

TDAH

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

**Manual de
diagnóstico
y manejo
del TDAH:
enfoque
multidisciplinario**

medicación
terapia
escuela
familia
amigos

APDA

Asociación Peruana de Déficit de Atención

**MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO
DEL TDAH:**

enfoque multidisciplinario

edición impresa agotada

versión online

MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL TDAH: enfoque multidisciplinario

© Asociación Peruana de Déficit de Atención (APDA)

www.deficitdeatencionperu.com

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°: 2008-04916

ISBN: 978-9972-2709-4-9

Primera edición: abril 2008

2000 ejemplares

Responsable de edición: Armando Filomeno

Corrección: Gabriel Cayo

Diagramación: Janssen-Cilag

Diseño de la carátula: Eduardo Gerbi Cáceres

La Asociación Peruana de Déficit de Atención (APDA)
dedica este libro a quienes son su razón de existir:
los niños, adolescentes y adultos con el
Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)
y sus familias.

ÍNDICE

	Pág.
Introducción	6
1. Definición, diagnóstico y tratamiento medicamentoso del TDAH. Armando Filomeno	9
2. Trastornos asociados al TDAH. Armando Filomeno	36
3. Manejo conductual adecuado de los niños pequeños con TDAH. Virginia Bákula	51
4. Las terapias de aprendizaje y las tutorías Camila Fosca	73
5. Terapia conductual del TDAH en la casa y en el colegio Iliana Chian	86
6. Coaching para personas con TDAH Beatriz Duda	101
7. Psicoterapia conductual cognitiva para el manejo del TDAH Cecilia Chau y Mónica Cassaretto	117
8. Terapia emocional para personas con TDAH: la importancia de una nueva mirada. Manuela Tapia	133
9. El diagnóstico y el tratamiento del TDAH desde el punto de vista de una mamá. Maya Echegaray	145
Datos de los autores	

INTRODUCCIÓN

Cuando hace poco más de un año apareció en nuestro país un libro sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH),¹ la Asociación Peruana de Déficit de Atención (APDA) planeó editar una publicación que complementa lo tratado en dicho libro y se ocupe de las terapias que son de utilidad en el manejo del TDAH, que solo habían sido mencionadas brevemente. Este proyecto ha podido convertirse en realidad gracias a la colaboración de los autores de los artículos incluidos y al auspicio que aparece en la contratapa de este volumen.

El diagnóstico del TDAH es un procedimiento sencillo cuando lo efectúa un médico experto, basta con la historia clínica proporcionada por los padres (especialmente la madre) y los criterios diagnósticos del DSM-IV.² Cuando el paciente presenta

¹ Filomeno Edwards, Armando. El niño con déficit de atención o hiperactividad:

² Cuarta revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de la American Psychiatric Association, 1994.

solo los síntomas del TDAH —déficit de atención, hiperactividad-impulsividad o ambos— sin trastornos asociados, o con alguno de ellos de leve intensidad, el tratamiento medicamentoso suele ser suficiente. Se debe señalar que dicho tratamiento es efectivo solamente cuando está a cargo de un médico que conoce el tema, que efectúa un cuidadoso seguimiento, proporciona información a los padres y recomienda las terapias y otras medidas que sean necesarias.

Sin embargo, la mayoría de quienes tienen TDAH presenta, además, algún otro trastorno asociado y a menudo más de uno. Por esa razón, en la mayor parte de los casos —por lo menos en algún momento— es necesario recurrir a alguna otra modalidad terapéutica, como la orientación psicológica en la crianza, la terapia conductual, la terapia cognitivo-conductual, el coaching, una tutoría, la terapia de aprendizaje o la terapia emocional. Esperamos que la lectura de este libro haga más fácil decidir lo más conveniente en cada situación.

El artículo n.º 1 de este libro es una visión de los aspectos biológicos, del diagnóstico y del tratamiento medicamentoso del TDAH, que puede considerarse un compendio y una actualización del libro mencionado al inicio. El artículo n.º 2 presenta de manera práctica los trastornos que se suelen

asociar al TDAH; algunos de ellos, cuando están presentes, a menudo constituyen el mayor problema para el paciente. Los artículos n.º 3 a n.º 8 —que constituyen el cuerpo principal del libro— son una interesante y práctica discusión de las diversas terapias que son de utilidad en el manejo de quien tiene TDAH. El artículo n.º 9 es el punto de vista de una madre de familia sobre el tema que nos ocupa; ella, en su esfuerzo por sacar adelante a su hijo, cumple una importante labor de difusión del tema y es quien debe tener la última palabra.

Como todas las publicaciones del APDA, electrónicas o impresas —dirigidas a un público amplio, que comprende especialmente a profesionales y a padres de personas con TDAH—, este libro presenta el estado actual de los conocimientos sobre el tema y está escrito en un lenguaje libre de términos innecesariamente técnicos. Estamos seguros de que va a cumplir con su misión de servir a los niños, adolescentes y adultos con TDAH y a sus familias.

Nota:

Los autores de los artículos de este libro han sido convocados por los conocimientos y la experiencia que tienen en sus respectivas disciplinas. Ellos han tenido plena libertad para desarrollar sus temas y expresar sus puntos de vista. Los sustantivos niño, maestro, psicólogo, médico, autor, etcétera, hacen referencia a ambos géneros.

1. DEFINICIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO DEL TDAH

Armando Filomeno

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es la patología más frecuente en la práctica de la neurología pediátrica y de la psiquiatría de niños y adolescentes, pues está presente en el 5% a 10% de la población en edad escolar (y en el 3% a 6% de los adultos). Aunque esto no está documentado en el Perú, no existe razón para pensar que somos diferentes al resto de la humanidad, por lo que no es exagerado decir que deben de existir no menos de un millón y medio de peruanos con este trastorno. Esté o no aceptado oficialmente este hecho, el TDAH constituye un problema de salud pública también en Perú, por lo que la Asociación Peruana de Déficit de Atención (APDA) —con la finalidad de que nuestros compatriotas menos afortunados también tengan acceso a la ciencia y a la educación del siglo XXI— presentó, a través de una congresista, un proyecto de ley que duerme en la Comisión de Salud del Congreso de la República, huérfano actualmente de apoyo oficial (1).

A pesar de que mucha gente no lo sabe, se trata de un problema descrito médicamente hace más de un siglo, habiendo estado presente mucho antes en el ámbito literario (2). En nuestro país, hace casi medio siglo ya se le conocía, aunque con nombre diferente (3). Lo que inicialmente se conoció como *daño cerebral* pasó sucesivamente a llamarse *daño cerebral mínimo*, *síndrome hiperquinético*, *disfunción cerebral mínima*, hasta llegar al término actual de *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*. En el Perú, tuvo vigencia durante varias décadas el pseudodiagnóstico de *disritmia*, felizmente ya en desuso (4). El gran incremento en el diagnóstico y tratamiento del TDAH se debe especialmente a la labor de difusión de los conocimientos sobre este tema, por parte de instituciones de ayuda a los pacientes como el CHADD (Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) en los Estados Unidos y el APDA en el Perú.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un problema neuropsiquiátrico (5) (6) —de origen genético en la gran mayoría de los casos—, debido fundamentalmente a una excesiva recaptación de dopamina a nivel sináptico. Recientemente se ha demostrado —estudiando el espesor de la corteza cerebral y el volumen de los núcleos cerebelosos, mediante la resonancia magnética nuclear— un retraso en la maduración cerebral en niños con este trastorno (7). Los genes

involucrados más estudiados son el DRD4 (gen del receptor de la dopamina), el DAT (gen del transportador de la dopamina) (8) y el gen de la latrofilina 3. Este último fue detectado en los paisas —grupo étnico de origen español del departamento de Antioquia, Colombia—, y parece ser el gen más frecuentemente afectado en pacientes con TDAH en el mundo (9).

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) está caracterizado por la presencia de síntomas de desatención, de hiperactividad-impulsividad o de ambos. El TDAH se inicia en la niñez y en las dos terceras partes de los casos persiste en la edad adulta. La presencia de hiperactividad hace que el diagnóstico se efectúe más precozmente; este síntoma suele disminuir o desaparecer entre la adolescencia y la edad adulta, persistiendo la falta de atención.

El diagnóstico del TDAH es un procedimiento sencillo cuando lo efectúa un médico experto; basta con la historia clínica proporcionada por los padres (especialmente la madre) y los criterios diagnósticos del DSM-IV (10); infrecuentemente es necesaria la ayuda del psicólogo, especialmente si se requiere ampliar la información proporcionada por los padres cuando esta no es de confianza o cuando se necesita información de los maestros para ampliar o contrastar lo referido por los padres (por ejemplo, mediante el uso de las escalas). También es

conveniente una evaluación psicológica cuando se sospecha que el paciente tiene un coeficiente intelectual (CI) más bajo o significativamente más alto que el promedio.

Una evaluación psiquiátrica es especialmente importante cuando se sospecha la posibilidad de trastorno bipolar. Los exámenes especiales neurológicos no suelen ser necesarios, salvo en los casos muy raros de posibles ausencias epilépticas que puedan confundirse con desatención —en este caso el electroencefalograma es necesario— o la presencia de dolor de cabeza severo asociado al TDAH, sin que haya historia familiar de migraña, en cuyo caso puede considerarse la necesidad de efectuar una resonancia magnética.

A continuación se presenta el cuestionario del DSM-IV con algunas explicaciones (11).

Los síntomas de desatención son los siguientes:

A menudo:

- 1 no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades. Como en muchas de las situaciones que aparecen en este cuestionario, el*

problema se presenta cuando se trata de algo que no interesa al paciente en forma particular.

- 2 *tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.* Usualmente los juegos no son problema.
- 3 *parece no escuchar cuando se le habla directamente.* Es necesario llamarlo o repetirle las órdenes varias veces.
- 4 *no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).* Necesita que se le den las órdenes individualmente.
- 5 *tiene dificultades para organizar tareas y actividades.* Se refiere a actividades que no le interesan.
- 6 *evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).* A menudo, ante la menor dificultad, abandona lo que está haciendo o pasa a algo más fácil.
- 7 *extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).*
- 8 *se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.* En el colegio o en la casa cualquier cosa lo distrae.

9 *es descuidado en las actividades diarias.* Se refiere a aquellas que debería efectuar espontáneamente de acuerdo a su edad y que hay que recordarle continuamente.

Los síntomas de hiperactividad-impulsividad son los siguientes:
(Hiperactividad)

A menudo:

- 1 *mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.*
- 2 *abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado. A veces esto no ocurre en el colegio por temor o por gran respeto a la autoridad, pero sí en casa; otras veces es a la inversa.*
- 3 *corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).*
- 4 *tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio. Incapacidad para entretenerse solo y tranquilo en su cuarto o en la casa —si no hay televisión, videojuegos o computadora de por medio—; continuamente dice que está aburrido y pregunta qué puede hacer.*

5 *“está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.*

El niño está en constante actividad, cambiando de esta continuamente.

6 *habla en exceso.*

(Impulsividad)

A menudo:

7 *precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.*

8 *tiene dificultades para guardar turno.*

9 *interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos).*

Es necesario y suficiente que existan 6 de los 9 síntomas de desatención o de hiperactividad-impulsividad, que se presenten por lo menos en dos ambientes, que hayan persistido por un mínimo de 6 meses, que por lo menos algunos hayan aparecido antes de los 7 años de edad; finalmente, para que estos síntomas constituyan un trastorno, deben afectar la vida social, académica o laboral de quien los presenta.

Para efectuar el diagnóstico del TDAH en un adulto es necesario que el trastorno haya sido diagnosticado en la edad escolar —o que existan evidencias razonables de que haya existido a dicha

edad—, siendo dicha evidencia de mayor validez cuando es proporcionada por la madre.

El cuestionario de Adler, Kessler y Spencer, que se presenta a continuación, es una adaptación del DSM-IV para la edad adulta (11). A cada síntoma de desatención o de hiperactividad-impulsividad se le asigna una cifra de acuerdo a la frecuencia con que se presente:

- 0: Nunca
- 1: Muy raras veces
- 2: Algunas veces
- 3: A menudo
- 4: Muy a menudo

Deben considerarse los síntomas que el paciente haya presentado siempre, no los que sean de inicio reciente. Igualmente hay que recordar que el interés en determinada actividad hace que, para esta, el déficit de atención disminuya o desaparezca.

