

# TDAH: ¿Moda o nuevo problema?

Coordinado por María Cortell y Carmel Ortolá

*M<sup>a</sup> José García García*

Psicóloga. Psicoanalista. Miembro de Gabinete Psicopedagógico Municipal

*Anette Kreuz Smolinski*

Psicóloga Clínica, Psicoterapeuta Familiar y de Pareja.  
Directora del Centro de Terapia Familiar Fásica Fase 2.

*Beatriz Pérez- Manglano*

Psicóloga, Terapeuta de Familia. Colaboradora del Centro de Terapia Familiar Fásica Fase 2.

*Ana Miranda*

Catedrática de Psicología del Desarrollo y de la Educación de la Universidad de Valencia.  
Especialista en psicología infanto-juvenil.

*Raquel Ros*

Psicoterapeuta Centro Gestalt

Esta sección plantea a diversos especialistas preguntas acerca de temas actuales que están siendo objeto de discusión en nuestra sociedad. Se ha realizado a través de la red y por ello las intervenciones de nuestras invitadas aparecen por orden alfabético.

En esta ocasión hemos elegido preguntar acerca del “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad”, -más conocido como TDAH, o SHDA según la nomenclatura del más famoso manual de diagnóstico, el *DSM IV-*, por ser un tema de particular importancia y sobre el que se abren infinidad de preguntas tanto en la clínica, como en la escuela y en el ámbito familiar.

En los últimos años ha aumentado considerablemente el número de diagnósticos de TDHA en España, como viene sucediendo en otros países de nuestro ámbito y en Estados Unidos. La historia del trastorno, cuyo precedente lo hallamos en un libro infantil, *Struwwelpeter*, escrito por el neurólogo de Frankfurt Heinrich Hoffmann, comienza cuando un médico británico publica en 1902, en *The Lancet*, el haber observado niños con una “discapacidad en la fuerza de voluntad” y una “evidente incapacidad para concentrarse”. El término no toma auge

hasta el año 1987, en el que la Asociación Americana de Psiquiatría lo instituye con sus siglas, después de que fueran descartados términos como “Trastorno de comportamiento funcional”, “Disfunción cerebral mínima” o “Trastorno hiperkinético”.

Desde el comienzo el TDAH se empareja con un fármaco, el *metilfenidato*; sintetizado por primera vez por un químico de la empresa *Ciba*, en 1944, quien le llamó *Ritalin*\* pues a su mujer, Rita, le produjo un efecto muy estimulante y lo tomaba regularmente antes de jugar al tenis. El producto, una sustancia emparentada con la *dexedrina*, era *metilfenidato*, con el que, posteriormente, se observó cómo calmaba

\**Ciba-Geigy* se fusionó en 1996 con *Sandoz* para formar *Novartis*, actual fabricante del *Ritalin*. Referencia: Blech, Jörg (2005) *Los inventores de enfermedades*. Barcelona. Destino. (En España se comercializan dos marcas, una es el *Rubifén*, otro es el *Concerta*)

a los niños inquietos y no producía efecto alguno a los tranquilos. La reacción a la sustancia, servía, en sí misma, como diagnóstico, por lo cual, algunos autores no han dudado en afirmar que la hipótesis de esta enfermedad no es más que una interpretación del comportamiento que nuestra sociedad genera en los niños.

La demanda de tratamiento para calmar niños intranquilos o que no se concentran, va en aumento, a la par que aumentan, necesariamente, los hábitos rutinarios de los niños y niñas; quienes apenas juegan libremente, ni se juntan con otros para hacer travesuras. Parece que, actualmente, hay más niños “enfermos de TDHA” y va dejando de haber “distráidos”; “despistadas”; “traviesos” o “rebeldes”.

Hemos querido preguntar a cuatro reconocidas profesionales, a las que agradecemos su inestimable colaboración, acerca de su opinión sobre este tema, el síndrome y su inseparable tratamiento farmacológico, que, por tanto, cabalga entre las consultas médicas, de neuropediatras o generalistas y las psicológicas, de psicólogos de gabinetes escolares o clínicos.

## 1.

Dado el considerable aumento que se observa del diagnóstico de TDHA en escolares, ¿cuáles son las causas que Ud. considera que explican tal fenómeno?

**M<sup>ra</sup> José García:**

Actualmente, los documentos oficiales que recogen datos sobre la población escolar de la Comunidad Valenciana con necesidades educativas especiales, toman como referente de clasificación diagnóstica el DSM-IV, conteniendo los citados documentos una nota en la que se indica expresamente: “A

rellenar preferentemente, por el psicopedagogo, según clasificación de la OMS/DSM IV”.

Concretamente, en el folio de la Programación General en que se reflejan los alumnos integrados en unidades ordinarias y específicamente “alumnos con necesidades educativas especiales evaluados o diagnosticados según la discapacidad o problema dominante”, además de las casillas correspondientes a las discapacidades de visión, de audición y psíquicas (retraso mental), las correspondientes a los trastornos de la comunicación, incluyendo la afasia, disfasia y el retraso simple del lenguaje, los trastornos o discapacidades motoras y los trastornos del aprendizaje, presenta estas otras únicas posibilidades:

-Trastorno Generalizado del Desarrollo, que incluye el Autismo y el Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado.

-Trastorno por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador, que incluye: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastorno Disocial, Trastorno Negativista Desafiante, Trastorno de Comportamiento Perturbador No Especificado.

Por otra parte en el apartado sobre “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia” del DSM-IV, se indica:

“Es probable que varios de los trastornos incluidos en esta sección no se puedan clasificar como trastornos mentales (por ejemplo, los Trastornos de aprendizaje, los Trastornos de las habilidades motoras y los Trastornos de la comunicación) Se incluyen en el DSM-IV por su valor educativo (en especial para facilitar el diagnóstico diferencial) y porque suelen estar presentes en los niños que acuden a los centros de salud mental”.

