

## **Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad –TDAH**

El TDAH es el trastorno mental más frecuente en la edad escolar con una prevalencia mundial en media del 5%, siendo que en una clase de veinte alumnos por lo menos uno tendrá el trastorno. Es una de las principales causas de fracaso y abandono escolar en todas las clases sociales y está muy vinculado a conductas de riesgos en la adolescencia como adicción o, en medios socio-económicos desfavorables, a delincuencia infanto-juvenil.

El TDAH evidencia un desarrollo inapropiado de la capacidad de sostener la atención en tareas que requieran esfuerzo (déficit de atención), de controlar la actividad motora de acuerdo a la situación (hiperactividad), así como de la capacidad de espera y de evaluar la situación antes de actuar (impulsividad).

Para el diagnóstico el sujeto debe de manifestar estos síntomas con tal frecuencia e intensidad, que lo afecten en su funcionamiento social, académico y generen un sufrimiento clínicamente significativo en el propio niño o en su entorno. Como diagnóstico diferencial se deben descartar fundamentalmente, trastornos de ansiedad o depresión.

Es importante destacar que no todo niño inquieto es TDAH, la inquietud en psicología clínica es como la fiebre en la medicina, son síntomas que pueden ser causados por diversos trastornos. Un niño inquieto puede estar ansioso o deprimido. Un niño disperso, que no atiende en la escuela puede estar desmotivado, puede estar muy preocupado por algo –ansiedad- puede no tener interés alguno en ninguna tarea por depresión. La dificultad de espera relacionada con la impulsividad puede estar causada por baja tolerancia a la frustración o irritabilidad, síntomas de alteraciones emocionales.

Cabe destacar que estos síntomas emocionales pueden presentarse como añadidos o secundarios al TDAH, pero no son propios del trastorno. Asimismo, TDAH conlleva una desregulación emocional característica pero suelen ser de una cualidad diferente a los trastornos emocionales.

Los síntomas deben ser valorados por un psicólogo clínico u otro profesional de la salud mental especialista que realizará una cuidadosa semiología, valorándolos en profundidad y en correlación a otros signos, síntomas y en que paciente, contexto familiar y escolar asientan. La inquietud ansiosa es diferente a la hiperactividad de

origen neurobiológico, ya que la primera es mucho más variable dependiendo del contexto y se da acompañada de signos diferentes, la presentación de un niño ansioso aprensivo, angustiado, reflexivo es diferente a la de un niño hiperactivo-impulsivo, que está sobre-excitado por sobre-respuesta a los estímulos.

La hiperactividad, entretanto, no es sólo actividad en más y con mucha energía, ya que los niños se mueven y es normal que lo hagan, hay niños que tienen más energía que otros. Pero la hiperactividad refiere a una actividad en más, dis-funcional, que pasa de una tarea a la otra de forma desorganizada sin poder concluir las adecuadamente.

La baja tolerancia a la frustración y la irritabilidad tienen una presentación clínica bien diferente a la impulsividad porque las primeras tienen una carga afectiva significativa. Asimismo, los síntomas del TDAH se manifiestan desde siempre en el niño a diferencia de los síntomas de alteraciones emocionales que tienen un comienzo generalmente tardío y vinculado a otros hechos vitales.

Se suele sub-clasificar el TDAH en tipo combinado, tipo con predominio del déficit de atención (que no manifiesta hiperactividad) y tipo con predominio hiperactivo-impulsivo.

El TDAH es un trastorno mental de origen neurobiológico con fuertes componentes genéticos, aunque también puede ser adquirido por factores ambientales como fumar en el embarazo, prematuréz, o sufrimiento fetal. Produce en los niños que lo padecen hándicaps sociales, académicos y emocionales que afectan en forma significativa su desarrollo socioemocional y lo predisponen a otros trastornos, que suelen aparecer con frecuencia en el desarrollo del niño en forma secundaria al TDAH.

La mayoría de niños diagnosticados de TDAH llegan a la consulta a partir de la etapa escolar, pero suelen comenzar sus problemas más temprano, con un impacto negativo tanto en su adaptación escolar como en la relación familiar, manifestando disturbios emocionales y conductuales significativos.

Su pobre autorregulación emocional dificulta el control de la ira y la tolerancia a la frustración. La impulsividad lo involucra en continuos problemas de relación social, adaptación a las normas, lo hace más propenso a tener conductas de riesgo y a sufrir accidentes. Suelen meterse en problemas y en peleas más frecuentemente que otros niños.