Criterios de desatención

¿Con qué frecuencia...

- 1 comete errores por descuido cuando tiene que trabajar en un proyecto aburrido o difícil?

- 2 tiene dificultad para mantener la atención cuando efectúa un trabajo aburrido o repetitivo?
- 3 tiene dificultad para concentrarse en lo que le dicen, aunque le hablen directamente?
- 4 tiene dificultad para redondear un proyecto, cuando las partes más difíciles y laboriosas ya han sido efectuadas?
- 5 le es difícil efectuar una tarea que requiere organización?
- 6 evita o se demora en empezar una tarea que requiere mucho trabajo mental?
- 7 confunde o tiene dificultad en encontrar cosas que le son necesarias en casa o en el trabajo?
- 8 lo distrae la actividad o el ruido a su alrededor?
- 9 tiene problemas para recordar citas u obligaciones?

Criterios de hiperactividad-impulsividad

¿Con qué frecuencia...

- 1 mueve manos y pies cuando tiene que mantenerse sentado durante largo tiempo?
- 2 abandona su asiento en reuniones o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado?
- 3 se siente intranquilo, sin que haya motivo para ello?

- 4 tiene dificultad para desconectarse o relajarse cuando tiene tiempo para hacerlo?
- 5 se siente demasiado activo y obligado a hacer cosas, como si lo moviera un motor?
- 6 se da cuenta de que está hablando excesivamente en situaciones sociales?
- 7 durante una conversación se da cuenta de que interrumpe y termina lo que han empezado a decir otras personas?
- 8 tiene dificultad para esperar cuando debe hacerlo?
- 9 interrumpe a otras personas cuando están ocupadas?

El puntaje debe considerarse por separado para cada una de las áreas (desatención e hiperactividad-impulsividad). Un total de 24 o más puntos en cualquiera de ellas indica una probabilidad muy alta de persistencia del TDAH en la edad adulta; si el puntaje es de 17 a 23, dicha persistencia es probable. El cuestionario de Adler, Kessler y Spencer debe considerarse una ayuda diagnóstica; no reemplaza el criterio del médico especialista con experiencia y conocimientos.

Está en preparación el DSM-V, que aparecerá dentro de algunos años; en el nuevo manual se espera que figuren subtipos del TDAH de acuerdo a causas específicas, por definirse en los próximos años. También se espera que se

precisen mejor los criterios diagnósticos del TDAH en los adultos.

El tratamiento del TDAH debe ser efectuado o dirigido por un médico que sea experto en el tema, pues él es quien puede prescribir medicamentos y quien puede decidir qué terapias son necesarias para caso particular. Es indispensable que los padres y los maestros sean informados sobre el tema —los padres suelen efectuar esto último— que haya un buen manejo en la casa y en el colegio y que se efectúe un seguimiento adecuado.

Cuando el paciente presenta solo los síntomas del TDAH, sin trastornos asociados o con ellos de leve intensidad, el tratamiento medicamentoso suele ser suficiente. De acuerdo a la complejidad de cada caso en particular, puede ser necesario recurrir a la orientación psicológica en la crianza, a la terapia conductual, a la terapia cognitivo-conductual, al coaching, a una tutoría, a la terapia de aprendizaje o a la terapia emocional; también puede ser necesario el tratamiento psiquiátrico. Usualmente el primer paso en el tratamiento del TDAH es la administración de un medicamento estimulante —el metilfenidato, en nuestro medio— decidiéndose luego, de acuerdo a la respuesta medicamentosa, si es necesaria alguna terapia y a cuál o a cuáles se recurrirá.

Dos situaciones especiales: el TDAH en mujeres (12) (13) y en adultos (14) (15)

Tradicionalmente se ha considerado que el TDAH es un problema de la edad escolar, especialmente de los niños varones; no obstante, en los últimos años se ha visto que esto no es así. La diferencia en frecuencia no es tan grande como se pensaba; la razón por la cual se diagnostica y trata con mucha mayor frecuencia a los niños varones es que ellos tienden a ser más hiperactivos y, por lo tanto, este trastorno llama más la atención en ellos y crea más problemas en el colegio y en la casa.

La niña con TDAH tiende a estar en su nube, casi ausente en la clase; se esfuerza por complacer a los demás y por no llamar la atención. El bajo rendimiento escolar con frecuencia se atribuye a flojera y, en muchos casos, a poca capacidad intelectual. No es raro que se empiece a sospechar del diagnóstico de déficit de atención cuando la niña o la adolescente presenta una depresión.

Con más frecuencia que en el hombre, el TDAH nunca se llega a diagnosticar durante la vida escolar de la mujer. Tenemos, como resultado de esto, a una adolescente o mujer joven con baja autoestima, mala formación académica, pocas posibilidades de seguir una carrera universitaria; que experimenta frustraciones

repetidas que con frecuencia la llevan a una depresión crónica, la que a menudo no es reconocida. Una gestación no programada puede ser la culminación de la serie de problemas mencionados. Una maternidad para la cual no estaba preparada, que puede incluir a un hijo con TDAH, termina por complicarle o arruinarle la vida a la mujer con este trastorno.

Hasta hace relativamente pocos años se consideraba que el TDAH desaparecía espontáneamente entre la adolescencia y la edad adulta, pues este es el curso habitual de la hiperactividad, el componente más notorio de este trastorno. Ahora se sabe que el TDAH persiste en las dos terceras parte de los casos, arrastrando el adulto todos los problemas no tratados durante la edad escolar o tratados inadecuadamente o que recibieron un tratamiento correcto interrumpido antes de tiempo por malos consejos o por la idea errada de que la medicación no debía administrarse en la adolescencia.

El éxito del tratamiento del TDAH en el adulto va a depender de lo motivado que él esté para salir adelante, de la resiliencia — capacidad para sobreponerse a situaciones adversas— que tenga y del soporte familiar con que cuente. La medicación es igualmente efectiva en el adulto, siendo necesario, con frecuencia, un tratamiento previo o paralelo para la depresión que a menudo presenta; el coaching, los grupos de ayuda o los

talleres para adultos y un soporte psicológico cuando sea necesario completan el panorama de los recursos con que se cuenta en nuestra época. Un cónyuge o pareja emocionalmente fuerte constituye un apoyo invaluable.

Tratamiento medicamentoso del TDAH

Los expertos en el TDAH están de acuerdo en que el tratamiento farmacológico, especialmente con los llamados medicamentos estimulantes, es el más efectivo para este trastorno. Los medicamentos estimulantes se utilizan desde hace siete décadas, cuando Bradley demostró la efectividad de la anfetamina (Benzedrina).

El metilfenidato es el medicamento más utilizado para el tratamiento del TDAH y es el que tiene mayor evidencia de efectividad, pues con él se han efectuado la mayor parte de los estudios. En nuestro medio se consigue como Ritalin, en tabletas de liberación inmediata de 10 mg, cuyo efecto dura cuatro horas, y como cápsulas de Ritalin LA de 20 mg y 30 mg, de ocho horas de duración. No he logrado convencer a los directivos del laboratorio que distribuye este producto en el Perú de que deberían introducir un Ritalin LA de 10 mg; si no lo hacen, seguirán sirviendo mal a más de la mitad de quienes utilizan el metilfenidato, esto es, los niños pequeños.

En abril del 2008 aparecerá Concerta, que se libera mediante el sistema OROS y cuyo efecto dura doce horas; las presentaciones serán de 18 mg, 27 mg y 36 mg.

En mi práctica diaria acostumbro iniciar el tratamiento con el metilfenidato de liberación inmediata, en tres dosis diarias, siendo la dosis inicial $\frac{1}{4}$ de tableta o $\frac{1}{2}$ tableta en la primera toma; luego de tres a cuatro días agrego una segunda toma, alrededor de cuatro horas después; luego del intervalo mencionado, la tercera toma cuatro horas después. A continuación, aumento la dosis de cada toma con incrementos iguales, siguiendo la secuencia mencionada, hasta llegar a la dosis calculada, que suele ser de alrededor de 0,6 mg por kilogramo de peso del paciente por día. El primer control del tratamiento se realiza tres semanas después de su inicio; en él efectúo los ajustes necesarios. El siguiente control se lleva a cabo dos meses después y luego los controles suelen ser cada tres meses.

De acuerdo a la dosis necesaria y tolerada del metilfenidato de liberación inmediata, las dos primeras dosis podrán ser reemplazadas por una cápsula de Ritalin LA, siendo necesario administrar el Ritalin de liberación inmediata ocho horas después. Cuando se consiga Concerta en nuestro país, las tres tomas podrán ser reemplazadas por un comprimido de ella.

Durante los primeros meses o el primer año, por lo menos, el metilfenidato deberá también ser administrado durante los fines de semanas, feriados y vacaciones. Solo cuando la conducta en casa sea perfecta o cuando se observe que administrar el medicamento los días que no hay colegio no significa ventaja alguna, podrá interrumpirse la medicación durante los días indicados.

El dexmetilfenidato o dextrometilfenidato (Focalin) es el isómero con actividad farmacológica, por lo que se administra a la mitad de la dosis del metilfenidato. No tiene otra ventaja, salvo que se comercializa también en preparados de larga duración entre los cuales se encuentra el de 5 mg (equivalente a metilfenidato de 10 mg), que sería de utilidad para el segmento mayoritario de quienes emplean el metilfenidato en el Perú. Este medicamento no se comercializa aún en nuestro país.

Los parches de metilfenidato (Daytrana) son de utilidad cuando las rutinas de la mañana son especialmente problemáticas por la conducta del niño o por su desesperante lentitud o desorganización; también en el caso infrecuente de los niños que se niegan a tomar el medicamento. Lo recomendable es colocar el parche sesenta minutos antes de la hora usual de despertarse, y quitarlo a las cuatro de la tarde o cuatro horas antes de su horario habitual de dormir. El parche de

metilfenidato no está a la venta en el Perú y probablemente no se pueda conseguir en mucho tiempo.

Las anfetaminas fueron los medicamentos pioneros para tratar con eficiencia el TDAH, primero la anfetamina (Benzedrine) y luego la dextroanfetamina (Dexedrine); siguen siendo medicamentos de primera línea, especialmente la dextroanfetamina o dexanfetamina. El efecto de las anfetaminas dura un poco más que el del metilfenidato y la dosis recomendable es la mitad de la de este medicamento; existe una dextroanfetamina de larga duración. Por razones comerciales y burocráticas que jamás lograré entender, no es posible conseguir en el Perú ninguna anfetamina desde hace más de cuatro décadas. Tampoco he logrado convencer a ningún laboratorio farmacéutico del país de que traiga una dextroanfetamina genérica. Los directivos en el Perú del laboratorio al que pertenece Dexedrine me han comunicado repetidas veces —a través de sus visitantes médicos— que no tienen interés alguno en comercializar su excelente producto en nuestro país.

En años recientes ha aparecido Adderall, una mezcla de dos sales de anfetamina y dos sales de dextroanfetamina, que también viene en un preparado de diez horas de duración (Adderall XR). Probablemente su efecto no sea superior al de la

dextroanfetamina, pero su sugestivo nombre, su buen marketing y su eficiente preparado de larga duración han hecho que su uso se haya extendido. Este producto tampoco se puede conseguir en nuestro país.

Un interesante medicamento aparecido en el último año ha sido la lisdexanfetamina —una molécula de dextroanfetamina combinada con una de lisina— cuyos componentes se separan solo en el intestino, donde es liberado el medicamento. La ventaja de este producto, que se comercializa como Vyvanse, es su nulo potencial de abuso, al no poder utilizarse por vías diferentes a la terapéutica (si se inyecta o se inhala, no tiene efecto farmacológico). Este producto tampoco puede conseguirse en el Perú.

La atomoxetina (Strattera, Passiva) fue introducida hace cinco años en los Estados Unidos. En ese país tuve la ocasión de recibir noticias sobre este medicamento poco antes de su lanzamiento, a través de Gerald Erenberg, quien año y medio después —coincidiendo con su introducción en el Perú— escribió a mi pedido un artículo para el boletín electrónico del APDA, donde narra su experiencia con este medicamento (16). Mi propia experiencia, y la de los profesionales peruanos con quienes he conversado sobre el tema, ha sido similar a la de

Gerry, al no haber respondido el medicamento a las expectativas iniciales.