Lo clínico y lo educativo se mezcla y se confunde, y en la práctica los clínicos (psicólogos y psiquiatras) dan pautas educativas, orientaciones pedagógicas, diagnostican trastornos del aprendizaje y hacen intervenciones “psicoeducativas”, mientras que por su parte los psicólogos y los pedagogos escolares, los médicos y de manera informal pero no exenta de importancia, el profesorado, realizan diagnósticos clínicos y encuentran que la medicación viene a resolver aquello que por medio de intervenciones pedagógicas y/o psicoeducativas no se resuelve.

No hace mucho tiempo en una reunión con la psicopedagoga (pedagoga) del colegio al que asistía un niño al que atiendo en la consulta, y a propósito del diagnóstico, me decía “es seguro un Asperger, porque he estado en un congreso recientemente y todo cuadra”.

En sentido contrario, recuerdo el caso de un niño de 8 años al que desde el centro escolar al que atiendo (como psicopedagoga) derivé, a través de su pediatra del centro de salud, hacia la atención en Salud Mental Infantil para diagnóstico y tratamiento, ya que presentaba graves problemas de comunicación e inhibiciones que le impedían establecer relaciones interpersonales, además de otros comportamientos alterados y actitudes sintomáticas y que, en su conjunto, daban la idea de un diagnóstico clínico “pesado”. Sorprendentemente, la psicóloga del hospital público que atendió el caso me indicó que lo oportuno era dar pautas educativas a los padres y orientaciones a los profesores. Evidentemente, mi expectativa de una clínica o diagnóstico clínicos y una atención psicoterapéutica, quedó frustrada.

Las dificultades que presentan los escolares, especialmente cuando representan un

obstáculo para el aprendizaje y/o para la adaptación escolar en general, y la persistencia de las mismas a pesar de haber adoptado medidas educativas y pedagógicas, ocasiona en el profesorado una inquietud, cuando no angustia, ya que resulta difícil sustraerse a la implicación subjetiva de la idea de fracaso.

El profesorado desde su posición de saber, no sabe, no tiene respuesta, no consigue los objetivos propuestos y pregunta con insistencia qué le pasa, qué tiene. Porque “algo” debe tener.

Recientemente me encontraba en una reunión de evaluación (como psicopedagoga) cuando, al hablarse de determinada alumna, la profesora se dirigió a mi en tono grave para decir airada: “Esa niña necesita un buen diagnóstico, no sé qué tiene pero algo tiene, le falta alguna conexión de las neuronas o algo, tienen que verla muy bien y llevarla al neurólogo”.

El problema de la niña es que no consigue aprender a leer y escribir, o bien no manifiesta que sabe leer y escribir, a pesar de haber permanecido un año más en el primer ciclo de Educación Primaria. Por supuesto se había realizado en su día la correspondiente evaluación psicopedagógica, incluido en el cuadro de la P.G.A. antes mencionado como “Trastorno del aprendizaje” y también se había pedido a los padres que a través del pediatra se derivara a la unidad de neurología infantil para descartar cualquier posible contribución de ese orden, si bien se había argumentado y expuesto en la evaluación psicopedagógica el casi seguro origen emocional de la dificultad que la niña presentaba. Pero, evidentemente, mi evaluación y la inclusión en la categoría diagnóstica “Trastorno de aprendizaje”, no le servía a esta profesora para tranquilizar-

se respecto a lo que experimentaba como un fracaso por no haber conseguido que aprendiera a leer.

Los padres, a su vez, también están angustiados ya que el profesorado va exponiendo las dificultades que se observan y piden que intervengan activamente en el proceso de aprendizaje y/o de adaptación apoyando al colegio. En las entrevistas, estos padres se muestran con frecuencia abrumados y angustiados ante un hijo o una hija de quien tienen que conseguir que haga una serie de tareas que, o bien no es capaz de realizar, o no saben como conseguirlo. Los “deberes” se convierten en su responsabilidad y las dificultades del hijo se van convirtiendo en su angustia y su fracaso.

El diagnóstico, en el sentido de inclusión en una categoría diagnóstica, tranquiliza a todos, ya que permite rebajar considerablemente la culpa.

Mejor es saber que tiene esto o aquello, con un nombre concreto, poniendo todo el peso en el “qué es” el niño (es un TEL, es un Hiperactivo, es un Asperger, etc.) e identificando el diagnóstico con el ser quedando así la dificultad del lado del niño. De esta manera se puede aceptar por parte de todos “el fracaso” porque está justificado. El niño necesita un planteamiento específico, el cual puede dar o no resultado, pero en este último caso se puede tolerar mejor el que no funcione.

Así pues el primer problema que planteo concierne al diagnóstico, a la urgencia en diagnosticar por la presión de los padres y del ámbito educativo. Todos sabemos cuantos errores se cometen en ese terreno, especialmente en los niños más pequeños, y las graves consecuencias que ello comporta.

Cuántos niños han sido diagnosticados de autistas cuando posteriormente se ha podi-

do diagnosticar una disfasia y cuántos niños han sido medicados en base a un diagnóstico de TDHA y posteriormente se ha retirado la medicación porque no estaba dando el resultado esperado en estos casos, por nombrar algunos de los errores más frecuentes que en mi opinión se deben a no dejar el diagnóstico en un prudente suspenso.

En cuanto al caso que nos ocupa, el TDHA, diré que la mayoría de los niños y los adolescentes en los que se detecta un trastorno o alteración emocional y, en mayor medida, cuando más significativa sea ésta y la problemática subyacente (personal, familiar, social, escolar, etc.) presentan problemas relacionados con la atención, la impulsividad y/o la hiperactividad, y estos problemas dificultan o impiden el progreso escolar y la adaptación a las distintas situaciones.

En cuanto la problemática cobra cierta dimensión y se dirige la pregunta hacia los especialistas del ámbito educativo o sanitario, miramos la clasificación y vemos que todo cuadra, o que casi cuadra, y entonces emitimos el diagnóstico.