Asimismo, por su desnivel en la capacidad de atención y regulación motora; tienen dificultades para mantener la atención constante en una tarea prolongada y que le requiera esfuerzo como atender en clase, hacer los deberes o escuchar a los adultos. Frecuentemente se olvidan de sus cosas, dirigen la atención hacia otras actividades antes de terminar una tarea o tienen dificultad para permanecer sentado y quieto en una situación que así lo requiera. Sus dificultades académicas derivan con frecuencia en trastornos de aprendizaje con mayores posibilidades de fracaso escolar.

El niño con TDAH de polo hiperactivo- impulsivo, manifiesta conductas impulsivas, como cruzar la calle sin mirar, contestar antes de que se termine de preguntar, no esperar turno, actuar sin tener en cuenta el contexto, golpear a sus compañeros cuando lo que quiere es jugar y otras conductas de riesgo en las que parece no medir el peligro.

La impulsividad está relacionada con dificultades del proceso cognitivo involucrado en las conductas y con las funciones inhibitorias cerebrales. Los niños con TDAH más impulsivos no suelen ser invitados a los cumpleaños, son rechazados en equipos deportivos y en los juegos con sus compañeros, por lo que sus posibilidad de inserción social se ve limitada.

Los padres y profesores de niños con TDAH son más propensos a utilizar estilos educativos punitivos con estos niños por lo que tiene más posibilidades de ser expulsados de las escuelas y de ser maltratados por adultos, especialmente sus padres.

La sumatoria de las consecuencias del trastorno en el medio, con sus constantes fracasos y pobre adaptación social, provoca síntomas de desmoralización y repercute profundamente en el desarrollo socio-emocional del niño, facilitando la aparición de otros trastornos mentales.

Los niños construyen su identidad y su autoestima a partir de lo que le reflejan los demás de sí mismo. El niño con TDAH, recibe del medio una imagen negativa, él mismo se considera malo, al tiempo que descubre que eso le trae también algunos beneficios, como el miedo de sus compañeros o sus risas cuando adopta el rol de payaso.

Si lo que le reflejan los demás es que es tonto, burro, maleducado, mocososo, haragán, payaso, peleador, así se va a creer que es y su dificultad de autocontrol, causada por disfunciones neurobiológicas se va a extender a su identidad, asociando otros síntomas

y trastornos, como los trastornos de conducta, la desmoralización, la desmotivación, la ansiedad y la depresión.

Es importante diferenciar la agresividad -intención de hacer daño- de la impulsividad -dificultad en controlar sus impulsos-. Su impulsividad los hace estar siempre metidos en líos y peleas.

Muchos niños impulsivos son catalogados por los adultos de agresivos, causándoles de esa forma un daño considerable a su personalidad. Si no son comprendidos, estos niños terminarán siendo realmente agresivos por los continuos ataques que reciben y por su identificación con el rol del malo asignado por los adultos.

Los menores con TDAH son rotulados en la escuela como los malcriados, los peleadores los impertinentes, antes de ser diagnosticados son considerados con estos calificativos ya que su comportamiento es bastante molesto en casa y en la escuela. Los niños predominantemente inatentos dan la imagen de niños un tanto tontos, sin embargo su problema nada tiene que ver con falta de inteligencia.

No se ha informado adecuadamente a padres, maestros y pediatras sobre la detección precoz de este síndrome, por lo que atribuyen su conducta al carácter, a la mala intención del niño: Es común culpar a los padres por la mala educación y falta de límites. Los padres se sienten angustiados y culpables, han hecho todo lo posible, han probado distintos métodos y nada parece funcionar. Las maestras se sienten muchas veces frustradas con niños que parecen no estar interesados, no seguir las instrucciones y que desorganizan la clase.

El diagnóstico es un instrumento de trabajo clínico y terapéutico, que bien trabajado confiere alivio al sufrimiento de la familia y transforma estigmas y etiquetas por el nombre de un trastorno conocido, que tiene mejora con un buen tratamiento multimodal, privilegiando la psicoterapia y la inclusión educativa.

Al diagnosticar suelo informar al menor: "Muchos niños como tú tienen estas dificultades y los he ayudado. Te voy a ayudar a vos para superarlas". Las palabras seguras, que vienen del profesional producen alivio, esperanza y disposición para ponernos a trabajar con una metodología apropiada junto a padres y maestros.

#### Comorbilidad

Es frecuente la existencia de otros trastornos que coexisten con el TDAH o que son provocados por éste en la evolución del mismo. Se estima que pueda llegar a un 80% de los casos, o sea de 100 caos sólo 20 tendrán TDAH puro. Los problemas socio-emocionales y los trastornos asociados empeoran el pronóstico. Los problemas psicológicos asociados al TDAH como la desmoralización, la construcción de una identidad basada en sus dificultades y baja autoestima, su pobre adaptación escolar y las crisis familiares provocadas por el trastorno implican a menudo un sufrimiento mayor que los propios síntomas del TDAH y agraven los mismos, por lo que deben de ser abordados en el tratamiento a través de psicoterapia.