Se puede afirmar que se trata de una segunda opción terapéutica, especialmente cuando no es posible administrar el metilfenidato o las anfetaminas. Su efecto es claramente menor, tarda por lo menos un mes en manifestarse, tiene muchas más reacciones secundarias y su precio es significativamente más alto. Tiene ventajas comparativas cuando el metilfenidato aumenta los tics en el Síndrome de Tourette y puede considerársele cuando se busca un solo medicamento para tratar el trastorno negativista desafiante (TND) asociado al TDAH en los casos en los cuales los medicamentos estimulantes no ayudan lo suficiente con el TND.

Strattera viene en cápsulas de 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg y 60 mg; Passiva, en tabletas de 25 mg, 40 mg y 60 mg. La dosis recomendada es de alrededor de 1,2 mg por kilogramo por día, debiendo administrarse durante la primera semana a la mitad, o menos, de la dosis. El efecto aparece luego de un mes o más. Las reacciones secundarias suelen ser transitorias, aunque pueden persistir y hacer que se pueda administrar solo una dosis muy pequeña para ser efectiva, o que se tenga que discontinuar.

En orden decreciente de efectividad, debe mencionarse el modafinilo (Provigil, Resotyl). Se trata del medicamento más efectivo actualmente para la narcolepsia y para la somnolencia diurna excesiva. Su uso ha sido aprobado solo para adultos. A la dosis de 200 mg a 400 mg tomada por la mañana puede tener cierto efecto sobre los síntomas del TDAH.

Cuando el TDAH se asocia a depresión, es posible tratar esta con un medicamento que tenga cierto efecto sobre la atención. La venlafaxina (Efexor) se administra a la dosis de 75 mg al día en los adultos; cuando la depresión haya mejorado significativamente, se puede reemplazar por el metilfenidato o se le puede agregar dicho medicamento. El bupropion (Wellbutrin) se administra a la dosis de 150 mg en los adultos.

La clonidina (Catapresan, Catapres) puede emplearse en niños con marcada hiperactividad o agresividad. Se recomienda repartir la dosis diaria en cuatro tomas. La guanfacina (Tenex), que no se consigue en el Perú, tiene menos efectos secundarios.

El debate en torno al MTA (17) (18) (19)

El MTA (Multimodal Treatment for AD/HD), el estudio más importante en magnitud y duración sobre el tratamiento del TDAH, auspiciado por el Instituto Nacional de Salud Mental de

los Estados Unidos, ha sido objeto de interpretaciones variadas. La más reciente y errónea, y que ha alcanzado cobertura global, ha sido perpetrada por la BBC con ocasión de la publicación de un seguimiento a 3 años del mencionado estudio. Esta cadena informativa entrevistó al menos representativo de los 22 autores del estudio, quien declaró que la medicación probablemente no era tan efectiva como se había creído inicialmente. También entrevistó a los padres de un niño que tuvo malos resultados. Para ser justos, debieron haber entrevistado también a los padres de por lo menos 9 pacientes que tuvieron buenos resultados, para que la proporción fuera la real.

El MTA —sobre cuyo seguimiento se ha venido informando en las conferencias anuales internacionales del CHADD— incluyó a 579 niños distribuidos en 4 grupos. El grupo n° 1 recibió tratamiento medicamentoso cuidadosamente controlado por médicos especialistas, que en la mayoría de los casos fue metilfenidato de liberación inmediata, administrado tres veces al día; el grupo n° 2 recibió terapia conductual intensiva que incluyó a padres y maestros; el grupo n° 3 combinó el tratamiento medicamentoso y la terapia conductual; el grupo n° 4 recibió el manejo habitual en la comunidad, que incluyó en muchos casos medicación sin los controles de calidad de los grupos 1 y 3. El estudio así planificado duro 14 meses, al cabo de los cuales los

grupos que incluyeron medicación (grupos 1 y 3) mostraron resultados claramente superiores.

En adelante, el estudio consistió en un seguimiento en el cual los pacientes de los grupos 1, 2 y 3 ya no recibieron tratamiento experto; cada paciente recibió el tratamiento que decidieron o podían pagar sus padres o el tratamiento habitual en la comunidad. Muchos pacientes que se iniciaron en el grupo medicamentoso pasaron a recibir terapia conductual y viceversa, no siendo ya tratamientos cuidadosamente controlados; al final, cada grupo era una mezcla. A los 2 años de seguimiento, los grupos inicialmente con tratamiento medicamentoso tenían solo una ligera ventaja sobre los otros dos; a los 3 años, los resultados de los cuatro grupos eran similares, mostrando todos ellos cierta mejoría en sus síntomas.

Evidentemente, lo más que se puede decir es que el tratamiento medicamentoso efectuado cuidadosamente durante 14 meses produce los mejores resultados, pero que ellos no se mantienen 22 meses después de haberse interrumpido el tratamiento controlado. La mala interpretación que hicieron los medios de comunicación —en el ámbito global— sobre los resultados de este estudio publicados hasta el momento, fue tratada en una entrevista sobre el TDAH al autor de este artículo (20).

Conclusiones sobre el tratamiento medicamentoso del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

No existe duda alguna actualmente —entre los expertos en el TDAH— de que el tratamiento medicamentoso constituye la modalidad terapéutica más efectiva para este trastorno. Entre los medicamentos usados para este fin, los llamados estimulantes —el metilfenidato y las anfetaminas— son los de mayor efectividad. Como segunda opción terapéutica está la atomoxetina, que además es el mejor medicamento para una minoría de pacientes.

El mayor problema con el metilfenidato —además de los absurdos controles en su venta— ha sido la necesidad de tomar tres dosis diarias para cubrir adecuadamente el requerimiento diario del paciente. Este problema ha sido resuelto con la aparición de los preparados de larga duración, que permiten un mejor cumplimiento con el tratamiento y facilitan la vida del paciente, sus padres y sus maestros, al hacer innecesario tomar el medicamento en el colegio.

Hoy contamos en el Perú con las cápsulas de Ritalin LA, que tienen efecto durante ocho horas y así cubren el tiempo que el niño pasa en el colegio. Lamentablemente, más de la mitad de quienes toman metilfenidato, los niños pequeños, no tienen la suerte de poder utilizar el producto de larga duración, pues no

existe en el mercado peruano un preparado de Ritalin LA equivalente a las dosis que toman y toleran de metilfenidato.

Se ha anunciado el próximo lanzamiento en el Perú de Concerta —preparado cuyo efecto dura doce horas, mediante el sistema OROS— que va a permitir una cobertura de todo el día tomando una sola dosis en casa por la mañana. Los niños pequeños, finalmente van a tener un metilfenidato a su medida, pues la dosis más baja de Concerta va a poder reemplazar las tres dosis que toma la mayoría de ellos. Queda solo hacer votos por que el precio de venta de este medicamento permita que el mayor número posible de nuestros compatriotas pueda acceder a él.

Como palabras finales, hay que decir que el tratamiento medicamentoso —como se observa en la práctica diaria y lo ha demostrado recientemente el MTA a los buenos entendedores— es efectivo solamente cuando lo lleva a cabo un médico experto que controla el tratamiento mediante un cuidadoso seguimiento y recomienda las terapias y otras medidas que sean necesarias. Como melómano, me complace decir que la labor del médico, en este caso, es similar a la de un buen director de orquesta.

Referencias bibliográficas

- (1) Proyecto de ley n.º 14793/2005-CR, presentado el 21/06/2006.
- (2) Filomeno, Armando. *El niño con déficit de atención o hiperactividad: cómo pasar del fracaso al éxito*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2006. Capítulo 1.
- (3) Filomeno Edwards, Armando. “El TDAH en las últimas cuatro décadas y media en el Perú: Problemas actuales y búsqueda de soluciones”. En *Revista Medica Herediana*, Lima, 2006. 17 (3): 119-121. <http://www.upch.edu.pe/famed/rmh/17-3/v17n3e1.htm>
- (4) Filomeno, Armando. “Mi relación de cuatro décadas con el TDAH”. En *Boletín electrónico n.º 10 de la Asociación Peruana de Déficit de Atención*, del 15 de diciembre del 2005. <http://www.deficitdeatencionperu.org/cuatrodecadas.htm>
- (5) Filomeno, Armando. “La Neuropsiquiatra Pediátrica”. En *Revista Peruana de Neurología*, Lima, 2007. Vol. 10: 27-31. http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/neurologia/v10_n1/pdf/a04.pdf
- (6) Filomeno Edwards, Armando. “Tres Tópicos de Neuropsiquiatría Pediátrica: El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, el Síndrome de Tourette y los Trastornos del Espectro Autista”. En *Revista Diagnóstico*, Lima, 2007. Vol. 46(3), julio-septiembre. <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/>
- (7) Shaw, Philip. XIX Annual International Conference, CHADD. Washington: November 7-10, 2007.
- (8) Swanson, James M. “Etiologías genéticas y ambientales del TDAH”. En *Boletín electrónico n.º 15 de la Asociación Peruana de Déficit de Atención*, del 25 de marzo del 2007. <http://www.deficitdeatencionperu.org/swansoncastellano.htm>
- (9) Muencke, Max. XVIII Annual International Conference, CHADD. Chicago: 2006 y XIX Annual International Conference, CHADD. Washington: 2007.

- (10) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association, 1994 (Índice del DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, de la American Psychiatric Association. Barcelona: Ed. Masson, 1995).
- (11) Capítulo 4 de la referencia n.º 2.
- (12) Denckla, Martha B. "Niñas con TDAH". En Boletín electrónico n.º 9 de la Asociación Peruana de Déficit de Atención, del 15 de septiembre del 2005.
<http://www.deficitdeatencionperu.org/dencklacastellano.htm>
- (13) Echavarría, Norma. "El desafío de pensar en el TDAH en la mujer". En Boletín electrónico n.º 10 de la Asociación Peruana de Déficit de Atención, del 15 de diciembre del 2005.
<http://www.deficitdeatencionperu.org/echavarria.htm>
- (14) Brown, Thomas E. "TDAH en los adultos". En Boletín electrónico n.º 3 de la Asociación Peruana de Déficit de Atención, del 22 de marzo del 2004.
http://www.deficitdeatencionperu.org/tdah_adultos.htm
- (15) Filomeno, Armando. "Adultos con déficit de atención". En Boletín electrónico n.º 3 de la Asociación Peruana de Déficit de Atención, del 22 de marzo del 2004.
<http://www.deficitdeatencionperu.org/adultos.htm>
- (16) Erenberg, Gerald. "Mi experiencia con la atomoxetina". En Boletín electrónico n.º 4 de la Asociación Peruana de Déficit de Atención, del 9 de julio del 2004.
<http://www.deficitdeatencionperu.org/atomoxetina.htm>
- (17) The MTA Cooperative Group. "A 14-month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder". En ARCH GEN PSYCHIATRY, 1999. Vol. 56: 1073-1086. <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/reprint/56/12/1073>
- (18) Jensen, Peter S, L. Eugene Arnold, James M. Swanson et al. "3-Year Follow-up of the NIMH MTA Study". En J.AM.ACAD.CHILD ADOLESC PSYCHIATRY, 2007. 46(8): 989-1002.

- (19) Abramowitz, Ann, L. Eugene Arnold, Anne Teeter Ellison, Jeffrey Halperin and Peter Jensen. Research on AD/HD Treatment Misrepresented in Media. CHADD: November 20, 2007.
- (20) Reportaje en la página 7 del suplemento Mi Hogar del diario El Comercio de Lima, 30 de diciembre del 2007.

2. TRASTORNOS ASOCIADOS AL TDAH

Armando Filomeno

En la mayor parte de los casos, el TDAH va acompañado de algún otro trastorno que puede ser psiquiátrico, neuropsiquiátrico o neurológico (1) (2) (3) (4). Cuando la asociación entre dos trastornos se presenta una frecuencia mayor que la debida al azar, se considera que existe comorbilidad.

Problemas de aprendizaje escolar

El TDAH, especialmente debido a la desatención, en la mayoría de los casos lleva —tarde o temprano— a un rendimiento escolar deficitario.

