, diagnóstico diferencial, déficit, hiperactividad, impulsividad.

ABSTRACT

The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurologic-based polygenetic disorder affecting some 3-6% of school-age children. Both its chronic character and its basic symptomatology (the attention deficit and the binomial hyperactivity-impulsiveness) have a large influence upon behaviour, academic performance and social relationships, which might lead to the development of associated disorders such as the Oppositional Defiant Disorder, the Conduct Disorder, depression, anxiety, drug addiction, etc. The features of these clinical symptoms demand an early diagnosis implemented by several specialists including medical, psychological and educational aspects.

Key words: attention, self-control, behaviour, differential diagnosis, deficit, hyperactivity, impulsiveness.

1. EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

¿Qué es el trastorno por déficit de atención con hiperactividad? El Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno que afecta de un 3 a un 6 por ciento de los niños en edad escolar, lo que supone que estadísticamente hablando, en un aula ordinaria, podemos encontrar con facilidad de uno a tres niños con TDAH. A pesar de que en los últimos cinco años se ha prestado una inusual atención a este trastorno, el TDAH dista mucho de ser un “trastorno de moda pasajero”. La alta incidencia y el elevado riesgo de desarrollo de trastornos asociados y de graves problemas de adaptación social, bien merecen la atención que hasta ahora no se le había dispensado. Existen todavía muchas familias y muchos profesionales de la educación desorientados por la falta de información y formación sobre este trastorno.

Los síntomas fundamentales que se valoran para el diagnóstico del TDAH son dos: el déficit de atención y la hiperactividad - impulsividad.

¹ Doctora en Psicología. Profesora del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Educación (UNED).

Tanto el déficit de atención como la hiperactividad motriz y la impulsividad, tienen manifestaciones comportamentales y cognitivas. Por ejemplo, la falta de atención, la hiperactividad y la impulsividad se manifiestan en muchos comportamientos entre los que destacamos los siguientes: se dispersa con facilidad, tiene dificultades para mantener la atención durante un tiempo prolongado, salvo en actividades en las que se encuentra motivado, se agita en el asiento o se levanta con frecuencia, se gira constantemente para hablar o enredar con cualquier cosa, responde sin pensar, falla en tareas simples, olvida o pierde el material, tiene dificultad para terminar las tareas si no es continuamente supervisado, etc. Respecto a las manifestaciones cognitivas podemos observar que el niño: no analiza todas las posibilidades de respuesta antes de contestar, muestra un pensamiento desorganizado, tiene estrategias pobres e impulsivas en tareas de solución de problemas, comete más errores o trabaja más lentamente a partir de los seis minutos de prestar atención a una tarea sencilla y monótona, lee las instrucciones de forma impulsiva, tiene dificultades en retener y manejar datos en la memoria, etc.

Para la valoración de los *Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad* (TDAH) la Asociación Americana de Psiquiatría, en su *Manual de Diagnóstico Estadístico* (DSM-IV TR) (Apa, 2002), recomienda observar con qué intensidad se presentan los síntomas que se describen en el cuadro 1.

- Si el niño cumple 6 o más de los síntomas de desatención que se observan en este cuadro, pero ninguno de hiperactividad/impulsividad *podría* tratarse de un niño con *TDAH subtipo predominio déficit de atención*.
- Si cumple 6 o más de los síntomas de hiperactividad/impulsividad pero no de déficit de atención *podría* tratarse de un *TDAH subtipo predominio hiperactivo impulsivo*.
- Si cumple 6 o más síntomas de desatención y de hiperactividad/impulsividad *podría* tratarse de un *TDAH de tipo combinado*.