Al llegar la niñez media el niño con TDAH de tipo combinado o con predominio hiperactivo-impulsivo, que no ha tenido un tratamiento adecuado, es más propenso a desarrollar un trastorno negativista - desafiante, caracterizado por las mentiras, los engaños, la desobediencia, la desadaptación a las normas y el desafío a los adultos (Connor et al, 2003).

En su evolución los adolescentes con TDAH, dependiendo del medio socioeconómico y cultural y de la estructura familiar, tienen más posibilidades desarrollar un trastorno di-social, caracterizado por conductas delictivas, maltrato a animales o personas. Asimismo, aumentan las posibilidades de abuso de sustancias, de atentar contra su vida y de derivar en trastornos depresivos.

El TDAH no remite sólo, continúa en la adolescencia y la adultez, donde será bastante más difícil su diagnóstico por estar asociado ya a depresión y ansiedad. El joven con TDAH tiene más experiencias problemáticas en el trabajo y un incremento en la posibilidad de conductas antisociales (Fischer, et al 2002)

### Tratamiento multimodal

La Organización Mundial de la Salud OMS y Unicef<sup>1</sup> alertan a padres, docentes, neurobiólogos, profesionales de la salud mental y a los responsables de las políticas de salud para que pongan todos sus esfuerzos en hacer un correcto y estricto diagnóstico del TDAH y se recurra al tratamiento medicamentoso sólo después de haber intentado la mejora con la psicoterapia. El tratamiento medicamentoso aislado, sin estar acompañado de psicoterapia específica para el TDAH es hoy entendida como una practica inadecuada.

---

<sup>1</sup> New York: Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (Unicef)  
World Health Organization (WHO). Mental Health Atlas 2011. Geneva: World Health Organization; 2011

Estas alertas surgen por la práctica extendida de medicar sin incluir la psicoterapia al tratamiento. La efectividad inmediata del Metilfenidato –Ritalina- controla los síntomas en un 80% y produce un gran alivio a padres, docentes y clínicos. Es muy entendible ya que los padres vienen de años de sufrimiento y el docente no suele recibir capacitación para la inclusión. El primer día notan una diferencia, a veces la mejoría parece mágica, pero los síntomas estarán controlados sólo por corto periodo de tiempo, lo que dura la medicación. Además, el niño puede tomar durante diez años la medicación y el día que no la toma estará igual que el primero en cuanto a síntomas nucleares del TDAH.

Por otro lado, los buenos resultados de la medicación a corto plazo no suelen mantenerse después de los 36 meses. (Swanson, et al 2007) Siendo muy común que en la pre-pubertad se deba agregar otra medicación –generalmente un neuroléptico- para aplacar su agresividad en los niños hiperactivo-impulsivos.

Asimismo, el beneficio del control de los síntomas de la medicación sin psicoterapia, tiene la contrapartida de los años perdidos en los que el niño podía haber trabajado su problema para superarlo. La psicoterapia específica para TDAH ha mostrado buenos resultados a largo plazo, aunque se deba tener bastante paciencia ya que no ofrece los efectos inmediatos de la medicación.

Medicar sin psicoterapia se ha relacionado con mayores índices de abuso de sustancias y conductas delictivas, incluso mayor que aquellos que no han seguido ningún tratamiento. El uso continuo de metilfenidato afecta significativamente el crecimiento de la talla corporal y no se recupera luego de haberla dejado de usar. El uso intermitente de metilfenidato (con períodos de descanso) aminora la reducción del crecimiento. (Swanson, et al 2007)

La existencia de la practica de sólo medicar sin psicoterapia para aplacar los síntomas del TDAH ha impactado negativamente en la sociedad, de tal forma que existen movimientos y discursos que niegan la existencia de este trastorno por considerarlo un invento de los laboratorios. Y emiten frases acusatorias a médicos y a padres que han decidido medicar, como “dejen de drogar a los niños”. Estos discursos producen gran dolor en los profesionales y en los padres que han decidido medicar a

sus hijos o pacientes como complemento a la psicoterapia para aplacar los síntomas destructivos.

Producen dolor e indignación ya que estos discursos son emitidos, la mayoría de las veces, por gente que nunca supo lo que es tener un hijo con TDAH, y hablan desde teorías e ideologías, cuando padres y profesionales hablan de sufrimiento y modos concretos de abordarlos. Es importante moderar las críticas a la medicación y entenderla como una herramienta válida si es bien utilizada.