A menudo, durante los primeros años escolares el niño saca buenas notas a pesar de que los profesores lo describen como distraído y movido; ello puede deberse a que el material escolar no es lo suficiente difícil para él, o como dijo una madre: el colegio es para Sebastián chancay de a veinte. Es probable que conforme vaya avanzando en sus estudios, el niño vaya encontrando cada vez más difícil el trabajo escolar. En otros casos, un buen rendimiento escolar es debido a que la madre

estudia con el niño muchas horas diarias; más de una madre ha comentado algo así como: Diego y yo estamos en tercer grado. Cuando la madre está al borde del agotamiento y decide buscar ayuda, al dar ella la noticia del diagnóstico en el colegio, no es raro que el profesor diga: no puede tener TDAH porque su rendimiento es bueno; felizmente, cada día hay más maestros que están bien informados respecto a este trastorno (lo mismo se puede decir acerca de los terapeutas, psicólogos y médicos).

Si bien las terapias y tutorías van a ser tratadas en un capítulo aparte, este es un buen momento para decir que el trabajo del maestro, de la madre y del tutor van a dar mucho mejores resultados y van a ayudar más al niño cuando este está medicado.

Con menor frecuencia, el niño que tiene TDAH puede presentar dificultades académicas por algún trastorno específico del aprendizaje: de la lectura, de la escritura o de la matemática. En este caso, el niño debe recibir terapia de aprendizaje.

Migraña (5)

La migraña y el TDAH son los dos diagnósticos más frecuentes en la neurología pediátrica, por lo que no es raro que coexistan en un mismo paciente. La migraña tiene origen genético y en los niños se suele presentar como crisis de dolor de cabeza —de

localización, naturaleza y severidad variables— que comúnmente guarda relación con la asistencia al colegio, con factores emocionales, con la ingesta de chocolates, golosinas y bebidas con colorantes y también con la ingesta de salchichas. El tratamiento del dolor de cabeza en los niños suele ser con analgésicos simples y es infrecuente que haya que recurrir a medicación preventiva, pues a menudo basta con eliminar los alimentos desencadenantes para que las crisis se hagan menos frecuentes o que desaparezcan.

Cuando la migraña se asocia al TDAH, las crisis de dolor de cabeza generalmente son muy frecuentes —claramente en relación con las tensiones escolares—, no suelen responder a las medidas dietéticas y aun a los medicamentos preventivos. La migraña también afecta negativamente a quien tiene TDAH, pues las crisis frecuentes interfieren con la asistencia al colegio y con el estudio en casa. El tratamiento medicamentoso del TDAH suele hacer que las crisis de migraña disminuyan significativamente de frecuencia e intensidad, o incluso que se supriman por largos períodos.

Tics y Síndrome de Tourette (6) (7)

El Síndrome de Tourette (ST) es un trastorno neuropsiquiátrico de origen genético caracterizado por la presencia de tics, que lo definen, asociados a conductas compulsivas —que pueden

llegar a constituir el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)— y al TDAH, que ocurre en la mitad de los casos. Los tics son movimientos (tics motores) o vocalizaciones (tics vocales o fónicos) que ocurren en serie y se repiten muchas veces al día durante semanas o meses; basta que ocurran en algún momento dos o más tics motores y uno o más tics vocales o fónicos, y que estén presentes la mayor parte del tiempo durante un año, para hacer el diagnóstico de Síndrome de Tourette.

Los tics y las conductas compulsivas o el TOC suelen interferir con la capacidad para atender, y esto agrava las dificultades escolares de quien tiene ambos trastornos (el TDAH y el ST). La medicación que a menudo se utiliza en el ST —neurolépticos para los tics o inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina para el TOC— comúnmente también interfiere en el aprendizaje.

El metilfenidato —medicamento de elección para el TDAH— no suele aumentar los tics, sino más bien disminuirlos; en los casos infrecuentes en los que los tics aumentan, la atomoxetina es el medicamento indicado (8).

Trastornos del espectro autista (9) (10)

Los trastornos del espectro autista (TEA), o trastornos generalizados del desarrollo, tienen base genética y responden

a una alteración profunda —cuya naturaleza no ha sido bien determinada— del desarrollo del cerebro. En esta revisión, los TEA se refieren al autismo clásico y al Síndrome de Asperger (SA), que son las formas clínicas más importantes de dicho espectro, dentro del cual se encuentran en el extremo más severo y el más leve, respectivamente. El SA se caracteriza fundamentalmente por la presencia de inteligencia normal y de alteraciones mucho más leves en el área del lenguaje. El diagnóstico en ambos casos es clínico; en el caso del autismo clásico, los criterios diagnósticos del DSM-IV son adecuados; en el caso del SA, los criterios diagnósticos de Gillberg y Gillberg son los más útiles (11).

Los pacientes con TEA se caracterizan por tener dificultades en la sociabilidad (reciprocidad social), conductas peculiares (falta de flexibilidad conductual) y alteraciones variables en el desarrollo del lenguaje. Es muy raro que un paciente con TDAH tenga un TEA asociado, pero es común que un paciente con un TEA tenga TDAH asociado (12).

El tratamiento de los TEA es fundamentalmente de tipo educativo y psicológico. No existe medicación específica para los TEA, empleándose diversos medicamentos de acuerdo a la sintomatología dominante. Si la agresividad, los problemas de sociabilidad y los movimientos repetitivos son lo más importante,

los neurolépticos, especialmente los llamados atípicos, son recomendables. Si la obsesividad y las conductas rituales son el problema mayor, pueden utilizarse los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Cuando los TEA están asociados al TDAH, el metilfenidato es el medicamento de elección —igual que cuando el TDAH se presenta independientemente—, debiendo considerarse a la atomoxetina el medicamento alternativo. Hay que tener presente, sin embargo, que cuando el TDAH está asociado a los TEA la respuesta al tratamiento no es tan buena como cuando no se presenta esta asociación (13) (14).

Trastorno negativista (u oposicionista) desafiante (TND)

Este trastorno es el que con mayor frecuencia acompaña al TDAH, hace más difícil su manejo y empeora su pronóstico. Entre sus síntomas están los siguientes: encolerizarse y hacer pataletas; discutir con los adultos; enfrentarse a los adultos y rehusarse a cumplir sus órdenes; molestar adrede a otras personas; no aceptar la culpa propia e intentar pasarla a otra persona; ser muy susceptible, no aceptar bromas ni perder; ser colérico y resentido; ser rencoroso o vengativo. Es necesario tener por lo menos cuatro de estas características y que su duración haya sea de por lo menos seis meses.

El TND aumenta el riesgo de abuso de sustancias o drogadicción y puede conducir al trastorno disocial. El tratamiento medicamentoso del TDAH mejora el TND en grado variable, pudiendo hacer remitir sus síntomas; esto no siempre ocurre, especialmente cuando hay un mal manejo conductual en casa, siendo indispensable en este caso una terapia de conducta. En caso de ser necesario, pueden añadirse neurolépticos atípicos, como la risperidona (Risperdal).

El trastorno disocial (TD)

Este trastorno puede considerarse la antesala de la delincuencia cuando no se le trata adecuadamente. Se caracteriza por la presencia de conductas de agresión a personas y animales, destrucción de propiedad, fraudulencia o robo y violación seria de reglas. Es necesario que ocurran tres de quince conductas de los tipos mencionados y que su duración sea de por lo menos un año.

La intensidad de este trastorno es de leve a severa, pudiendo requerir hospitalización en este último caso; el tratamiento debe estar a cargo de un psiquiatra. Entre las terapias utilizadas están la terapia de conducta y la terapia cognitivo-conductual; entre los medicamentos que se emplean están los neurolépticos, los estabilizadores de ánimo y los medicamentos para el TDAH.

Depresión

Este trastorno puede presentarse en la niñez, aunque es más frecuente en la adolescencia, y más aun en la edad adulta, cuando se convierte en el trastorno más comúnmente asociado al TDAH. La depresión tiene cierta relación genética con el TDAH, pues es más frecuente en los pacientes con este trastorno y en sus familiares; puede ser desencadenada por los múltiples problemas y frustraciones que son comunes en el TDAH.

Debe pensarse que existe depresión en un niño o adolescente cuando presenta alteraciones en el sueño o en el apetito; cuando no parece gozar con lo que antes le gustaba hacer; cuando habla de muerte o ella aparece en sus juegos o dibujos; cuando presenta un decaimiento permanente; cuando llora con facilidad no habiéndolo hecho antes, etcétera. Esta sintomatología debe haber estado presente durante varias semanas.

Cuando coexisten el TDAH y la depresión, debe tratarse primero el trastorno más intenso. Si se medica inicialmente la depresión, cuando haya una mejoría clínica aceptable se iniciará el tratamiento medicamentoso del TDAH. Pueden elegirse el bupropion o la venlafaxina como medicamentos antidepresivos

—pues tienen cierto efecto sobre el TDAH— o los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS).

Si se decide tratar primero el TDAH, la medicación suele mejorar esta leve depresión al hacer más gratificante el trabajo escolar y disminuir las tensiones y frustraciones escolares; cuando persisten los síntomas de la depresión después de haber mejorado los síntomas del TDAH, se procederá al tratamiento medicamentoso de la depresión, añadido al tratamiento anterior. Si no se trata de una depresión muy severa, puede elegirse una terapia psicológica, en vez de la farmacológica, asociada al tratamiento medicamentoso del TDAH.

Trastorno bipolar (TB) (15) (16)

De los trastornos que pueden asociarse al TDAH, este es uno de los que han sido más estudiados y discutidos en los últimos años. Se le conocía anteriormente como psicosis maníaco-depresiva y se consideraba que la ocurrencia de episodios depresivos mayores y maníacos era indispensable para el diagnóstico, y que era un trastorno de adultos. Actualmente se acepta que existen diversas variantes de este trastorno y que puede ocurrir en la edad pediátrica, especialmente en adolescentes.

En años recientes se ha visto que el TB puede asociarse al TDAH y que esta asociación no es poco común. Actualmente es un diagnóstico que debe considerarse cuando hay historia de TB en la familia cercana; hay hiperactividad mayor a la usual; existen irritabilidad y conductas desafiantes que no ceden adecuadamente al tratamiento medicamentoso y conductual; existen alteraciones en el sueño; la medicación para el TDAH, especialmente la de tipo estimulante, produce incremento de la hiperactividad o de la irritabilidad, o deterioro en la conducta; la sintomatología mencionada se presenta especialmente en adolescentes.

Cuando se sospecha la posibilidad de trastorno bipolar, conviene abstenerse de utilizar la medicación para el TDAH —o interrumpirla si se está utilizando— y proceder a una interconsulta con un psiquiatra de niños y adolescentes, quien debe encargarse del manejo si se confirma el diagnóstico. Entre los medicamentos utilizados están los estabilizadores de ánimo y los neurolépticos atípicos. Solo cuando el TB se haya estabilizado, puede iniciarse el tratamiento del TDAH asociado.

Ansiedad

Los niños que tienen TDAH presentan niveles de ansiedad más altos que los otros niños, debido al esfuerzo mayor que deben hacer para atender en el colegio y para hacer sus tareas en

casa, asimismo debido a las frecuentes llamadas de atención que reciben y a los resultados que no suelen guardar relación con el esfuerzo que efectúan. Con el tratamiento medicamentoso del TDAH esta ansiedad tiende a mejorar significativamente o desaparece.

La ansiedad por separación es otra forma de ansiedad frecuente en la edad pediátrica y puede presentarse como trastorno asociado al TDAH. Sus características principales son temor a alejarse del hogar o de sus padres, temor a perderlos, temor a que algún acontecimiento los separe, resistencia a ir al colegio o a otros lugares, resistencia a quedarse en casa sin sus padres, resistencia a dormirse sin tener cerca a los padres, pesadillas con temática de separación, queja de síntomas físicos como anticipación a la separación. El diagnóstico se hace cuando por lo menos tres de estos síntomas están presentes durante por lo menos cuatro semanas.

El tratamiento inicial consiste en que el psicólogo enseñe a los padres técnicas conductuales que les permitan disminuir y luego eliminar los temores del niño. Una terapia emocional sería una alternativa. De ser necesario, puede administrarse un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) agregado al tratamiento medicamentoso del TDAH.