SÍNTOMAS DE DESATENCIÓN

Se consideraría que el niño manifiesta síntomas de desatención significativos si muestra 6 o más de los siguientes síntomas:

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

SÍNTOMAS DE HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD

Se consideraría que el niño manifiesta síntomas de hiperactividad/impulsividad significativos si muestra 6 o más de 6 de los siguientes síntomas:

- A menudo mueve en exceso manos o pies o se remueve en el asiento.
- A menudo abandona su asiento en clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado
- A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo (¡cuidado!, en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- A menudo está en marcha o suele actuar como si tuviera un motor.
- A menudo habla en exceso.
- A menudo precipita respuestas antes de haber terminado las preguntas.
- A menudo tiene dificultades para guardar turno
- A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej., se entromete en conversaciones o juegos).

Cuadro 1. Síntomas del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) según el DSM-IVTR (APA, 2002).

Dado que todos los niños presentan en alguna medida falta de atención, hiperactividad motriz e impulsividad y que éstos síntomas pueden deberse a muchos problemas diferentes, la Asociación

Americana de Psiquiatría (Apa, 2002) alerta que sólo podemos considerar que un niño tiene un TDAH si se cumplen las siguientes condiciones:

1. Los síntomas de hiperactividad-impulsividad y los síntomas de déficit de atención se manifiestan por encima de lo que se esperaría del niño o niña dada su edad cronológica, su edad mental y la educación recibida.
2. Se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo, colegio y casa) aunque pueda manifestarse de forma más moderada en unos lugares que en otros.
3. Estos síntomas le crean dificultades en su adaptación escolar, social o familiar. El grado de desadaptación que refleja depende de muchos factores: la edad y la dificultad del curso académico en que se encuentre, el grado en que la educación proporcionada por la escuela y la familia ha contribuido a suavizar los síntomas o los ha potenciado, el apoyo psicopedagógico que recibe, la utilización de medicación complementaria a otros tipos de tratamiento, etc.
4. El problema tiene un carácter crónico, es decir, algunos de los síntomas ya se observaban en el niño o la niña antes de los 7 años. No parece tener un carácter puntual.
5. Se ha descartado que los síntomas que presenta puedan deberse a otro tipo de trastorno como un Trastorno Generalizado del Desarrollo, un trastorno mental, del estado de ánimo o un problema médico específico.

Bajo la denominación común de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, el DSM-IVTR describe tres subtipos:

1. *Niños con TDAH subtipo predominio déficit de atención.* Estos niños manifiestan conductas significativas de falta de atención pero sin muchos síntomas de hiperactividad/impulsividad. Dentro de este grupo de niños que sólo manifiestan falta de atención, existe un subgrupo que cuyo comportamiento podría describirse como lento e incluso hipoactivo.
2. *Niños con TDAH predominio hiperactividad/impulsividad sin déficit de atención.*
3. *Niños con TDAH de tipo combinado,* es decir, con la presencia significativa de ambos grupos de síntomas.

Este trastorno aparece en niños de inteligencia baja, media e incluso alta, y se manifiesta, por lo general, con un peor rendimiento en pruebas que requieren autocontrol, atención y planificación.

2. EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

El diagnóstico del TDAH se basa en el estudio del comportamiento. Sólo puede determinarse de forma fiable si se valora la intensidad de la conducta hiperactiva-impulsiva y/o el déficit de atención, se confirma que éstos síntomas no son propios de la edad y que producen un nivel de desadaptación significativa. Por lo tanto, el especialista que realice el diagnóstico debe recoger información a través de los padres y los profesores.

Aunque nos gustaría, no disponemos, hoy por hoy, de marcadores biológicos (test genético, análisis bioquímicos, exploraciones neurológicas, etc.) que puedan determinar si un niño tiene o no tiene TDAH. Es cierto que si comparamos un grupo importante de niños con TDAH con otro de niños sin TDAH existen diferencias entre ellos en algunas pruebas neurológicas, pero no podemos utilizar ninguna de estas pruebas más que como información complementaria. Para que un test o prueba