Ya sabemos que el propio DSM-IV como también los manuales sobre cuestionarios y registros para la evaluación del TDAH, advierten de todo cuanto es necesario considerar, descartar, etc., a la hora de diagnosticar. Ahí está la capacidad y formación del clínico para recabar información, observar directamente, considerar que la valoración de padres y profesores al aportar información y cumplimentar cuestionarios es subjetiva, escuchar y soportar las quejas. Sí, claro, todo eso requiere tiempo y no lo hay, y por qué no decirlo, muchas veces tampoco formación clínica, pero no podemos quedarnos sin diagnóstico y en éste encajan bastante bien muchos de los niños

con problemas de aprendizaje y/o de comportamiento.

¿Por qué no quedarnos con la “idea diagnóstica” o la “impresión diagnóstica” de inestabilidad, alteración o trastorno emocional? ¿Por qué no comprender y abordar lo sintomático como la manera de manifestarse un malestar, un conflicto? ¿Por qué no trabajar a partir de comprender cuál es la posición del niño en la dinámica familiar y en las diferentes situaciones?

En definitiva, por qué no sustraerse a emitir un diagnóstico en el sentido que he tratado de exponer.

En mi opinión, porque hacerlo implica correr el riesgo de presentarse ante los demás (maestros, padres, médicos) como con una falta de saber, ya que se está haciendo una demanda que exige una respuesta concreta tranquilizadora. Y porque hacerlo es poner la piedra sobre nuestro propio tejado ya que exige tener una formación clínica que admita el que no todo sea objetivo ni cuantificable mediante escalas o registros, ni lógico u observable, ni psicopedagógico o psicoeducativo. Implica, sobre todo, escuchar el discurso del niño, su sufrimiento y su malestar, no responder automáticamente a la demanda de los adultos sino hacerse cargo del malestar con el que el niño nos está diciendo que algo no está bien para él.

Obliga a explicar, exponer, dar cuenta, de qué problemática subyace e intervenir u orientar las intervenciones a partir de comprender la posición subjetiva del niño.

No emitir un diagnóstico sería también la respuesta adecuada cuando la formación desde la que se hace la detección no es clínica, en cuyo caso la intervención a realizar sería directamente la derivación aportando, eso sí, la información de la que se dispone incluyendo la evaluación psicopedagógica.

### **Anette Kreuz y Beatriz Pérez:**

El TDAH es un trastorno complejo con una etiología multifactorial.

Si se tiene en cuenta, sólo alguno de los síntomas que cursa a su vez con otras entidades clínicas, el resultado es, como está ocurriendo, un sobrediagnóstico de este trastorno (estudios recientes señalan que sólo uno de cada tres diagnósticos de TDAH se corresponde con el diagnóstico definitivo de éste)

Es más fácil, en el estado actual de las investigaciones, descartar algunos mitos sobre su origen y tratamiento que hacer declaraciones taxativas de tipo causa-efecto. Es más: *el modelo sistémico*, precisamente, hace hincapié en la circularidad y multicausalidad de cualquier sintomatología.

Investigaciones realizadas desde el modelo ecosistémico – familiar demuestran que se dan unas determinadas pautas de interacción, más probables, en familias con un chico o chica afectados por TDAH:

- estas pautas de interacción afectan de diferente manera a los distintos géneros.
- familias cuya interacción es sobreimplicada (desde el paradigma sistémico hablamos también de familias enmarañadas) promueven síntomas de TDAH en sus hijos varones, pero no en sus hijas.
- una interacción hostil / autoritaria promueve TDAH en chicos y chicas.
- los padres de niños afectados están significativamente menos satisfechos con la vida familiar tanto de sus familias de origen, como de sus propias familias. En su infancia, estos padres han tenido, ellos / ellas, los mismos problemas de atención con o sin hiperactividad, o alguna otra sintomatología dentro del espectro de la salud mental.

- muchos padres presentan, además, problemas en su funcionamiento psicossocial tanto a nivel personal, como familiar.

Aquellas familias que pueden contar con una ayuda profesional competente sistémico-familiar, se benefician disminuyendo su hostilidad, mejorando en su estilo y su comunicación parental y aumentando sus competencias sociales. Todo ello redundará en un mejor manejo de la hiperactividad del hijo sintomático y la disminución de la sintomatología.

Vivimos en una época en la que, por múltiples causas, las parejas comienzan su convivencia más tarde, tienen, también, su primer hijo más tarde (si es que lo tienen) y el número total de hijos es menor que décadas atrás. Lejos de ser un juicio moral, la realidad es que el niño, en términos de absoluto, se ha convertido en un "bien escaso".

Cuando "algo" escasea se cuida, se mimosa, se "mira con lupa",... trasladada esta idea al contexto familiar nos encontramos, con frecuencia, familias donde la jerarquía es incongruente -los padres no ejercen de forma adecuada el poder y la autoridad (precisos para un buen crecimiento)- inherentes a su rol de cuidadores / educadores. Los límites, tan necesarios, para un buen desarrollo, se tornan difusos. El niño se encuentra en un espacio donde, con facilidad y pareciendo ganar, pierde. Puede aparecer como alborotador, "movido", etc. pero la metáfora de su realidad es que "está pidiendo a gritos límites congruentes". Estas pautas inadecuadas, conjuntamente con aspectos como el temperamento del niño, estresores situacionales, y factores socioambientales, pueden desembocar en múltiples problemas emocionales, comportamentales y evolutivos pero no, necesariamente, en un TDAH.

Información proveniente del ámbito escolar, información neuropsiquiátrica / neurológica y un cuidadoso examen de la realidad familiar, de sus reglas, sus roles, sus límites, etc., ayudarán a un buen diagnóstico diferencial.