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) (6)

Este trastorno está caracterizado por la presencia recurrente de obsesiones y compulsiones que consumen más de una hora al día, interfieren en la vida de la persona y le producen malestar. Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes, que se experimentan como intrusos e inapropiados. Las compulsiones son comportamientos repetitivos o actos mentales que la persona realiza como respuesta a una obsesión; compulsiones comunes son lavarse las manos, ordenar, chequear, rezar, contar, repetir palabras en silencio. Estos actos se efectúan para calmar el malestar o para prevenir algo temido. Los niños pueden no reconocer que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

En el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo se utilizan medicamentos y la terapia cognitivo-conductual. El tratamiento medicamentoso se efectúa con alguno de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la fluoxetina (Prozac) o la sertralina (Zoloft). La dosis necesaria puede ser mayor que la utilizada para la depresión. Cuando el TOC forma parte del Síndrome de Tourette, puede ser necesario agregar un neuroléptico atípico al ISRS.

No es raro que en un paciente con obsesiones o compulsiones —que no llegan a constituir un TOC— el tratamiento del TDAH

con algún medicamento estimulante acentúe dichos síntomas y haga que aparezca un cuadro evidente de TOC. Cuando se asocian el TDAH y el TOC, debe tratarse primero este último trastorno; luego de que se logra el control clínico adecuado se procederá a efectuar el tratamiento medicamentoso del TDAH, añadido al anterior.

Referencias bibliográficas

- (1) Pliszka, Steven. "El TDAH y sus trastornos comórbidos". En Boletín electrónico n.º 12 de la Asociación Peruana de Déficit de Atención, del 28 de junio del 2006.
<http://www.deficitdeatencionperu.org/plizkacastellano.htm>
- (2) Gillberg, Christopher. *Clinical Child Neuropsychiatry*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1995.
- (3) Coffey C. Edward and Roger A. Brumback. *A Textbook of Pediatric Neuropsychiatry*. Washington: American Psychiatric Press, 1998.
- (4) Finkel, Michael. "El TDAH en los adultos en la práctica neurológica diaria". En Boletín electrónico n.º 7 de la Asociación Peruana de Déficit de Atención, del 14 de marzo del 2005.
<http://www.deficitdeatencionperu.org/finkel%20castellano.htm>
- (5) Filomeno, Armando. "El TDAH y la migraña en niños". En Boletín electrónico n.º 13 de la Asociación Peruana de Déficit de Atención, del 18 de septiembre del 2006.
<http://www.deficitdeatencionperu.org/migrana.htm>
- (6) Leckman, James F. and Donald J. Cohen. *Tourette's Syndrome. Tics, Obsessions, Compulsions. Developmental Psychopathology and Clinical Care*. New York: John Wiley and Sons Inc., 1999.
- (7) Walkup, John T, Jonathan W. Mink and Peter J. Hollenbeck. *Tourette Syndrome. Advances in Neurology*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2006. Vol. 99.
- (8) Filomeno, Armando. "El paciente con TDAH y Síndrome de Tourette". En Boletín electrónico n.º 5 de la Asociación Peruana de Déficit de Atención, del 19 de septiembre del 2004.
<http://www.deficitdeatencionperu.org/tdah%20y%20tourette.htm>
- (9) Tuchman, Roberto and Isabelle Rapin. *Autism: A Neurological Disorder of Early Brain Development*. London: Mc Keith Press for the International Child Neurology Association, 2006.
- (10) Attwood, Tony. *The Complete Guide to Asperger's Syndrome*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2007.

- (11) Gillberg, C. and I.C. Gillberg. "Asperger Syndrome – some epidemiological considerations: a research note". En *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 30: 631-638. 1989. (El cuestionario puede obtenerse libremente en la internet).
- (12) Goldstein, Sam and Adam J. Swebach. "The comorbidity of pervasive developmental disorders and attention deficit hyperactivity disorders. Results of a retrospective chart review". En *Journal of autism and developmental disorders*, 2004. Vol. 34:329-339.
- (13) Filomeno, Armando. El TDAH y los trastornos del espectro autista. Boletín electrónico n.º 11 de la Asociación Peruana de Déficit de Atención, del 15 de marzo del 2006. http://www.deficitdeatencionperu.org/tdah_tea.htm
- (14) Filomeno Edwards, Armando. "Tres Tópicos de Neuropsiquiatría Pediátrica: El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, el Síndrome de Tourette y los Trastornos del Espectro Autista". En *Revista Diagnóstico*, Lima, julio-septiembre, 2007. Vol. 46(3). <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/>.
- (15) Núñez Chávez, Carlos. "Correlatos clínicos entre el TDAH y el trastorno bipolar en niños y adolescentes". En Boletín electrónico n.º 16 de la Asociación Peruana de Déficit de Atención, del 16 de septiembre del 2007. <http://www.deficitdeatencionperu.org/nunez.htm>
- (16) Kowatch, Robert A. et al. "Treatment Guidelines for Children and Adolescents with Bipolar Disorder". En *J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY*, 2005. 44(3): 213-235.
- (17) Klykylo, William M., Gerald Kay and David Rube. *Clinical Child Psychiatry*. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1998.
- (18) Lewis, Melvin. *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*. Williams and Wilkins, Second Edition, 1996.
- (19) DSM-IV-TR. Breviario. Criterios Diagnósticos. Barcelona: Masson, 2002.

3. MANEJO CONDUCTUAL ADECUADO DE LOS NIÑOS PEQUEÑOS CON TDAH

Virginia Bákula

Cuando un niño es diagnosticado con TDAH, en muchos casos es porque en el nido o en el colegio las maestras reportan que su conducta es difícil de manejar, no obedece, no atiende, no termina las tareas, etcétera. En otros casos son los padres quienes comienzan a darse cuenta de las conductas problemáticas que se presentan en la casa y que muchas veces son motivo de situaciones de confrontación.

Quejas comunes o frecuentes son las siguientes: "no hace caso", "se altera cuando se le indica que debe apagar la televisión", "es intolerante", "es muy pleitista, impulsivo... no espera turnos... quiere todo en el momento", "llevarlo a un centro comercial es terrible... pide todo", "me vuelve loca con el lloriqueo cuando quiere algo... me vence... y para que se calle termino dándole lo que pide" "es muy desorganizado", "no termina lo que comienza".

Nos encontramos ante una lista de conductas que demuestran que estar con este niño se convierte en algo desagradable, que

genera un estado de confusión y culpa en los padres, quienes se sienten impotentes para manejar situaciones que en principio parecerían tan simples, pero que tratándose de niños con TDAH se vuelven complicadas, ya que requieren de un manejo más estructurado.

Los padres de niños con TDAH, en primer lugar, deben estar bien informados respecto al trastorno, pues solamente así podrán aplicar mejor cualquiera de las técnicas o estrategias para hacer más manejables las conductas inapropiadas o para enseñar las que son convenientes y adecuadas. El conocimiento de que muchas de las conductas inapropiadas se deben a que el niño tiene un problema o trastorno de origen biológico y que no es que quiera ser así o que no quiera cambiar, va a facilitar el manejo de todas estas manifestaciones.

Las siguientes conductas parecen ser las que con más frecuencia son motivo de preocupación, muchas de ellas relacionadas con diferentes manifestaciones del trastorno y de deficiencia de las llamadas funciones ejecutivas:

- No hacer caso cuando se le habla (desatención).
- No seguir instrucciones (organización y desatención).
- Lloriquear como medio de obtener algo (incapacidad de regular sus emociones).

- Reaccionar desproporcionadamente cuando se le da una orden: “apaga la televisión” (regulación de las emociones y pobre tolerancia a la frustración).
- Hacer rabietas (sobre reaccionar ante la frustración e incapacidad de regular emociones).
- Tener dificultad para irse a dormir (incapacidad de autorregularse).
- Tener dificultad para levantarse en la mañana (activación).
- Ser pleitista (poca tolerancia a la frustración, impulsividad y pobre regulación de sus emociones).
- Ser desafiante (autorregulación de sus emociones).
- Actuar por impulso, sin medir consecuencias (impulsividad).
- Parecer que no le importa el castigo, cuando hace algo que no debe (impulsividad).
- Pegar o patear (pobre regulación de sus emociones e incapacidad de tolerar la frustración).
- No querer seguir ciertas normas sociales como saludar o despedirse (seguir instrucciones).
- Tener conductas inadecuadas o malacrianzas en casa de familiares o en la calle (impulsividad y pobre regulación de las emociones).
- Parecer que no aprende, hay que repetirle siempre lo mismo (memoria de trabajo muy pobre).

- No querer esperar su turno (impulsividad y baja tolerancia a la frustración, necesidad de gratificación inmediata).
- Tener que repetirle que haga las cosas (memoria de trabajo, autorregulación).
- Tener que repetirle constantemente una orden para que empiece a hacer lo que tiene que hacer (dificultad para activarse; es decir, para iniciar la ejecución de tareas).
- No terminar lo que hace, dejar todo a la mitad (autorregulación organización, priorizar las actividades que debe realizar para llevar a cabo una tarea).

La pregunta por lo general es ¿por qué el niño hace lo que hace? La respuesta está en que tiene el TDAH y no depende totalmente de su voluntad y deseo; pero se le puede ayudar de muchas maneras. En este capítulo no se va a tocar el tema del tratamiento médico; pero definitivamente sin este cualquier terapia es menos efectiva, ya que se ha demostrado que los medicamentos mejoran la capacidad cerebral de controlar, inhibir y regular las conductas.

¿Conductas aprendidas o conductas no enseñadas?

Independientemente de los efectos que el TDAH tiene sobre la conducta de los niños, no podemos dejar de tomar en cuenta que existe un factor de aprendizaje que hay que considerar. Muchas veces los mejores *maestros* son los mismos adultos que

discuten, pelean, ofrecen y no cumplen, gritan, no dicen la verdad, etcétera, sin pensar que son modelos a imitar si el niño está presente en esas circunstancias. El ser adulto no convierte una acción suya en aceptable y buena solamente por el hecho de serlo. El niño en este caso va a aprender a gritar, a discutir por imitación. Si para evitar que llore o moleste, se le da lo que pide, aprenderá que sólo necesita unas lágrimas para tener lo que quiere.

También se presentan conductas inadecuadas porque no se enseñan las apropiadas. Si los padres son permisivos y se hacen los desentendidos cuando el niño hace cosas que no debe hacer, como tocar todo, dar de gritos, saltar sobre los muebles, molestar a otras personas, el niño aprenderá que puede hacer lo que quiere y, por lo tanto, lo seguirá haciendo.

Las consecuencias de determinadas conductas, ¿harán que estas se repitan o no?

En muchos niños con TDAH pareciera que los castigos no son disuasivos porque las conductas inadecuadas se siguen presentando frecuentemente, pues ellos actúan por impulso, interrumpen, son intolerantes o les da un rabieta; tenemos que darnos cuenta de que esas conductas son parte del TDAH. Sin embargo, aunque ellos no buscan ser así, debido a dichas

conductas son rechazados, castigados, relegados, por lo que su autoestima se ve seriamente afectada.

Intentar aplicar un sistema de *consecuencias*, es decir, de *ganancias* o *pérdidas* puede ser la gran diferencia entre castigar sin resultados o promover que el niño haga lo que se espera, reconociendo el esfuerzo que pone en lograrlo. Si las consecuencias de sus conductas son gratificantes, lo más probable es que trate de *repetir* la conducta para obtener la *recompensa*, aprendiendo así que esa es una manera efectiva de conseguir lo que desea.

A veces se *gratifica* o *recompensa* erróneamente una conducta inadecuada. Por ejemplo, si un niño le pega al hermano mayor y llora para que este le preste un juguete y con la excusa de que “porque es tu hermano pequeño, debes dárselo”, obtiene lo que quiere, lo va a hacer cada vez que se le presente la ocasión, con el agravante de que se está propiciando una relación inadecuada entre hermanos. Las normas sociales de respeto a los demás y a la propiedad ajena se van aprendiendo desde el inicio y justificar conductas abusivas a lo único que lleva es a instaurarlas como modo de obtener todo cuando se quiere. Si por el contrario no se premia esa acción y se le enseña al niño cómo *pedir* lo que desea y además se le advierte que debe

aceptar que el hermano puede no querer prestarle el juguete, se le estarán enseñando conductas sociales importantes.

“Nadie te enseña a ser padre”

Decir que “nadie te enseña” es muy común y, aunque no deja de ser cierto, también es una excusa para no actuar de acuerdo con lo que el sentido común muchas veces manda. Una de las preguntas frecuentes es ¿cómo se hace para que el niño se porte bien?, como si se tratara de una fórmula mágica.