pueda ser utilizada como elemento único de diagnóstico debería ser capaz de distinguir entre los niños con TDAH y los niños que padecen otro tipo de problema sin ningún tipo de duda. La investigación avanza pero todavía no se ha conseguido un marcador de este tipo. Por lo que, para el diagnóstico del TDAH, los especialistas deben realizar un estudio a fondo del comportamiento del niño en casa y en el colegio, bucear en su historia clínica, en los antecedentes familiares y completar la exploración con pruebas neurológicas, cognitivas, de aprendizajes y emocionales para trazar un perfil de la situación del niño en el momento actual y para descartar que los síntomas puedan explicarse mejor por la presencia de otro tipo de problema (Amen, Paldi y Thisted, 1993).

El diagnóstico del TDAH implica un estudio psicológico, pedagógico y médico con el fin de realizar un diagnóstico diferencial adecuado. A pesar de que es relativamente sencillo detectar sintomatología hiperactiva, impulsiva o desatenta, el diagnóstico del TDAH requiere de una exploración exhaustiva y de la colaboración de varios especialistas.

3. NIÑOS CON TDAH Y NIÑOS CON TRASTORNOS SEVEROS DE CONDUCTA

Los niños con TDAH presentan los problemas de comportamiento lógicos derivados de su impulsividad, hiperactividad y falta de autocontrol. Por ejemplo, un niño o niña con TDAH a menudo pierde cosas, empuja sin pensar y puede provocar accidentes, se levanta con frecuencia, interrumpe a los demás, no escucha sus opiniones, cambia de tema en las conversaciones, se le caen cosas o sufren accidentes con más frecuencia, olvida dar recados, trata de justificar sus constantes errores, etc. A pesar de ello, debemos de establecer una diferencia entre el TDAH y otros dos trastornos del comportamiento que el DSM-IV denomina:

- El *Trastorno Negativista Desafiante* que incluye a los niños con conducta abiertamente oposicionista.
- El *Trastorno Disocial*, que lo manifiestan niños con conductas consideradas “predelincuentes” como agresiones a personas y animales, destrucción de propiedades, fugas de casa y otros abusos conscientes y planificados.

En algunos niños con TDAH se dan también conductas claramente oposicionistas. En esos casos hay que hacer un estudio a fondo para determinar si la conducta es meramente oposicionista o si existen además síntomas depresivos. Los niños deprimidos, al contrario que los adultos, pueden mostrar entre otros síntomas (más claramente asociados a depresión), dos síntomas que no aparecen en los mayores afectados del mismo problema: irritabilidad y problemas de conducta.

En el caso de que exista sintomatología depresiva se debería determinar si ésta es consecuencia del TDAH o si existe de forma comórbida. Es posible que un niño pueda recibir más de un diagnóstico conjuntamente, por ejemplo “TDAH y Trastorno Negativista Desafiante” o “TDAH y depresión”.

Sin tratamiento y con una mala influencia ambiental, aumenta considerablemente la probabilidad de que un niño con TDAH acabe derivando hacia un trastorno comportamental más grave como es el Trastorno Disocial, cuadros de adicción al alcohol y otras drogas, problemas con la justicia, accidentes de tráfico, embarazos no deseados, etc. Sin embargo, debemos insistir que no todos los niños con TDAH acaban teniendo problemas graves de conducta.

4. BASES BIOLÓGICAS Y ETIOLOGÍA DEL TDAH

El TDAH es un trastorno con una base neurológica. No se trata de una lesión propiamente dicha sino de un peor funcionamiento cerebral relacionado con el área frontal del cerebro. Estudios neuropsicológicos recientes (Barkley, 1990; 1997a) sugieren en el TDAH un mal funcionamiento de:

- *El Cortex Prefrontal* que interviene en la activación de conductas del individuo, la resistencia a la distracción y el desarrollo de la conciencia del tiempo.
- *El Nucleus Caudatus y el Globus Pallidus*, que ayudan en la inhibición de respuestas automáticas facilitando la reflexión.
- *El Vermis Cerebeloso*, cuya función es, todavía hoy, desconocida pero que probablemente se encuentre asociada a la regulación de la motivación.