#### **Ana Miranda:**

Varias razones pueden explicar el incremento del número de niños a los que se asigna un diagnóstico de "trastorno por déficit de atención con hiperactividad".

En términos generales, un primer factor a tener en cuenta hace referencia a los criterios que se aplican actualmente para identificar el TDAH. Así, los estudios de prevalencia a gran escala utilizando el DSM-III o III-R aportan cifras entre un 2-5%; sin embargo cuando se aplican los criterios del DSM-IV los porcentajes se han incrementado hasta el 7-8%. Otra razón es la utilización más o menos estricta de los criterios en los que se fundamenta el diagnóstico. Se ha comprobado que, lógicamente, aumenta el número de casos de TDAH cuando sólo se utilizan las opiniones de los profesores para determinar la disfunción del comportamiento, mientras que los diagnósticos se reducen de forma considerable cuando se aplican criterios estrictos que exigen que la alteración se manifieste en dos o más de los ambientes en los que se desenvuelve la vida del niño. Por consiguiente estas dos circunstancias pueden haber determinado el aumento de diagnósticos de TDAH que se está observando en la última década.

Pero posiblemente el factor más influyente en este sentido haya sido el avance que se ha producido en el conocimiento sobre el TDAH. La investigación está demostrando que los niños que manifiestan la sintomatología propia del trastorno presentan dife-

rencias cognitivas, neurológicas, genéticas o sociales que afectan a su funcionamiento adaptativo a lo largo del curso evolutivo y que obedecen a déficits significativos en la inhibición comportamental y en la atención, dos funciones ejecutivas que son críticas para la auto-regulación efectiva. La difusión de estos conocimientos, el movimiento asociacionista de padres y la preocupación de los educadores está propiciando que muchos niños que anteriormente eran considerados como rebeldes, insolentes o difíciles estén recibiendo un diagnóstico de TDAH. Este cambio, a nuestro entender, tiene una dimensión positiva ya que la identificación correcta del problema puede facilitar la movilización de los recursos más apropiados para su tratamiento. Sin embargo, también es cierto que puede desembocar en una sobreidentificación peligrosa, si los profesionales no somos lo suficientemente estrictos y no fundamentamos el diagnóstico en criterios que están consensuados por la comunidad científica.

#### **Raquel Ros:**

Entre las causas sanas hay dos fundamentales que serían:

a) Mayor difusión del trastorno por los medios de comunicación (prensa, Internet, televisión...) que pueden hacer pensar a los padres que sus hijos pueden sufrirlo y que llevan a que haya más demandas de exploración.

b) Mayor formación por parte de los profesionales de la salud sobre este trastorno. Como dice Watzlawick las patologías se consolidan cuando hay profesionales preparados para tratarlas.

Sin embargo creo que hay otro tipo de causas que hacen que este trastorno haya aumentado en algunos casos innecesariamente:

1- Muchas veces el diagnóstico se hace de forma generosa e informal y con poco conocimiento serio de los mecanismos neurológicos subyacentes. Los padres buscan un diagnóstico que explique el fracaso escolar o el mal comportamiento de sus hijos. Cuando un diagnóstico no es recibido sino buscado estamos delante de un fenómeno social.

2- El diagnóstico puede estar usándose como cajón de sastre donde se mete todo aquello difícil de diagnosticar.

3- El trastorno puede confundirse con trastornos del aprendizaje, con espectros autistas tempranos, pequeñas lesiones por problemas perinatales, problemas emocionales como la ansiedad, los miedos típicos de desarrollo (con niños que su miedo les lleva a la impulsividad, a enfrentarse), con problemas familiares como falta de límites en la crianza, etc. Tal vez una valoración a nivel familiar y emocional, pudiera descartar algunos casos.

4- Hoy en día el mundo de los niños está más estructurado, hay más exigencias, los niños son escolarizados antes y esto hace que los maestros se vean obligados a pedirles más: tienen que permanecer sentados durante más tiempo a edades más tempranas, dejar de dormir siesta, pasar menos tiempo jugando en espacios abiertos, etc.

Para los padres y profesionales un diagnóstico clínico de este tipo elimina la culpabilidad e incluso el sentido de la responsabilidad sobre los fracasos propios o de los hijos, el problema no es nuestro, “el niño es hiperactivo” lo tendremos que medicar. El diagnóstico puede ser una proyección en el niño de nuestras dificultades como padres y/o profesionales.

Un diagnóstico clínico de este tipo se gana todo tipo de exenciones en múltiples situa-

ciones sociales, hay que tener con él más paciencia, menos presión, una adaptación a su currículum.

El diagnóstico de este trastorno se ajusta a la nueva creencia de que los fármacos pueden curarlo todo. Este trastorno relaja a los padres, saber lo que ocurre y que es algo para lo que hay un tratamiento farmacológico. Puede ser vivido como una solución mágica, frente a un tratamiento psicoterapéutico que suele ser más caro y pedir una mayor implicación.

## 2.

En su experiencia, ¿quién de la vida de los escolares suele dar la voz de alarma y quiénes y a través de qué instrumentos establecen el diagnóstico?

### M<sup>a</sup> José García:

Actualmente, es en el Sistema Educativo donde en mayor medida se detectan alteraciones o dificultades en el plano del aprendizaje, de la adaptación social y/o del comportamiento. Generalmente son los profesores quienes detectan que algo no va bien. Tras la detección por parte del profesorado se realiza una "Evaluación Psicopedagógica" por parte del psicopedagogo.

Sin embargo en los últimos diez años se viene observando un aumento significativo de las demandas de atención a los psicopedagogos por parte de los padres, y especialmente de los alumnos de menor edad (Educación Infantil y 1er ciclo de Educación Primaria) por problemas de comportamiento y de aceptación de normas. A veces, se trata de niños que en el colegio no presentan problemas, pero los padres dicen no poder con ellos en casa.