Educar no es fácil, pero no es imposible, solo requiere de tiempo, paciencia, perseverancia y consistencia, así como de una participación activa, firme y permanente de ambos padres. Por lo pronto, los papás deben tener claro qué hijos quieren tener como *productos logrados* y qué esperan de ellos en determinados momentos. Se deben tomar en cuenta las características personales, valores y creencias, para fijarse un rumbo respecto a cómo se educa a los hijos, y no estamos hablando solamente de niños con TDAH, sino de cualquier niño. Los niños no pueden adivinar qué desean los padres, sino que deben ser *instruidos* acerca de las cosas que están bien o no, en qué momento y por qué. Para ello es importante que las normas o reglas sean claras, permanentes en el tiempo, consistentes, adecuadas a las edades y circunstancias, pues no deben ser producto de la *inspiración* o del estado de ánimo del progenitor.

¿Vivir con reglas o vivir en absoluta libertad?

La existencia de normas prepara a los niños para vivir en una sociedad en la que no solo valen sus derechos sino que deben aprender a tomar en cuenta los de los demás. De esa manera se les da un soporte estructurado a los niños respecto a cómo, cuándo, dónde, lo que implica decir claramente qué se espera de ellos en tal o cual situación, estableciendo límites claros a todas las conductas. Para ello es necesario establecer ciertas rutinas diarias, a fin de que los niños conozcan anticipadamente las actividades de cada día, como la hora de levantarse, las horas de las comidas, las tareas, el baño, el juego, el uso de la televisión, irse a dormir. De paso ayudará a que aprendan mecanismos básicos de autorregulación, que son de los que precisamente carecen los niños con el TDAH.

Una falta de organización en este aspecto, lleva a que los niños pretendan decidir si hacen algo y cuándo lo hacen, lo que necesariamente conduce a una situación de confrontación o a un cruce entre los intereses de los padres y del niño. Las rutinas diarias pueden ser flexibles a veces, pero debe aclararse bien que: “hoy es un día especial y... te puedes acostar 30 minutos más tarde, mañana es como siempre”.

Los niños con TDAH necesitan orientación sobre cómo y en qué orden deben hacer las cosas; para ayudarles se les pueden

hacer carteles en los que se especifique una *hoja de ruta* respecto a las diferentes actividades. Incluso si el niño aún no sabe leer, puede repetir tres pasos sucesivos para determinada acción o usar dibujos que se relacionen con la conducta que deba realizar; por ejemplo:

¿Qué tengo que hacer antes de ir a comer?

1. Lavarme las manos
2. Sentarme en mi sitio
3. Esperar que me sirvan

¿Qué tengo que hacer antes de acostarme?

1. Cepillarme los dientes
2. Hacer pipí
3. Decir buenas noches

Si el niño va al colegio y ya sabe leer, él mismo puede escribir su *hoja de ruta* agregando lo que es necesario hacer cada día; por ejemplo:

¿Qué debo hacer antes de acostarme?

1. Dejar lista mi mochila: tareas, útiles, etcétera, chequeando cada cosa
2. Dejar listo mi maletín de deporte
3. Preparar la ropa que voy a usar mañana
4. Cepillarme los dientes
5. Ir al baño
6. Decir buenas noches

Este tipo de estrategia evita la pelea diaria, pues se ha realizado la secuencia de acciones con el niño, estableciendo que en lo sucesivo él es responsable de cumplirlas, de paso se le refuerza diciéndole lo orgullosos que se sienten de que sea cada vez más independiente y capaz de hacer las cosas por sí mismo. Con ello se está facilitando que desarrolle una de las funciones ejecutivas, la de organizar, priorizar las acciones e iniciar la ejecución de la acción misma. Así mismo se va estableciendo una memoria de trabajo, de cómo tiene que hacer esto o lo otro.

Cuando los padres ponen en práctica este tipo de manejo de situaciones diarias, el desgaste es menor, pues se le recuerda al niño que mire su *hoja de ruta* para que no olvide nada. A los niños con TDAH les cuesta mucho organizarse, con esto tienen a mano una ayuda memoria y no una permanente llamada de atención: “¿ya ordenaste... ya te lavaste?”, que se convierte en una forma desagradable de relación con el niño.

Los olvidos... ¿otra vez?

Un tema al que hacen referencia los padres es que con demasiada frecuencia los niños con TDAH se olvidan de traer los materiales necesarios para hacer la tarea, pierden sus útiles, ropa de deporte, mochilas, etcétera. Ellos tienen mayor dificultad para acordarse de todo, incluso de apuntar para no olvidarse, lo que muchas veces es motivo de llamadas de atención.

Castigarlos no cambia la situación, el niño no se olvida porque elige hacerlo; pero se le pueden dar herramientas que ayuden a evitar el problema que generan los olvidos o pérdidas, como:

- Marcar todos sus útiles, pero de manera que sean fácilmente reconocibles; si la mayoría de las mochilas de sus compañeros son azules, es de esperar que alguna vez (o varias) a la hora de la salida del colegio cargue la mochila de otro niño, entonces se le debe poner un distintivo muy visible, su nombre en letras grandes, un dibujo adherido, etcétera. Lo mismo con la ropa, zapatillas de deporte, etcétera.
- Fotocopiar los libros más importantes; si los deja en el colegio, igual puede hacer la tarea.
- Tener a la mano el teléfono de dos o tres compañeros para obtener información respecto a tareas.
- Es bueno tener en casa una provisión de lápices, tajadores, tijeras, borradores, que se pierden u olvidan con facilidad. Lo ideal es que no pierda nada, pero lamentablemente esto sucede y se convierte en una nota desagradable al final del día. Reponer lo que se necesita es menos dañino que molestarse y reñirlo cada vez que ocurre. Tampoco se trata de facilitarle todo a cambio de nada: perderá algún programa de televisión o se le retendrá algún juguete, hasta que no se olvide de nada por un tiempo prudencial o traiga a casa el objeto extraviado.

- Escribir en la tapa de la mochila o en algún lugar visible de la misma una palabra que signifique “revisa si tienes todo lo que necesitas”.
- El tema de lo que debe ir en la cartuchera o mochila se maneja del mismo modo, con listas, recordatorios visibles, de tal manera que no se deja a la memoria (tenemos que tener presente que es algo que falla) ni al “creo que sí”.

¿Cómo reconocer sus logros o qué hacer cuando no cumple?

Siempre se le debe reconocer al niño lo que ha hecho bien. Esto no solo se puede hacer con unas palabras o un abrazo, sino también utilizando algún sistema que evidencie que está cumpliendo con ciertas reglas y rutinas, facilitando así la convivencia. En general, los niños con TDAH reciben muchos más reclamos y recriminaciones, etiquetas y epítetos, regaños y castigos, que reconocimientos por los logros en su conducta.

Si en la casa, por ejemplo, se identifican cuáles son las conductas que llevan a situaciones desagradables e incluso penosas y se busca con el niño la manera de modificarlas, es muy probable que el primero en querer cambiar sea el mismo niño. Para eso, primero se tiene que comprender y tener muy claro que no es cuestión de voluntad y que insistir en el “si tú

pusieras de tu parte” o “si solo hicieras el esfuerzo”, no es suficiente; es más, de hecho no funciona.

Lo que ayuda efectivamente es establecer lo que se espera que haga y en qué caso, cómo se espera que lo haga y hacerle saber cómo se lo vamos a reconocer cuando cumpla y se esfuerce por lograrlo o, de lo contrario, cuál es la posible consecuencia para el niño, lo que necesariamente no debe ser planteado como un castigo, sino como una consecuencia. Por ejemplo, el reconocimiento verbal y afectivo es muy importante. El niño debe saber que se le reconocen sus logros, que se le quiere mucho y que si se equivoca, puede seguir intentándolo. Los padres se van a sentir mejor y el niño va a responder de manera eficaz siempre y cuando los padres cumplan con reconocer su esfuerzo. Si dejan de hacerlo, entonces el niño no encontrará sentido a continuar intentándolo.

Hay diferentes sistemas, como hojas en las que se especifican las conductas deseadas y se anotan los puntos que el niño gana cuando las cumple; si no lo hace, no gana nada. No se trata de dar un castigo por no hacer algo, sino de ganar o no ganar. Se pueden proponer actividades o premios que se obtendrán cuando se complete un número determinado de puntos ganados a corto o mediano plazo. Una forma de reconocimiento es, como mencionamos más arriba, otorgar puntos a las conductas

logradas; otra forma es colocar cada día *stickers* en un cuadro de conductas cuando el niño cumpla con la conducta deseada. Otro sistema que funciona muy bien con niños pequeños es el de dos frascos de plástico con tapas de diferentes colores y canicas o bolitas de colores. Uno es para lo que se gana y el otro para lo que se pierde. Si ha cumplido como se espera, se ponen en el frasco de las canicas *ganadas*, una o dos canicas, dependiendo de la conducta y lo que se le ha asignado como refuerzo. Si no cumplió o presentó una conducta inapropiada, se sacan del frasco de canicas *ganadas* una o dos y se pasan al frasco de *retenidas*.

Es mejor usar términos que ayuden al niño a entender que *quitar* no es más que una consecuencia y así va aprendiendo que portarse bien o cumplir implica no solo que todos estén contentos, sino que también se le reconoce con algo visible; pero que así como se gana también se puede perder. Con el niño se hace un cuadro de equivalencias, es decir, cuántas bolitas debe acumular para obtener determinado premio y cuántas bolitas pierde por una conducta que es inadecuada. Se deben establecer reglas muy claras y atenerse a ellas, no se puede ser arbitrario en el refuerzo y menos cuando se aplica el concepto de perder. Los niños tienen un sentido de justicia y se atienen a las consecuencias una vez que los padres les demuestran que las reglas son reglas y que no es cuestión de

promesas, sino de hechos. Cuanto más concreto, visible y comprobable sea, mejor funciona el sistema; pero lo que realmente importa es ser consistente en su aplicación.

Otro sistema es el de hacer dos fotocopias de un dibujo de uno de sus programas favoritos; una de ellas se cuadricula, se numera y se pega en una cartulina que se fija en un lugar visible. La otra fotocopia se cuadricula y se numera por el lado del revés, se recortan los cuadraditos y se guardan en una caja. Cuando se quiere recompensar al niño se le dan uno o dos cuadraditos al azar y él los va pegando en la cuadrícula numerada correspondiente, hasta que complete el dibujo. Es un buen sistema para un premio a largo plazo.

También es útil dar vales para ser canjeados por privilegios al terminar las tareas o los días que no hay colegio. Los niños aprenden a valorar el significado de su trabajo y son capaces de hacer grandes esfuerzos por conseguir algo que desean: festejar un cumpleaños en algún lugar especial, invitar a un amigo el fin de semana, ir al cine, etcétera. Los vales pueden ser cartulinas de colores con la indicación “vale por...”, que pueden ser usados inmediatamente o acumulados. El darles un valor predeterminado de acuerdo al color del vale, facilita que los niños cumplan con muchos de los requerimientos diarios sin protestar, pues la gratificación es inmediata. Da muy buen

resultado canjear tantos vales de un color por uno solo de otro color distinto dándole un valor agregado a cada color. Esto facilita el aprender a posponer la gratificación, a planificar una actividad que no es inmediata (se usan cartulinas de colores cortadas en tiras de tres centímetros por cinco y se establecen de común acuerdo los valores: cinco amarillas valen por una celeste; cinco celestes por una verde; cinco verdes por una naranja, etcétera). Pero así como gana, puede perder alguna por una conducta inadecuada y lo que pierde es en función de la gravedad de la falta.

En cuanto a las consecuencias relacionadas con faltas cometidas por romper reglas o no cumplir con lo acordado, funciona bien un sistema de tarjetas de consecuencias. Se confeccionan tarjetas de diferente tamaño: pequeñas para faltas leves, medianas para otras más serias y de mayor tamaño para la graves. Cuando el niño se ha portado mal, sea por pelear, tener una rabieta, no obedecer, una vez que se ha calmado y se conversa con él sobre lo sucedido se procede a aplicar el sistema de consecuencias. Con el niño se han preparado las tarjetas y se ha hablado al respecto antes de aplicar el sistema. Una regla fundamental es que se disculpe con la persona con la que tuvo el problema. No se espera que prometa, pues debe aprender el verdadero valor de la palabra *prometer*, por lo tanto

una disculpa es lo adecuado. Luego, debe aceptar la *consecuencia* de acuerdo a lo que está escrito en la tarjeta.