En los últimos años se han multiplicado las investigaciones que tratan de profundizar en este funcionamiento cerebral atípico de las personas con TDAH. Se están realizando estudios, por ejemplo, que tratan de demostrar mediante Tomografía por Emisión de Positrones (PET) que existe una disminución en el metabolismo en la zona frontal del cerebro en los adultos y adolescentes con TDAH (Zametkin y col. 1993) o la existencia de menor riego sanguíneo en el núcleo estriado y en regiones prefrontales del cerebro (Lou y col., 1990; Amen y col., 1993). Los resultados son todavía poco específicos y difíciles de generalizar. No obstante, los múltiples estudios neuroanatómicos del TDAH han reactivado las investigaciones sobre las hipótesis bioquímicas de este trastorno. En esta línea, Castellanos (1997) ha tratado de profundizar en la antigua teoría que enfatiza el papel de dos transmisores cerebrales en el mal funcionamiento del TDAH: la dopamina y la noradrenalina. Se denominan transmisores o neurotransmisores a aquellas sustancias que permiten que la información pueda ser transmitida de una neurona a otra salvando el espacio que existe entre ellas. Una alteración en la producción o en la captación de estas sustancias compromete el funcionamiento cerebral.

El procesamiento de la información en los niños con TDAH podría describirse de forma sencilla como un procesamiento más lento y peor organizado que el de otro niño de su misma edad. Dado que la afectación, como hemos visto, parece centrarse en una alteración en los mecanismos de regulación de algunos transmisores cerebrales, el tratamiento farmacológico complementario al entrenamiento cognitivo-comportamental resulta en muchos de los casos muy efectivo: reduce la hiperactividad motriz, aumenta el autocontrol y mejora la capacidad de atención.

En la aparición del TDAH influyen factores como la prematuridad, alteraciones durante el embarazo o el parto y/o ciertos rasgos hereditarios. En el momento actual se considera el TDAH como un trastorno poligénico en cuya manifestación intervienen varios genes relacionados con la recepción y transporte de algunos transmisores cerebrales (Barkley, 1997; Guillis, 1992). La posibilidad de que un padre o una madre con sintomatología tenga hijos con TDAH es mayor.

5. PERFIL NEUROPSICOLÓGICO DEL TDAH

A raíz de los estudios neurológicos sobre este trastorno, el Dr. Barkley (1997 a) desarrolló un modelo de base neuropsicológica con el que se trata de explicar el funcionamiento cognitivo de las personas

con TDAH. Aunque este modelo parece no tener en cuenta la importancia de la influencia ambiental en su evolución y pronóstico y se centra en los factores neuropsicológicos que pueden verse afectados, aporta información de gran utilidad para comprender mejor el TDAH.

Barkley enfoca el TDAH como un trastorno en el desarrollo de los procesos de inhibición del comportamiento (el autocontrol). Este autor entiende por *autocontrol o autorregulación*, la capacidad del individuo para, una vez iniciada una respuesta ante un determinado estímulo (o situación), frenar dicha respuesta, proteger su cerebro de distracciones mientras elabora una respuesta más adecuada y sustituirla por la primera. Para poder realizar esto de forma eficaz, Barkley afirma que la persona, durante esos momentos en los que se demora la respuesta, debe poner en marcha una serie de funciones denominadas "funciones ejecutivas". Dichas funciones ejecutivas están alteradas en las personas con TDAH: 1) la memoria de trabajo verbal; 2) la memoria de trabajo no verbal; 3) el control de la motivación, las emociones y el estado de alerta; 4) la función de reconstitución, que permite a partir de conductas aprendidas diseñar acciones nuevas más eficaces.

6. DETECCIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS

Por lo general, muchos de los niños hiperactivos, especialmente los que tienen hiperactividad/impulsividad asociada a problemas de conducta son detectados en educación infantil. Otro segundo grupo se detecta en primero de primaria, especialmente cuando los problemas de atención afectan al rendimiento escolar y un tercer grupo se detecta en 4º o 5º de primaria, cuando la labor de apoyo de los padres durante los cursos anteriores comienza a ser insuficiente y el currículo escolar exige mayor tiempo de concentración y una forma más reflexiva y planificada de manejar la información.

Los profesores pueden valorar los síntomas de TDAH mejor que los padres y que otros profesionales debido a que observan a los niños en las mejores condiciones para su detección. Por un lado, observan a los niños durante todo el día realizando tareas que requieren atención sostenida, organización y planificación (lo que les permite determinar la intensidad de los síntomas). Por otro lado, pueden comparar su comportamiento con el de otros veinte niños de su misma edad (y determinar de ese modo si la intensidad de los síntomas no es propia de la edad).

7. PRONÓSTICO: EL "EFECTO DE BOLA DE NIEVE" DEL TDAH

Este trastorno alerta a los profesionales de la educación y a las familias no tanto por la sintomatología básica inicial sino por el *efecto de bola de nieve* que se describe durante el desarrollo. Los síntomas básicos del TDAH afectan al niño tanto en aspectos cognitivos, sociales como emocionales. Estos niños tienen dificultades para mantenerse quietos, para autocontrolar sus emociones, para terminar tareas prolongadas y para no extraviar libros o materiales. Son niños que molestan frecuentemente a sus compañeros, que interrumpen la clase con observaciones fuera de lugar, que llaman la atención de forma infantil o se mantienen perdidos en sus pensamientos y faltos de estímulo. Su rendimiento escolar es insatisfactorio (rinden menos de lo que deberían dado su cociente intelectual) o insuficiente (suspenden) lo que produce un inevitable impacto sobre su valía

social. Son niños frecuentemente castigados y, en muchos casos, aunque no en todos, rechazados o ignorados por el grupo de compañeros. La asociación Déficit de Atención con Hiperactividad, fracaso escolar y/o problemas de conducta es muy frecuente (Barkley, 1997 b;1999 a).

La forma en que los niños reaccionan al mayor número de frustraciones que supone tener estos síntomas es diferente. Unos niños dedican un gran esfuerzo a mantener el nivel escolar (preferentemente las niñas), estudian pero cometen errores simples en los exámenes y, ante la percepción de falta de control sobre su rendimiento, pueden acabar desarrollando síntomas de ansiedad o depresión. Otro grupo, mantiene actitudes de evitación ante el esfuerzo por temor al fracaso por lo que frecuentemente se les atribuye el papel de “vagos”. Los niños de este grupo pueden presumir, incluso, de ser “inteligentes pero vagos” dado que, para ellos es mucho más importante poder justificar su fracaso por la falta de estudio que intentar aprobar y no conseguirlo. Eso les haría sentir “intelectualmente torpes”. Con frecuencia este grupo de niños, con una autoestima muy baja, muchas veces encubierta en una máscara de apatía y dejadez, suelen desarrollar una conducta opositora y problemática al llegar la adolescencia.

El TDAH es un trastorno crónico que puede potenciarse o moderarse en función de la educación recibida. Por lo general, los síntomas de hiperactividad se hacen menos evidentes en la adolescencia manteniéndose los síntomas de falta de atención, la impulsividad y la falta de organización hasta la edad adulta. El problema principal de este trastorno no es únicamente la sintomatología básica sino el riesgo de derivar en fracaso escolar, problemas de conducta y trastorno emocionales.