La medicación puede ayudar como una herramienta coyuntural, en ciertos casos y por el mínimo de tiempo posible, dentro de una estrategia que privilegie los objetivos psicoterapéuticos. Los casos graves de TDAH no tienen cura, son crónicos y el tratamiento busca que no empeoren, ya que son como una bomba de tiempo, metiéndose en un lío tras otro. Con tratamiento multimodal en el que participan padres y maestros, existe mejoría, principalmente en los síntomas asociados, a la vez que mejora la calidad de vida familiar.

En los casos leves y moderados existe la posibilidad de cura, que se da cuando el paciente ha compensado sus características, y estas ya no causan sufrimiento ni interfieren en distintos ámbitos de su vida. No compartimos la premisa extendida en la comunidad internacional de que el TDAH no tienen cura y que necesitará la medicación para toda la vida como los miopes necesitan lentes.

Las neurociencias están avanzando en el conocimiento del cerebro de las personas con TDAH. La hipótesis más aceptada hoy es que haya una alteración en el funcionamiento neurobiológico del cerebro, en aquellas conexiones sinápticas ubicadas en el corteza, en lóbulo frontal donde se ubica las funciones de autorregulación de las conductas, como la planificación, la inhibición de respuesta ante el estímulo, la selección del estímulo adecuado, la automotivación, Barkley<sup>2</sup> le llama Funciones Ejecutivas.

El cerebro humano es altamente flexible, principalmente en la niñez. Cuando es adecuadamente estimulado puede compensar las disfunciones de ciertas áreas del cerebro utilizando otras, produciendo nuevos caminos neuronales. Es así como el

---

<sup>2</sup> Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S., & Smallish, L. (1991). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria, III: Mother-child interactions, family conflicts, and maternal psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 233-256.

ciego, si es estimulado adecuadamente desarrollará en forma extraordinaria otros sentidos, como el tacto, el oído y el olfato.

Esta premisa se da para cualquier disfunción cerebral. La estimulación del cerebro para niños con TDAH se realiza a través de una psicoterapia específica que va dirigida a crear estrategias, primero externas para compensar los síntomas y luego internas. Se busca potenciar aquellas virtudes que muchas veces tienen los niños con TDAH y aprovechar sus características diferentes de la mejor manera posible. Con la finalidad de que el niño pueda manifestarse en toda su potencialidad, no como un niño enfermo, sino como un ser que busca expresarse y necesita ser ayudado para encauzar sus potencialidades.

El alumno con necesidades educativas específicas, también en los trastornos de conducta, que por diversas razones, no logra adaptarse a los requerimientos de la institución debe de ser acompañado desde una planificación de inclusión educativa. Cuando estas necesidades no son atendidas, por más molesto, difícil e incómodo que sea el alumno, se está ejerciendo sobre él una violencia institucional, que no tardará en emerger en comportamientos, también violentos del alumno no incluido.

Los alumnos con TDAH u otros trastornos mentales o psico-sociales que presentan problemas de conducta, producen gran sufrimiento a compañeros y docentes. Pueden ser el polo agresor o el agredido en el fenómeno conocido como Hostigamiento o Bullying en el cual la violencia psicológica y/o física es sostenida en el tiempo. Por lo cual es necesario aportar a la escuela estrategias de resolución de conflictos y educación socio- emocional como herramientas de inclusión.

Asimismo, el tratamiento debe dirigirse a los frecuentes trastornos asociados, la autoestima, la identidad, el apoyo a los padres, la adaptación educativa en casa y en la escuela. La inclusión educativa es parte fundamental del tratamiento. La capacitación es la herramienta fundamental de la inclusión educativa. Las carencias y desactualización de la formación de docentes y profesionales de la salud en el tema, deben corregirse con la formación continua.

Cuando el niño, adolescente o el adulto participan de forma activa y comprometida en una psicoterapia específica para el TDAH y sus características de funcionamiento



cerebral ya no interfieran más en su vida cotidiana y no causen sufrimiento, el TDAH estará curado, permitiéndole utilizar sus cualidades y potencialidades de forma saludable.

### **CARTA DE UN NIÑO CON TDAH.<sup>3</sup>**

“Hola, me llamo Pablo. Soy un niño de aspecto normal, con una inteligencia normal y, sin embargo, tengo problemas.