También es un hecho constatable que el número de demandas del profesorado de

Educación Infantil por problemas de comportamiento y por inadaptaciones y por las consecuencias de ello sobre el aprendizaje, ha ido aumentando considerablemente. El profesorado considera que cada vez resulta más evidente la dificultad que tienen muchos padres para aceptar una posición de autoridad ante al niño, teniendo como consecuencia comportamientos caprichosos, la no aceptación de las normas, y de manera general una gran intolerancia a ser uno de entre otros muchos.

El malestar del rey destronado por la llegada de un nuevo hermanito, que tantos comportamientos y actitudes problemáticas ocasiona en los niños por un tiempo, lo vemos aparecer cada vez con mayor frecuencia en el colegio por la frustración intolerable que le supone no estar permanentemente como único para el profesor o la profesora y ello con mayor prevalencia en los varones que en las niñas al igual que ocurre con el TDAH (se sitúa entre 4/1 y 10/1) En las niñas en cambio se observa mayor incidencia de problemas con la alimentación, inhibiciones, mutismo, y en general del lado de una posición pasiva como muestra de rechazo a la mencionada situación.

Resultaría muy interesante analizar las razones por las que esto ocurre, pero ese sería otro debate.

Una proporción significativa de estos alumnos será diagnosticada de TDAH basándose sobre todo en cuestionarios y escalas cumplimentadas por padres y profesores (Escala de Conners) La escala EDAAH, que desde su publicación es la más utilizada, está dirigida a los maestros por la siguiente consideración que se expone en el manual:

"Por último, considerando que en numerosos estudios la correlación entre las escalas de padres y las de maestros son extraordi-

nariamente bajas, valoramos la necesidad de una única escala dirigida a los maestros. La EDAH permite evaluar los rasgos principales del TDAH de una manera sencilla y objetiva a través de la información aportada por el profesor del sujeto de estudio. Esta información es especialmente valiosa puesto que el profesor, a diferencia de los padres, puede comparar al alumno con el resto del grupo y valorar su conducta con mayor objetividad...”

Sin embargo, sabemos que la tolerancia o intolerancia ante determinados comportamientos o actitudes es muy variable dependiendo del profesor y a veces ocurre que el niño que un curso era “difícil” al siguiente ya no lo es al cambiar el profesor. El ejemplo más evidente por todos conocido, es el del niño que trata de llamar la atención del profesor, demanda que cuanto más rechazo produce en el profesor más insistencia genera en el niño, quien va empeorando su comportamiento y su actitud ante el aprendizaje, disminuyendo su interés y su motivación.

Los profesores no están inmunizados y precisamente necesitan ayuda (el psicopedagogo podría dársela) cuando, con respecto a un alumno determinado, se encuentran afectados subjetivamente, de manera que, sin saberlo, han entrado en el juego y no pueden salirse de él. Evidentemente, ese no sería un buen momento para cumplimentar una escala, pero es generalmente el momento en que se piden, cuando dicen no saber ya qué hacer.

Considero que sería más efectivo un trabajo con el profesor que le permitiera salirse de la posición comprometida en la que se había colocado con respecto a la dialéctica buscada por el alumno, que poner el peso

en lo que el profesor expone y acallar al niño.

De manera general, tanto en el ámbito educativo como en el sanitario, para la evaluación ó diagnóstica se están utilizando los mismos instrumentos, con la excepción de la valoración neurológica específica del sanitario.

En cierta ocasión y en relación con un alumno de un centro en el que intervengo (como psicopedagoga) me extrañó que desde determinado hospital público se me pidiese directamente los resultados del WISC, el TALE y la Escala CONNERS, sobre todo porque el niño en cuestión no presentaba dificultades en el aprendizaje de la lectura y la escritura (TALE) ni signos de TDAH, sino otros síntomas y dificultades. Sin embargo, con el tiempo fui comprobando que estos resultados los demandaban de manera general para todos los niños que eran atendidos y, en caso de que no se hubiesen aplicado en el colegio, lo hacían allí.

No deja de llamar la atención que se ponga al mismo nivel una escala de inteligencia con una prueba específica de lectura y escritura y una escala para la evaluación de TDAH.

Respecto del tema del debate, la aplicación generalizada de esta última me hace preguntarme cuál sería el supuesto en el que se fundamentaría la mencionada generalización que me parece sospechosa.

Cada vez más, cuando se trata de niños y adolescentes todo lo que al parecer los adultos pueden-saben hacer es educativo. En el propio Estudio de casos del DSM-IV se puede comprobar por los tratamientos que se proponen en el capítulo 1 dedicado a los Trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia.

-*Trastorno autista*: intervención educativa y comportamental, intervenciones comportamentales que refuerzan positivamente los comportamientos deseados y extinguen los inadecuados, medicaciones para facilitar la adaptación y el aprendizaje comportamental, en algunos control neurológico.

-*Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*: los estimulantes, terapias de educación para padres y tratamientos cognoscitivos y comportamentales además de la medicación o en lugar de ella.

-*Trastorno disocial*: Planteamientos cognoscitivos y comportamentales, educación de padres, educación de profesores y mejora del entorno, cuya eficacia definitiva está por definir.

-*Trastorno de la Tourette*: Proporcionar a los padres información sobre este trastorno, a veces información farmacológica, intervenciones educativas si tienen problemas de atención y de aprendizaje.

-*Trastorno de ansiedad por separación*: educación de los padres, el tratamiento cognoscitivo y comportamental y el tiempo.

El sujeto no está en ninguna parte. No hay clínica del sujeto que permita una apertura hacia alguna parte.

#### **Anette Kreuz y Beatriz Pérez:**

La voz de alarma, fundamentalmente, proviene de la familia.

La percepción de que el niño “no para” y el efecto de agotamiento que provoca en los cuidadores implica que la primera consulta es a petición, muchas veces, de los propios padres, que, impulsados por un problema adicional académico, empiezan a buscar ayuda, a veces por indicación de los profesores, pero en la mayoría de las ocasiones, por iniciativa propia.