Los estudios de seguimiento de niños diagnosticados con este trastorno no parecen muy alentadores (Murphy y Barkley, 1996). Algunos jóvenes con TDAH evidencian mayor índice de abuso de alcohol y otras drogas, riesgo en la conducción, accidentes de tráfico más frecuentes y mayor número de suspensiones de licencia, muertes traumáticas, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, problemas de conducta (entre el 25 y 45% desarrollan conducta antisocial y el 25% alcanza criterios de Trastornos de la personalidad antisocial), fracaso en graduarse al finalizar los estudios, cambio de empleo y mayor número de separaciones, divorcios o insatisfacción marital.

Los niños con este trastorno también tienen más posibilidades de desarrollar baja autoestima, sentimiento de indefensión aprendida, sentimientos depresivos, ansiedad, mayor intolerancia al estrés, dificultad para mantener relaciones, sensación de no haber dado de sí todo su potencial, etc. La comorbilidad entre TDHA y depresión en la edad adulta es muy elevada.

8. NIÑOS Y NIÑAS CON TDAH

Ciertamente, el TDAH es más frecuente en los varones que en las niñas aunque la proporción que se baraja en los distintos estudios es variable. Se ha llegado a hablar de 9 varones con TDAH por cada niña con el mismo trastorno cuando se analizan grupos de niños que acuden a clínicas o gabinetes psicopedagógicos. Sin embargo, cuando los estudios parten de la población escolar general y no de una población en tratamiento, la proporción se reduce a 4 chicos con TDAH por cada niña con el mismo problema.

Es posible que en el origen de estas cifras esté, por una parte, en una mayor predisposición biológica de los varones, pero también se deben tener en cuenta otras posibilidades:

- 1) que exista una forma distinta de expresión clínica de ambos sexos, por ejemplo con un predominio de síntomas de falta de atención en las chicas frente a los chicos.
- 2) mayor demanda de atención especializada para los varones debido a que su sintomatología sea más llamativa y cause más problemas a los adultos tanto en casa como en el colegio (Polaino-Lorente, 1997; Orjales, 1988).

9. EL TRATAMIENTO DEL TDAH

A pesar de que el TDAH afecta de forma crónica más que pasajera, muchos de los afectados pueden alcanzar una adaptación plenamente normalizada si el trastorno no se complica.

Nuestro objetivo al tratar a un niño con TDAH debe dirigirse a:

- a) Optimizar su educación con el fin de amortiguar la expresión sintomatológica del TDAH sea cual sea su grado de afectación
- b) Evitar la aparición de efectos secundarios a los problemas que da la sintomatología básica del TDAH como son: baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, sentimiento de indefensión, actitudes depresivas, ansiedad, etc.
- c) Proporcionar a la persona con TDAH estrategias para conocerse mejor, aceptarse a sí mismo, afrontar las dificultades y desarrollar estrategias de compensación.
- d) Potenciar otras facultades.
- e) Impedir que acumule falta de base académica.

El programa de intervención debe realizarse en tres vertientes (Orjales, 1999; Polaino-Lorente y Ávila; 1993; Polaino y col, 1997):

1. Un programa de intervención diseñado para el perfil específico de cada niño y que, estableciendo las prioridades adecuadas en cada caso, aborde el:
 - entrenamiento en autocontrol de la conducta
 - entrenamiento cognitivo (estrategias de análisis y solución de problemas, de planificación, de autoevaluación, etc.)
 - entrenamiento en habilidades sociales
 - desarrollo emocional
 - apoyo escolar, refuerzo de los aprendizajes básicos y tratamiento de las dificultades de aprendizaje, dificultades de coordinación, de percepción espacial u otras alteraciones asociadas si las hubiera.
 - apoyo farmacológico controlado determinando el momento de inicio, la dosificación, y la duración dependiendo de cada caso específico.
2. Un programa de asesoramiento o entrenamiento educativo a los padres (sólo en ocasiones será necesaria, además, una terapia específica). En este apartado incluimos asesoramiento a todas las personas clave en la educación del niño, incluidos, si es necesario a los cuidadores o a los abuelos.

3. Un programa de asesoramiento educativo a los profesores con el desarrollo de las adaptaciones metodológicas adecuadas.