¡Por favor...! ¿Quieres...?

Muchas veces los padres se quejan de que los niños no les hacen caso. Teniendo en cuenta que a un niño con TDAH lo que más le cuesta es poner atención, y más aun cuando se trata de que atienda una indicación, cuando se le hable hay que tener en cuenta lo siguiente:

- Hacer contacto visual.
- Decirle con claridad que escuche bien lo que se le está diciendo y verificar que ha entendido. No contentarse con un “ya sé”; pedirle que repita lo que se le ha dicho.
- No pedirle algo vago: “sé buen chico”, sino especificar claramente a qué nos referimos: “caminas, no vas a correr, ¿entendido?”, “vamos a comprar la comida, no vamos a comprar juguetes”.
- Si se trata de una indicación que debe cumplir, evitar usar palabras que lleven a una interpretación diferente. Los niños son inteligentes y manejan bien el lenguaje. “Es hora de bañarse”, es conminatorio y el niño lo sabe y lo entiende así. “¿Quieres bañarte de una vez?”, implica una decisión personal y es probable que si está viendo su programa favorito en la televisión diga “¡No quiero!”.

- “¡Por favor, deja de gritar!”. Pedirle “ese favor” hace que el niño sienta que él decide, es un favor y un favor es voluntario y puede muy bien negarse. “¡No está permitido gritar y tu lo sabes!”, es una forma más clara y no admite opciones.
- Evitar la argumentación cuando se da una orden. Si el niño discute, solo se repite la misma orden; no se le da la oportunidad de que él pida explicaciones o se las tengamos que dar. Funciona muy bien el sistema de: “¡cuento uno!, ¡cuento dos!, ¡cuento tres!”, “ya hemos hablado acerca de lo que pasa si no cumples cuando se te dice algo: te vas a tu cuarto..., no vas a ver tal programa de televisión. Pero también sabes que si cumples puedes tener un tiempo adicional en la computadora.”
- Evitar la confrontación en la que se empieza a reaccionar emocionalmente. No se trata de demostrar quién es más fuerte, sino de enseñarle que todo tiene una manera, un orden y que las reglas se cumplen.
- No dar importancia a conductas que realmente se pueden pasar por alto. Tampoco se trata de establecer un régimen de excesiva estrictez; ser flexible y aceptar que el niño puede cometer errores es algo que va a mejorar la relación con él y el clima familiar.

- Evitar las amenazas, sobre todo las imprecisas: “¡Vas a ver lo que te va a pasar!”.
- Las consecuencias de las conductas inapropiadas se deben haber conversado con anticipación. Se debe lograr que el niño tome conciencia de la responsabilidad que él tiene sobre su conducta, la que debe asumir tanto para ganar un privilegio como para perderlo.
- Si tiene una rabieta, se le debe ignorar. Cuando se calme, recién se puede hablar con el niño, tratando de que se dé cuenta si ganó algo con esa forma de reaccionar.
- Cuando sea necesario interrumpir un juego o cuando esté viendo su programa favorito en la televisión, advertirle que ya debe terminar, apagar, guardar, etcétera; esto evita reacciones de frustración y cólera. Al niño con TDAH le cuesta mucho esfuerzo concentrarse; interrumpir *eso que le gusta* es desagradable. Usar un reloj de arena, diciéndole: “cuando se termine la arena, apagas la televisión”. Esto le da un tiempo que permite que la transición de una actividad placentera a otra que no lo es tanto sea más llevadera.
- Los niños con TDAH tienen dificultad para tener sentido del tiempo; un reloj de alarma (*timer*) permite que se ponga límite a una actividad. La anticipación o advertencia de que hay un tiempo para terminar de comer, quedarse en la bañera, jugar antes de empezar a

hacer las tareas, etcétera, facilita mucho la organización de las actividades diarias.

Algunos conceptos importantes

- Reforzadores positivos o consecuencias positivas: estímulos que hacen que se dé la respuesta esperada. Por ejemplo, ver un programa extra de televisión porque terminó sus tareas temprano; entonces, es muy posible que vuelva a hacer sus tareas a tiempo.
- Reforzadores negativos o consecuencias negativas, como por ejemplo, quitar algo. “No puedes ver televisión ahora porque no te has bañado”.
- Reforzadores secundarios que pueden ser de varios tipos: materiales (cosas, juguetes, etcétera); sociales (abrazos, aprobación, elogiar sus logros, etcétera); realizar actividades con ellos (jugar, salir de paseo, invitar a amigos, etcétera); utilizar el sistema de puntos (*stickers*, canicas, vales, etcétera).
- La extinción de una conducta se logra ignorándola, como las rabietas o lloriqueos. Para que sea efectiva, solo se presta atención a la conducta apropiada: cuando pide algo sin llorar; no quiere decir que se le dé lo que pide, pero se reconoce la manera en que lo hace.

- Tiempo fuera, que significa que el niño tiene que estar en otro lugar hasta que deje de portarse mal: como hacer un berrinche, gritar, insultar. Para los niños pequeños, se puede asignar una silla en la que debe permanecer sentado un minuto por año de edad, o un lugar específico como su cuarto donde debe permanecer sin hacer nada.

Para que un programa, método o sistema de modificación de conducta funcione, quienes lo aplican deben ser constantes, consistentes, pacientes, comprensivos y justos, y a la vez capaces de ser flexibles cuando sea necesario.

Referencias bibliográficas

Barkley, Russell A. *Defiant Children. Second Edition. A Clinician's Manual for Assessment and Parent Training*. New York: The Guilford Press, 1997.

Barkley, Russell A. *Niños Hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Guía completa del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. Segunda edición. Barcelona: Editorial Paidós, 2002.

Bauermeister, José J. *Hiperactivo, impulsivo, distraído. ¿Me conoces? Guía acerca del déficit atencional para padres, maestros y profesionales*. New York: The Guilford Press, 2000.

Brown, Thomas E. *Attention Deficit Disorder. The Unfocussed Mind in Children and Adults*. Yale University Press New Haven & London, 2005.

Filomeno, Armando. *El niño con Déficit de Atención o Hiperactividad: cómo pasar del fracaso al éxito*. Lima: Centro Editorial de la Universidad Cayetano Heredia, 2006.

García Pérez, E. Manuel. *¡Soy Hiperactivo-a! ¿Qué puedo hacer?* Madrid: Consultores en Ciencias Humanas (COHS), s/f.

Green, Christopher y Kit Chee. *El niño muy movido o despistado. Entender el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. Barcelona: Ediciones Médici, 2005.

Hill, Beth Ann y James Van Haren. *The AD/HD Book. Answers to Parent's most Pressing Questions*. New York: Penguin Group, 2005.

Martin, Garry y Joseph Pear. *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*. Quinta Edición. Madrid: Prentice Hall, 1999.

Orjales Villar, Isabel. *Déficit de Atención con Hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: Editorial CEPE, 1998.

Orjales Villar, Isabel y Aquilino Polaino-Lorente. *Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: Editorial CEPE, 2000.

Vallés Arándiga, Antonio. *Modificación de la conducta problemática del alumno. Técnicas y programas*. Serie Pedagógica. Temas Básicos. Alcoy: Editorial Marfil S.A., 2002.

Vallés Arándiga, Antonio. *Cómo cambiar la conducta infantil. Guía para padres*. Alcoy: Editorial Marfil, 1999.

Zeigler Dendy, Chris A. y Alex Ziegler. *A Bird's-Eye View of Life with ADD and ADHD: Advice From Young Survivors. A Reference Book for Children and Teens*. Alabama: Cherish the Children, 2003.

4. LAS TERAPIAS DE APRENDIZAJE Y LAS TUTORÍAS

Camila Fosca

Entender a cada persona como un universo diferente es tan importante como comprender que el TDAH es mucho más que sus tres componentes principales: déficit de atención, hiperactividad, impulsividad. Las características y necesidades de un niño con TDAH son diferentes a las de otro de su misma edad que presenta también el trastorno y más aun a las de un niño de la misma edad sin TDAH. Esta gama de variables hace que en los niños con TDAH el espectro de alternativas de intervención sea muy amplio y, por lo tanto, sea indispensable buscar, crear y aplicar el tratamiento en directa relación a estas características y necesidades particulares del sujeto y no como un esquema o modelo previamente establecido con un guión a seguir. No existe un guión para las personas con TDAH; por consiguiente, cualquier tratamiento debe ser elaborado especialmente para la persona a tratar y modificado las veces que sea necesario en relación a sus progresos y nuevas necesidades.

Las características propias del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad suelen afectar, entre otros aspectos, el

proceso de aprendizaje escolar de los niños. Probablemente los más comunes sean los problemas de atención, el exceso de movimiento, la autoestima baja, la dificultad de autorregulación, la desorganización, la baja tolerancia a la frustración, la dificultad para aprender de la experiencia, la dificultad para seguir las normas, la poca previsión de las consecuencias de sus actos, la impulsividad, la dificultad en la integración social, el poco autocontrol, entre otras. Los niños con TDAH suelen tener dificultades en la vida escolar, por lo que sus padres deben informarse ampliamente sobre el trastorno antes de iniciar cualquier proceso terapéutico o de apoyo.

Los padres de familia, como primeros responsables de la educación de sus hijos, deben buscar en los profesionales que trabajen con sus hijos, personas que conozcan y estén actualizadas respecto del TDAH, personas flexibles y con buen sentido del humor. Estos profesionales tienen que trabajar en equipo con los padres y con todos los demás involucrados en el tratamiento.

Las personas con TDAH presentan con mucha frecuencia, además del déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad, problemas de aprendizaje y lenguaje, que son probablemente lo primero que llama la atención de los padres de

familia y de los profesores. Esto genera a menudo dudas o dificultades tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

Terapia de aprendizaje

Cuando se detectan dificultades en el aprendizaje o en el lenguaje, es muy importante establecer si existe una relación de estos con el TDAH. En el caso de los problemas de lenguaje, se estima que uno de cada cinco niños con TDAH presenta algún problema de lenguaje. Esta cifra es alarmante ya que el desarrollo del lenguaje es la base de posteriores aprendizajes. Si un niño presenta dificultades en el desarrollo fonológico, morfosintáctico o semántico es muy probable que esto dificulte el aprendizaje de la lectura y la escritura. Esto quiere decir que un niño con TDAH y problemas de lenguaje tiene mayor riesgo de presentar problemas en su proceso de aprendizaje. Este incremento de posibilidades solo disminuye si se tratan los problemas de lenguaje a tiempo.

Los problemas generales de aprendizaje afectan el rendimiento global del niño. El más común de estos es el retraso en la adquisición de la lectoescritura, dificultad que afectará el rendimiento en todos los cursos, por ejemplo, historia o incluso matemáticas, ya que para realizar un ejercicio primero hay que leer y comprender las indicaciones.

En el caso de los problemas generales de aprendizaje existe una relación directa con el TDAH. En muchos casos el TDAH es la causa de los problemas de aprendizaje en los niños y adolescentes. Por lo tanto si la intervención especializada focaliza su esfuerzo en trabajar las características del déficit de atención con hiperactividad, una consecuencia inmediata será la disminución de los problemas de aprendizaje.

Paralelamente a los problemas generales de aprendizaje, tenemos los trastornos específicos de aprendizaje, que se denominan específicos porque afectan solo un área del aprendizaje, por ejemplo, la lectura, la escritura o el cálculo, en estos casos se habla de dislexia, disgrafía o discalculia, respectivamente. Los trastornos específicos de aprendizaje son hereditarios. Las personas que presentan estos trastornos suelen presentar una inteligencia normal o superior y carecen de alteraciones sensoriales o neurológicas. El TDAH no se relaciona con los trastornos específicos de aprendizaje, aunque pueden presentarse simultáneamente.

Cuando un niño no logra ser un buen estudiante ya sea porque tiene dificultades para mantener el ritmo de sus compañeros, para aprender a leer, para enfrentar problemas de cálculo o por algún problema similar, asiste a una terapia de aprendizaje. El especialista en problemas de aprendizaje suele atender en un

consultorio o centro, lo que implica que el niño se moviliza de su casa a este lugar, donde probablemente las reglas sean muy claras y él las aprenda y las cumpla con menor dificultad que en casa.