Para que no ocurra lo que ya comentábamos respondiendo a la primera pregunta –un sobrediagnóstico del TDAH- el diagnóstico diferencial lo tienen que establecer los profesionales con formación específica en salud mental infanto-juvenil con la experiencia y los recursos necesarios, dejando, incluso, el diagnóstico abierto en vistas a su futuro desarrollo ya que el diagnóstico equivocado con una pauta de farmacoterapia probable implica un peligro serio para la salud del niño: el remedio, en este caso, seguro que es peor que la enfermedad.

#### **Ana Miranda:**

En la primera infancia son los padres quienes suelen consultar con el experto, preocupados porque advierten que el desarrollo de su bebé no está realizándose de acuerdo con las pautas de la normalidad. Esta situación se produce especialmente en el caso de aquellos niños con TDAH que presentan un grado extremo de actividad motora y escasa regulación de conductas relacionadas con el sueño y con la alimentación.

Por el contrario, en nuestra experiencia, a final del período de educación infantil y durante la Educación Primaria los profesores pasan a desempeñar un papel de primera magnitud en la identificación de síntomas relacionados con el TDAH. Las preocupaciones que transmiten los profesores a los padres, en las que basan su recomendación de consulta con el profesional, son fundamentalmente la inquietud, escasa concentración, dificultad en el seguimiento de normas, rendimiento por debajo de la capacidad intelectual, desempeño académico irregular, pobres habilidades de organización, y las dificultades en las relaciones sociales.

Los psicopedagogos de los gabinetes de orientación en las escuelas suelen respon-

sabilizarse de llevar a cabo el proceso de evaluación que permitirá determinar si el estudiante reúne o no las características propias del síndrome. Los procedimientos que utilizan para ello suelen ser las escalas de estimación conductual cumplimentadas por padres y profesores, las observaciones del comportamiento en el contexto del aula y tests de personalidad. Sin embargo es bastante raro que utilicen otras herramientas como las entrevistas con el niño o los tests neuropsicológicos que pueden ser valiosos al aportar información sobre los procesos cognitivos que se ven más afectados en los casos particulares: aversión a la demora, rigidez cognitiva, fallos en la inhibición, o memoria de trabajo. Generalmente estos procesos suelen ser evaluados por los psicólogos clínicos o por los neuropsicólogos a los que suelen ser remitidos los posibles casos de TDAH. De cualquier forma el diagnóstico ha de ser multidisciplinar, participando también los médicos que deben valorar la ausencia de enfermedades que puedan cursar con síntomas de TDAH (hipertiroidismo, o alergias, por ejemplo) y, si se toma la decisión, ocuparse de la administración y seguimiento de la medicación.

Finalmente me gustaría destacar que, cuando se revisa la literatura sobre el tema, se constata que los instrumentos que suelen utilizarse para la evaluación del TDAH no son homogéneos. Por consiguiente un objetivo prioritario para poder identificar niños con TDAH y movilizar tempranamente los recursos dirigidos a su tratamiento consistiría en elaborar protocolos de evaluación que estén científicamente consolidados. Asimismo de cara a que todos los estudiantes con TDAH reciban la atención especializada para responder a sus necesi-

dades educativas específicas tendrían que adoptarse una serie de criterios que tenga el consenso de la comunidad médica y educativa.

### **Raquel Ros:**

Fundamentalmente el diagnóstico se hace en la escuela sobre todo en el caso de los TDAH puesto que sus alumnos manifiestan conductas de tipo disruptivo, hay fracaso escolar, dificultad para seguir las normas... La escuela es un medio muy normativo donde los chicos deben aprender a demorar las satisfacciones y su nivel de frustración aumenta.

En los casos con TDA, los profesores tardan más en demandar exploración, se confunden con niños vagos, poco motivados. Por eso este trastorno sin impulsividad ni hiperactividad suele diagnosticarse más a menudo en el segundo ciclo de primaria, cuando ya se ha observado que no funcionan las estrategias clásicas escolares (premios, castigos...)

También hay casos en que los pediatras piden la valoración del trastorno debido a las dificultades que los padres plantean y a su propia intuición, aunque esto ocurre menos frecuentemente. Me parece importante destacar que en estos casos la demanda se hace antes de las exigencias escolares, lo que nos podría llevar a pensar que tal vez fueran más fiables los posibles casos diagnosticados.

Generalmente los profesionales que diagnostican este trastorno suelen ser neuropediatras, también hay casos diagnosticados por psicólogos, psiquiatras e incluso por médicos de cabecera. Me parece que lo ideal es que este diagnóstico se realizara conjuntamente entre diferentes tipos de profesionales. Un diagnóstico entre neu-

ropediatras y psicoterapeutas con conocimientos de psicología clínica y terapia familiar tendría más garantías.

En cuanto a los instrumentos lo más frecuente es la utilización de cuestionarios basados en los criterios del DSM IV. Puede ocurrir que este diagnóstico se haga sólo con cuestionarios aplicados al ámbito familiar y escolar, sería más adecuado utilizar pruebas estandarizadas encaminadas a evaluar como utiliza el niño las funciones ejecutivas así como una exploración neurológica que vaya encaminada a descartar otros posibles trastornos. Como comenté anteriormente considero oportuno contar con una exploración Psicoterapéutica para poder descartar problemas emocionales, de adaptación y/o familiares.

### 3.

Desde su perspectiva clínica y la de los estudios acerca del tema ¿qué consecuencias posteriores puede tener el uso continuado de fármacos para el tratamiento de dificultades en la vida infantil y en qué manera puede afectar a estos niños en la vida adulta?