El asesoramiento educativo a los padres resulta de vital importancia para que éstos puedan enfrentarse a un niño que resulta mucho más difícil de educar, puesto que exige conocimientos “casi profesionales” en cuanto a control de conducta se refiere; mayor constancia en el mantenimiento de las normas; mayor resistencia física y psicológica y un mayor conocimiento del niño para saber adaptar la exigencia a sus características personales. El niño con TDAH, en algunos aspectos de su desarrollo y sin que nada tenga que ver su capacidad intelectual, demuestra una inmadurez propia de niños de menor edad (la falta de autonomía, autocontrol, las dificultades en las tareas que exigen planificación, la conducta poco consciente y en ocasiones, temeraria, etc). Dadas las características de estos niños, muchos de ellos son considerados por el entorno familiar y escolar como niños malcriados y no como niños con un problema específico que hay que saber manejar (Orjales, 1999; Barkley 1999b).

En el aula, el niño con TDAH debe ser comprendido adecuadamente para lo que es importante que el profesor (Orjales 1999; 1991):

- 1) Conozca bien las características específicas de su alumno (no sólo la existencia del diagnóstico de TDAH).
- 2) Realice las adaptaciones físicas necesarias para facilitar su tarea (uso de agenda, control de la pérdida de material, situación cerca de su mesa, duplicación de libros si es necesario, utilización de pauta, mamparas que eviten la distracción, etc.)
- 3) Esté preparado para, dentro de sus posibilidades, realizar las adaptaciones metodológicas necesarias que permitan al niño cumplir con las exigencias de conducta del aula: situarlo más cerca para felicitarle cuando está trabajando bien (no tanto para castigarle cuando no lo haga), supervisando su tarea más frecuentemente, permitiendo que salga a hacer recados para que pueda tener algún respiro cuando la exigencia de autocontrol es muy prolongada, realizar exámenes orales mientras se le entrena en sesiones individuales a responder a preguntas de desarrollo, etc.
- 4) Aprenda a evitar situaciones en las que el niño es recurrentemente castigado. Por ejemplo: reducir el tiempo de patio por actividades lúdicas bajo cierto control de un adulto, darle permiso para que se levante antes de que lo haga por su cuenta, comer con los profesores o de forma cercana a un cuidador o acordar que coma en casa, permitirle que baje las escaleras al lado de un profesor, etc.
- 5) Sepa mantener el ánimo y comprender la necesidad de reconocimiento y la dependencia emocional de su alumno.
- 6) Conceda un tiempo para apoyar al niño en sus intentos de organización personal: informando a los padres para un mejor control de los deberes que tiene o de las fechas de exámenes, permitiendo que el niño tenga un tiempo a la semana para que organice su mesa y sus libros, reconociendo su esfuerzo, etc.

- 7) Favorezca la coordinación con el profesor de apoyo en el colegio o con los profesionales que, de forma extraescolar, desarrollan programas cognitivo-comportamentales específicos.
- 8) Proporcione a los padres la información necesaria sobre el efecto que la medicación puede estar teniendo en el niño con el fin de que ésta llegue a conocimiento del médico que lleva el control farmacológico.

El TDAH es un trastorno con un elevado riesgo de desarrollar problemas de conducta, fracaso escolar, dificultades de adaptación personal y trastornos emocionales. No obstante, con una detección temprana, un diagnóstico correcto y la implicación de los padres, los profesionales de la psicología, la medicina y la educación se puede conseguir amortiguar el efecto desestabilizador de la sintomatología básica, desarrollando mecanismos de compensación y optimizando las buenas capacidades hasta conseguir que el niño con TDAH alcance la edad adulta de forma adaptada, competitiva y de forma emocionalmente sana.