Si me permites, quisiera prestarte mis zapatos para que, por un momento, andes con ellos y sientas lo mismo que yo siento. He pasado mucho tiempo pensando (en realidad, me lo han hecho pensar) que soy vago, mala persona, tonto e incluso cosas peores; creyendo que mis padres no me quieren como a mis otros hermanos porque soy todas esas cosas y sintiendo que mis profesores me odian por lo mismo.

Me pregunto, porqué aún esforzándome, no soy capaz de conseguir lo mismo que los demás. Sé que no lo parece, pero me esfuerzo, aunque los resultados no sean muy satisfactorios. Me siento tan defraudado que, a veces, incluso he pensado que nada merece la pena. Cuando mis papas en casa, desesperados porque no soy capaz de acabar las tareas o parece que les provocho o tengo todo hecho un desastre, me rezongan y me castigan, lloro. Lloro por mí y lloro por ellos.

Cuando mis profesores, también desesperados porque no llevo todos los libros, o no copio todos los deberes o interrumpo la clase, me rezongan y me castigan, lloro. Lloro por mí y lloro por ellos. Cuando en el parque o en el patio de la escuela me apartan de los grupos de juegos; cuando no me llevan de excursión con el resto de mis compañeros; cuando oigo comentarios sobre mí como si yo no estuviera; cuando los oye mi Mama y miro su cara, lloro.

Así voy creciendo, dolido por dentro, enfadado con el mundo. Sintiendo la misma decepción, el mismo hastío y sensación de fracaso que sienten los que me rodean, sintiendo que no soy nada, que no valgo nada. No me gusta mucho. Convivir conmigo es duro. Lo sé porque yo estoy conmigo 24 horas al día, todos los días, sin comprender por qué soy así y por qué, a veces, hago lo que hago aunque no quiero hacerlo. Intento disculparme, aunque sin éxito, porque la

---

<sup>3</sup> Anónimo

disculpa acaba en un llanto incontenible, una rabieta insoportable o unas cuantas frases con poco sentido.

Sin embargo, no soy malo, ni tonto, ni vago, ni sinvergüenza. Me han dicho que tengo TDAH y eso me ayuda a conocerme mejor, a quererme un poquito más, porque ahora sé qué me pasa. Solo soy diferente, y eso me da esperanzas. Entiendo que hay situaciones peores que la mía, que no soy el único que tiene necesidades pero las tengo. Quisiera pedirles las cosas que creo que necesito. A mi familia. Que acepte lo que tengo. Que sean conscientes de que su esfuerzo como papas va a ser mayor que el de otros papas. Que aprendan qué es el TDAH. Que busquen información y apoyo. Por favor no entiendan mi trastorno como un salvoconducto para justificar todas mis actitudes, así no me ayudan.

A mis maestros. Que me acompañen en la dura tarea de prender y me la faciliten, porque yo quiero aprender, solo que a veces no puedo. No les pido que sean blandos, solo les pido que sean justos con mis características.

A mis padres y maestros. Que sean un equipo. No se juzguen los unos a los otros y menos en mi presencia. No me manden mensajes contradictorios porque entonces no sabré cual es el camino.

Al sistema educativo. Que facilite a mis docentes los recursos necesarios para mi formación y establezca un protocolo de atención a mis necesidades para que sepan qué y cómo hacer cuando me encuentren en sus clases. Si no establecen unas pautas comunes, sea quien sea mi profesor, sea cual sea mi curso, mi vida académica puede convertirse en una montaña rusa y tendré muchas posibilidades de fracasar.

A la sociedad en general. Que se informe y se sensibilice. Si me juzgas, si juzgas a mi familia desde el desconocimiento, nos aíslas. A todos en general. Solo pido que me den una oportunidad.

A todos aquellos que aún dudan de mí trastorno, a los que se esconden tras el sistema, a los que me rechazan porque soy una carga, a los que no me dejan ser su amigo porque soy molesto. A todos ustedes gracias, porque tengo la esperanza de que su mirada será más amplia, más comprensiva y a partir de hoy estarán ahí cuando los necesite...

Millones de gracias a mi familia y amigos, que han aprendido a enseñarme, corregirme y quererme como soy. Agradezco su presencia, que hayan escuchado mis palabras, y me hayan permitido mostrarme por dentro.

Hoy son muchas personas que me ayudan a superar mi TDAH, están conmigo y me alegro de su compañía, porque hoy, con ustedes, me siento menos solo.

Y ahora, por favor, devuélveme mis zapatos.”

Este texto fue extraído del Capítulo 4. Alteraciones emocionales y neurobiológicas. ALTERNATIVAS AL CASTIGO. Educación emocional en la familia. Fernando Bryt. Editorial Fin de Siglo. 2016