#### **M<sup>a</sup> José García:**

Recientemente en una reunión de coordinación del gabinete psicopedagógico me comentaba una compañera con preocupación que una niña de siete años, a la que yo conocí cuando tenía cuatro, había sido tratada por un breve espacio de tiempo con estimulantes debido a sus problemas de atención. Como el tratamiento no resolvió los problemas de atención, éste fue suspendido y la niña pedía a la madre con insistencia que le diera la pastilla porque cuando se la daba corría mucho.

Puede plantearse que los estimulantes no eran adecuados en el caso, pero lo significativo respecto de la pregunta es que ella quería volver al estado que le proporcionaba la pastilla.

En otros casos cuando la medicación es suspendida o rebajada, se escucha a veces a los padres o a los profesores referirse al tiempo en que por efecto de la medicación, el niño o la niña era capaz de realizar las tareas, de prestar atención en la clase, de estar más tranquilo, menos violento, y comentan que debería volver a tomarla o aumentar la dosis.

Me pregunto cómo creer que estas medicaciones no tengan consecuencias presentes y futuras, porque generan la necesidad o el deseo de mantener o recuperar un estado que reporta algún beneficio subjetivo bien sea directamente, como en el caso de la niña, o indirectamente como sería el caso cuando proporciona actitudes y comportamientos que conllevan el reconocimiento y aprobación de los adultos significativos.

Lo más grave es que, con cierta frecuencia, la demanda es respondida automáticamente sin ver al niño y sin recabar más información. Lo habitual es que se pregunte a los padres cómo va todo y, en función de su percepción, se aumenta o disminuye la dosis, o se vuelve a dar, o se cambia el fármaco.

La niña a la que ahora me referiré ha finalizado la Educación Primaria. Asiste al colegio desde el primer curso y desde el mismo momento en que se incorporó a la clase se requirió mi intervención debido a las conductas problemáticas que presentaba. Desde entonces hasta ahora se ha intervenido de manera continuada con la madre, con la niña y con el profesorado y se ha trabajado de manera coordinada con los servicios so-

ciales debido a la problemática sociofamiliar existente.

En su día, cuando la niña tenía siete años, solicité una valoración neurológica y se detectó una epilepsia centroencefálica que fue tratada con Depakine. La trabajadora social y yo pedimos una entrevista con la neuróloga para pedirle que hiciera la derivación hacia la Salud Mental Infantil para que recibiera atención psicoterapéutica, ya que considerábamos que en la niña había un malestar y un sufrimiento importantes que estaban manifestándose sintomáticamente.

Para ello, se aportó información sobre la situación familiar y lo observado en la niña: la conducta alterada e impulsiva y las dificultades que experimentaba para controlarse en algunos momentos (siempre cuando ve frustrada una demanda) desarrollando una gran actividad y descontrol motor.

En opinión de la neuróloga, esas conductas no tenían relación con la epilepsia de la que, por otra parte, no había manifestaciones clínicas ni, al parecer, antes las había. Informé a la trabajadora social de que, en ese sentido, la información aportada por la madre podía ser muy sesgada debido a su capacidad mental limitada y a su estado alterado emocionalmente y también de sus dudas acerca de que fuera capaz de seguir las pautas recomendadas sobre la medicación.

Efectivamente, el caso fue derivado a Salud Mental para tratamiento pero, como viene siendo habitual, el peso del mismo recayó sobre la madre en forma de intervención psicoeducativa. Ésta, que como pude comprobar en las entrevistas iniciales se sentía muy culpabilizada, rechazó la intervención. La madre se quejaba y justificaba su negativa a acudir porque, esperando que trataran

a la niña, todo se dirigía hacia ella: “Para ir a que me dé la charla, no voy”.

En cuanto a la evolución de la niña en el colegio, fue mejorando paulatinamente y las conductas alteradas sólo aparecían puntualmente. Se ha trabajado mucho y de manera coordinada por parte de todo el personal implicado. En las entrevistas y en la información aportada a la madre se ha tratado de resaltar la buena evolución y los logros.

Sin embargo, al hacerse mayor presenta, según la madre, actitudes de rebeldía hacia ella, en casa se muestra muy desobediente y desarrolla comportamientos muy problemáticos. En esta situación, es la madre quien se dirige a Salud Mental y como consecuencia se trata a la niña con tranquilizantes.

De ello tenemos conocimiento cuando el profesorado observa sueño, atención dispersa y dificultad e incluso imposibilidad para centrarse y realizar las actividades, olvidos constantes y hasta momentos en los que se hace pis encima. Es al citar a la madre cuando ésta nos informa de que está tomando medicación. Se le pide entonces que acuda de inmediato al médico y le comunique lo que estamos observando. La trabajadora social, por su parte, informa también de ello al centro de salud mental y alerta de la capacidad de la madre para ajustarse a las dosis recomendadas.

Como consecuencia, se rebaja la medicación y ello tiene un efecto inmediato, si bien aún se dejan notar algunas consecuencias. Pero a lo largo del curso hemos comprobado (y confirmado después con la madre) que la medicación es a veces suspendida bruscamente porque se ha terminado y no tiene recetas, o aumentada según la niña se porte mejor o peor, se controle más o menos.

Recientemente se ha practicado una Resonancia Nuclear Magnética cerebral con resultados estimables dentro de los límites de la normalidad.

La madre quiere que la niña esté “tranquila”, pero eso significa que no la moleste, que no la cuestione, que no le cree problemas. Y se responde a la demanda de la madre.

La niña está mal, el profesorado opina que está mal, que su estado no es normal, que la medicación le está suponiendo un grave perjuicio.

La niña no ha sido atendida en su malestar, no ha sido escuchada, no se ha trabajado aquello que es un problema para ella, no se la ha ayudado.

El término “psicoeducativo” da cuenta de una concepción teórica y práctica según la cual tratándose de niños y adolescente no cabe otra posible intervención, con la excepción de la farmacológica, y se olvida lo fundamental desde una perspectiva clínica ética: que el malestar y el sufrimiento subjetivo es el indicador más claro de la necesidad de intervención psicoterapéutica (la orientación dependerá de la formación del clínico) en los niños y en los adolescentes también.