BIBLIOGRAFÍA

- AMEN, D.; PALDI, J. y THISTED, R. (1993). "Brain SPECT imaging". *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1080-1081.
- AMERICAN PSYQUIATRIC ASSOCIATION (2002) *DSM-IV Tr.: Breviario. Criterios diagnósticos*. Barcelona: Masson.
- BARKLEY, R. (1990a) *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guildford Press.
- BARKLEY, R. (1990b). "A critique of current diagnostic criteria for attention deficit disorder : Clinical and research implications". *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 11, 343-352.
- BARKLEY, R. (1991). *Attention-deficit hyperactivity disorder. A clinical workbook*. New York: Guildford Press.
- BARKLEY, R. (1997a). *ADHD and the Nature of Self-Control*. New York: Guildford Press.
- BARKLEY, R. (1997b). *Defiant Children a clinician manual for assessment and Parent Training*. New York: Guilford Press.
- BARKLEY, R. (1999a). *Defiant Teens a clinical manual for assessment and family intervention*. New York: Guilford Press.
- BARKLEY, R. (1999b), *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Buenos Aires: Paidós.
- BIEDERMAN, J.; FARAONE, S.; KEENAN, K.; BENJAMIN, J.; KRIFCHER, B.; MOORE, C.; SPRINCH, S.; UGAGLIA, K.; JELLINEK, M.; STEINGARD, R.; SPENCER. T.; NORMAN, D.; KOLODNY, R.; KRAUS, I.; PERRIN, J.; KELLER, M. y TSUANG, M. (1992). "Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatically referred samples". *Archives of General Psychiatry*, 49, 728 -738
- CASTELLANOS, F. (1997). "Toward a pathophysiology of attention-deficit/hyperactivity disorder". *Clinical Pediatrics*, 36, 388-93.

- LOU, H.; HENRIKSEN, L. y BRUHN, P. (1990). "Focal cerebral dysfunction in developmental learning disabilities". *Lancet*, 335, 8-11.
- MURPHY, K. y BARKLEY, R. (1996). "Updated adult norms for the ADHD Behavior Checklist for adults". *The ADHD Report*, 4, 12-16.
- ORJALES, I y POLAINO-LORENTE, A. (1988). "Evaluación pediátrica de la eficacia terapéutica diferencial en el tratamiento de la hiperactividad infantil". *Acta Pediátrica Española*, 46 (1), 39-54.
- ORJALES, I. (1991). *Eficacia diferencial en técnicas de intervención en el síndrome hiperacínético*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- ORJALES, I. (1997). "Adaptación familiar, desarrollo intelectual y trastornos psicopatológicos en los niños de Adopción Internacional". *Psicología Educativa*, 3 (2), 189-201.
- ORJALES, I. (1999). *Déficit de Atención con Hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE.
- ORJALES, I (1999). "Las autoinstrucciones de Meichenbaum: una modificación para el tratamiento de niños con Déficit de atención con hiperactividad". Comunicación presentada en el *III Congreso Internacional de Psicología y Educación*. Santiago de Compostela, Septiembre.
- ORJALES, I. (2000). *Programa de entrenamiento para descifrar instrucciones escritas. Indicado para niños y niñas impulsivos y con Déficit de Atención con Hiperactividad /DDAH*. Madrid: CEPE.
- ORJALES, I. y POLAINO-LORENTE, A. (2001). *Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: CEPE.
- POLAINO-LORENTE, A. y AVILA de ENCÍO, C. (1993). *¿Cómo vivir con un niño hiperactivo?*. Madrid: A.C.
- POLAINO-LORENTE, A.; ÁVILA DE ENCÍO, C; CABANYES, J.; GARCÍA VILLAMISAR, D.; ORJALES, I. y MORENO, C. (1997). *Manual de Hiperactividad infantil*. Madrid: Unión Editorial.
- ZAMETKIN, A.; LIEBENAUER, L.; FITZGERALD, G.A. y col. (1993). "Brain metabolism in teenagers with attention-deficit hyperactivity disorder". *Archives of General Psychiatry*, 50, 333-40.