Me pregunto también qué ocurrirá, qué será de ella. Hace poco tiempo me decía textualmente a propósito del efecto que le producía la medicación:

“Hago algo y después no me acuerdo de nada. Lloro, me quedo embobada, me enfado por cualquier cosa y no me entero. A veces me quedo embobada, como congelada, como en blanco, moviendo la cabeza.

Y los compañeros me preguntan por qué tengo los ojos muy abiertos y por qué estoy rara.”

### **Anette Kreuz y Beatriz Pérez:**

Plantear en este contexto sólo el efecto negativo de los fármacos es un error grave de planteamiento. En el caso de un diagnóstico acertado, (y sólo en este caso) el déficit de atención con hiperactividad no tratado conlleva un riesgo muy alto de desembocar en problemas graves de conducta (trastorno antisocial) y de afecto (depresión) porque correlaciona de manera altamente significativa con el fracaso escolar, tanto por abandono como por bajo rendimiento. El riesgo del tratamiento farmacológico no es diferente al de otros problemas médicos en la infancia que requieren un mantenimiento prolongado de fármacos potentes que interfieren en el metabolismo cerebral. Es necesario y pertinente el control médico periódico, el control de los efectos secundarios, y la protección de intimidad frente a sus compañeros. En este momento ya se dispone de estudios de larga duración para evaluar los riesgos y los beneficios en un caso específico. Pero, la adecuada pauta farmacológica, aunque ayuda al niño a poder “parar y pensar”, no resuelve los problemas de interacción social y familiar existentes. Alternativas de tratamiento probadas existen, pero tienen menos publicidad y suelen implicar de manera más activa al medio en el que se mueve el niño.

### **Ana Miranda:**

La respuesta a esta pregunta no es categórica, más bien habría que matizarla con un conjunto de consideraciones que deben tenerse necesariamente en cuenta al respecto. Tanto nuestra experiencia como la revisión de la literatura reciente nos lleva a concluir que la medicación (psicoestimulantes generalmente) es efectiva para manejar a corto plazo los síntomas centrales del TDAH, esto es, la impulsividad, la desatención y la

hiperactividad. No obstante, el tratamiento con fármacos está afectado por una serie de limitaciones que evidencian claramente la necesidad de su uso prudente y, por supuesto, su combinación con otros tratamientos de corte psicológico.

La medicación no enseña nada, de manera que no produce mejoras en el rendimiento académico ni en las relaciones con los compañeros; aproximadamente un 30% de niños con TDAH no tienen una respuesta positiva; no es conveniente medicar de forma continua a los niños debido a los potenciales efectos secundarios a largo plazo; el fracaso de muchos adolescentes en el seguimiento de las pautas establecidas; y la escasa evidencia sobre efectos beneficios del tratamiento farmacológico a largo plazo.

La vida de los niños se desarrolla en múltiples contextos, especialmente el hogar y la escuela, que incluyen una multitud de factores de riesgo/protección que deben de modificarse y/o potenciarse a fin de optimizar la eficacia del tratamiento. En este sentido, los resultados del MTA (el estudio más importante sobre tratamiento del TDAH) sugieren que la medicación redujo significativamente los síntomas del trastorno. Pero, sólo el tratamiento en el que se combinaba la medicación con la modificación de conducta potenció las habilidades sociales y mejoró las relaciones padre-hijo, incluyendo la disminución de estrategias de disciplina punitivas e ineficaces (Hinshaw et al, 2000) Además, los niños que recibieron tratamiento combinado tenían más probabilidades de normalizar su funcionamiento y los padres valoraban de forma más positiva las condiciones de tratamiento que incluían un componente conductual (Pelham, Fabiano, Gnagy, Greiner & Hoza, 2004)

Por consiguiente, insistimos en que el diseño de las intervenciones dirigidas a niños con TDAH no debe basarse exclusivamente en la consideración neurobiológica del trastorno sino fundamentarse en la valoración de los puntos fuertes y débiles del niño y de su ambiente, incluyendo la familia, el grupo de compañeros y la escuela.

#### **Raquel Ros:**

Las consecuencias del uso continuado de fármacos en estos niños, es algo que todavía hoy no tenemos muy claro, aunque es una cuestión que nos preocupa tanto a padres como a profesionales.

Los efectos secundarios a corto plazo que plantean estos niños suelen ser falta de apetito, trastornos del sueño, variabilidad emocional...

Las consecuencias en el futuro aún son inciertas en cuanto a efectos secundarios biológicos en la vida adulta.

Algunos estudios hablan de efectos sobre la hipófisis, por eso no se regulan bien los ciclos normales de crecimiento. Pueden afectar también al control de las emociones, impulsividad, agresividad... Otras consecuencias podrían ser cambios en los umbrales del dolor, hipersensibilidad auditiva, sensitiva, del olfato, etc. con la consecuente desadaptación.

En cuanto a los efectos psicológicos del uso de fármacos en los niños tenemos que tener en cuenta que puede ser la base para una adicción. Esto es desgraciadamente coherente con el hecho de que la adicción más común entre nuestros jóvenes sean las pastillas.

Los niños se acostumbran a una medicación que varía su comportamiento y empiezan a relacionar su conducta y su rendimiento es-

colar con el hecho de que hayan tomado o no la pastilla.

Ponerse la etiqueta de enfermo, de no ser responsables de su conducta, tiene grandes ganancias secundarias que los niños pueden aprovechar para no esforzarse.

Estos niños pueden crecer con el pensamiento mágico de que una pastilla puede solucionar los problemas. Consecuencia lógica de todo esto es no sentirse responsables y proyectar hacia el exterior, el mundo, la suerte, la biología es la causa de lo que a mí me ocurre, por tanto pueden generar personas que no se sienten responsables y por lo tanto no se sienten con poder para cambiar las cosas.