La intervención especializada en problemas de aprendizaje debe partir siempre de una evaluación que ayude a determinar las áreas potenciales y las áreas deficitarias del niño. Muchas veces los niños con TDAH son derivados a un especialista en aprendizaje por un psicólogo que detectó los problemas mediante una evaluación. En el caso de un niño que ha sido recientemente evaluado, un profesional con experiencia podría plantear un tratamiento basándose en esta evaluación previa, de preferencia comunicándose con el evaluador para, en equipo, determinar las áreas prioritarias de intervención. Las terapias de aprendizaje, como cualquier otra intervención, deben reestructurarse constantemente por lo que el especialista tratante debe evaluar los progresos del niño con frecuencia.

Es importante que los padres hagan un seguimiento de la intervención que reciben sus hijos para así ser participantes efectivos y al mismo tiempo ahorrar tiempo y dinero. Lo que se buscan son resultados, principalmente para los niños, por ello es importante sentir que progresan, por lo que largos períodos de evaluación no son siempre recomendables. Cuando se habla de

una intervención en el aprendizaje, los objetivos deben ser concretos y establecerse con claridad. La duración de cualquier intervención varía de una persona a otra, pero si desde el inicio todas las partes (padres, especialista y niño) conocen los objetivos o las metas, será mucho más sencillo establecer los plazos aproximados y al mismo tiempo reconocer los avances. Ninguna terapia debe ser eterna.

Muchas familias olvidan con facilidad la situación del niño cuando inició el proceso de intervención, de ahí la importancia de informar a las familias el punto de partida y la meta desde el inicio de proceso. Además se deben recordar estos dos momentos durante las reuniones con los padres y por supuesto también con el niño para que este sea un elemento motivador adicional. Recordemos que todas las personas necesitan recibir en cualquier circunstancia reforzadores positivos que ayuden a visualizar la etapa del proceso en la que se encuentran, recordando todo el camino recorrido.

Un punto importante es la relación que establece el especialista con el niño y con la familia. Naturalmente, no todas las personas establecen vínculos de empatía entre sí, por eso los padres deben ser abiertos y al mismo tiempo críticos al decidir quién tratará a sus hijos, ya que el vínculo que desarrollen con el especialista será un factor importante para alcanzar las metas u

objetivos que se planteen. Las terapias de aprendizaje tienen algunas ventajas, entre ellas están que focalizan los esfuerzos en el origen del problema y que fomentan el trabajo multidisciplinario.

Tutoría

Cuando hablamos de la tutoría debemos diferenciar la tutoría como institutriz y la tutoría de apoyo académico. Para esto es importante tener dos conceptos muy claros: criar y educar; los padres tienen esta doble obligación hacia sus hijos. Criarlos, es prepararlos para la vida, brindarles soporte emocional, normas y hábitos de comportamiento; y educarlos es ofrecerles acceso al conocimiento. Estos conceptos nos permiten diferenciar el tipo de tutoría.

La tutoría como institutriz consiste en que una persona idónea se encargue de la crianza de los niños durante el tiempo que los padres están ausentes de la casa. Cada familia tiene un estilo propio y una escala de valores y prioridades; la persona a la que se le encarga esta labor debe compartir estas escalas para así asegurar una continuidad en el estilo de crianza. Como hablamos de una persona que se encarga de la crianza durante los períodos de ausencia de los padres, esta no solo se preocupará de aspectos académicos, sino también de establecer normas y velar por su cumplimiento; por ejemplo, normas de

conducta, hábitos de limpieza, normas de educación, etcétera. Ejemplos puntuales de ello son: dejar la mochila en su lugar, sentarse a comer a la mesa, utilizar bien los cubiertos, cumplir con las tareas escolares, mantener el cuarto ordenado, responder con cortesía, aprender a compartir, ver televisión a las horas indicadas.

Este tipo de tutoría tiene un requisito indispensable y es la comunicación entre el tutor institutriz y los padres de familia. Las dos partes tienen que establecer criterios comunes para la crianza y comunicarse constantemente —todos los días— para evitar desautorizarse y anular esfuerzos o compromisos del día a día. Como ninguna de las dos partes pasa tiempo completo con los niños, la comunicación y la coordinación son fundamentales para afianzar las conductas.

Este tipo de tutoría nos recuerda a la antigua institutriz, que era una persona a la que se le encargaba la crianza de los niños de una familia. En muchas familias, los abuelos cumplen el rol de tutores; sin embargo, no es un rol que les corresponde porque su función es definitivamente otra. Son pocos los abuelos que pueden mantener la disciplina establecida en la casa. La mayoría son exagerados en el cumplimiento de esta o, por lo contrario, no pueden hacerla cumplir.

Hoy, en el Perú, si bien el término institutriz está casi en desuso, podemos establecer un paralelo entre las obligaciones que tenían las institutrices hace algunas décadas y las que tienen hoy en día las amas o empleadas domésticas. Es importante que los padres hagan una reflexión sobre esto y evalúen si estas *institutrices modernas* —por llamarlas de algún modo— están capacitadas para asumir el reto de criar a sus hijos prolongando el modelo de crianza de la familia o si simplemente evitan y apagan incendios mientras esperan la llegada de los padres. Recordemos que al hablar de un niño con TDAH estamos frente a un conjunto de características que luego de un proceso de tratamiento adecuado pueden ser características de gran beneficio para la persona; pero que durante este proceso de crianza - educación no son fáciles.

Teniendo claro el modelo de la tutoría como institutriz veamos ahora el caso de la tutoría de apoyo académico. En nuestro medio, el término *tutor* se ha extendido a cualquier persona que asiste a la casa del niño y lo ayuda con las tareas del colegio o le refuerza los contenidos de algún curso específico, siendo los más comunes matemáticas e inglés. A esta persona también se le conoce como profesor particular. En muchos casos, este apoyo es efectivo para lograr mejoras en los niños, pero suele suceder que en los niños con TDAH este apoyo no es suficiente; es más, en muchos casos, el tiempo que se invierte en las

clases particulares podría ser mejor aprovechado, no solo en relación al curso que genera dificultades sino también reforzando otros aspectos.

Otro tema a considerar es el desgaste innecesario que sufre la relación madre-hijo, cuando la mamá supervisa las tareas de su hijo con TDAH, perdiendo terreno como madre al ejercer el trabajo de profesora o peor aun de policía.

El tutor de apoyo académico tiene varias funciones, entre las cuales están apoyar al niño con las tareas, brindarle asesoría y orientación académica, guiarlo en el manejo del tiempo, ayudarlo a estudiar, motivarlo a mejorar, inculcarle hábitos de estudio en el caso del niño, enseñarle estrategias de aprendizaje, acompañarlo en el proceso de descubrir sus habilidades, etcétera.

Como vemos las funciones de un tutor de apoyo académico son muchas y complejas; por consiguiente es necesario que la persona que asuma esta responsabilidad reúna ciertos requisitos fundamentales que dependerán de las necesidades del niño.

Es importante reflexionar sobre la calidad de este tipo de tutoría. Podríamos encontrarnos con un tutor que establece empatía con

el niño y con la familia y cumple todas las funciones antes mencionadas y, por lo tanto, ayuda al niño a lograr avances. Por otro lado, podríamos toparnos con un tutor que al cabo de un tiempo termina haciendo las tareas por el niño, asumiendo sus responsabilidades y construyendo un vínculo de dependencia poco sano. Recordemos que los niños con TDAH suelen tener grandes dificultades en la administración de su tiempo, por lo que no es raro ver que los niños manipulen a los tutores, los distraigan y desaprovechen el tiempo, lo cual tiene como consecuencia la falta de avances significativos, además del incremento de la frustración y la sensación de incapacidad por parte del niño al obtener resultados que no guardan relación con el esfuerzo realizado.

Una alternativa práctica es que los padres busquen a una persona que esté dispuesta y abierta a recibir información y estrategias de un profesional o de los mismos padres, una persona que tenga la disposición, el tiempo y la voluntad de crear e innovar con el niño y para el niño. Recordemos que lo primero que se debe brindar a un tutor de apoyo académico es información sobre el TDAH para que el marco del apoyo esté de acuerdo con las necesidades del niño.

Una buena alternativa de tutores académicos la encontramos en los estudiantes de educación y psicología. Estos futuros

profesionales resultan casi ideales ya que tienen conocimientos previos que les facilitan la labor de tutores y al mismo tiempo suelen tener gran interés en formarse y en adquirir experiencia en el trabajo con niños o adolescentes. Los tutores no necesariamente son profesionales de la educación e incluso siéndolo no necesariamente conocen o tienen suficiente información sobre el TDAH, por lo tanto es obligación ineludible de los padres informarse e informar al tutor sobre el trastorno.

Un tutor académico informado sobre el TDAH entenderá la importancia de brindar estrategias de automonitoreo, anticipar la dinámica de trabajo, dar instrucciones sencillas y cortas, aprovechar las situaciones de éxito, ser flexibles, establecer normas claras, hacer convenios de comportamiento y de trabajo, ignorar las conductas inapropiadas, elaborar material motivador, crear una rutina de trabajo, utilizar estrategias para mejorar el manejo del tiempo, desagregar las tareas en pequeñas partes, revisar los aprendizajes previos y afianzarlos para incorporar nuevos, generar modelos de autoinstrucción, intercalar descansos, mejorar el autoconcepto al reconocer y validar las características positivas y las áreas potenciales, motivar la reflexión, respetar los tiempos, colaborar en el planteamiento de metas y estrategias para mejorar en aspectos específicos, reconocer el esfuerzo y los logros, crear elementos visuales de organización, etcétera.

El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno determinan el futuro de muchos niños con TDAH. Igualmente, tanto el éxito de la terapia de aprendizaje como el de la tutoría de apoyo académico radican en su consistencia y en el esfuerzo sostenido. Concluamos con la idea de abordar la intervención en base a lo importante y no a lo urgente.

Referencias bibliográficas

Barkley, Russell A. *Niños Hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Guía completa del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. Segunda edición. Barcelona: Editorial Paidós, 2002.

Bauermeister, José J. *Hiperactivo, impulsivo, distraído. ¿Me conoces? Guía acerca del déficit atencional para padres, maestros y profesionales*. New York: The Guilford Press, 2000.

Bonet, Trinidad, Yolanda Soriano y Cristina Solano. *Aprendiendo con los niños hiperactivos. Un reto educativo*. Madrid: Ed. Thomsom, 2007.

Giménez de Abad, Elvira. *Niños con déficit de atención Sugerencias para padres y docentes*. Buenos Aires: Psicoteca Editorial, 2002.

Green, Christopher y Kit Chee. *El niño muy movido o despistado. Entender el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. Barcelona: Ediciones Médici, 2005.

Polaino-Lorente, A. y C. Ávila. *Cómo vivir con un niño hiperactivo comportamiento, diagnóstico, tratamiento, ayuda familiar y escolar*. Madrid: Nancea, 2004.

5. TERAPIA CONDUCTUAL DEL TDAH EN LA CASA Y EN EL COLEGIO

Iliana Chian

Terapia conductual en la casa

La crianza de los niños que tienen el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) puede ser muy estresante para los padres. Los síntomas del TDAH que presentan los niños pueden ocasionar muchas dificultades en su capacidad para adaptarse a las diversas demandas de la vida cotidiana.

Los niños con TDAH tendrían déficits en la autorregulación de su conducta y en el funcionamiento ejecutivo, y especialmente tienen dificultades en el control de la conducta por medio de órdenes, reglas y lenguaje autodirigido. Este problema con las normas no ha sido ocasionado por un manejo inadecuado de los padres, sino que es producto de una deficiencia neuropsicológica. Los niños con TDAH tienen limitaciones en la información y motivación representadas internamente, las cuales instruyen, guían y mantienen la conducta, y por lo tanto, requieren que la información esté representada más externamente y que las consecuencias sean arregladas

artificialmente para compensar estas deficiencias ejecutivas. Por tal motivo, los padres de los niños con TDAH necesitan utilizar formas más explícitas, sistemáticas, externalizadas y convincentes de presentar las reglas e instrucciones, y de proporcionar las consecuencias para su cumplimiento (1).

Barkley (2) ideó un programa de entrenamiento para los padres que consta de 10 pasos. En el primer paso se proporciona a los padres información actualizada acerca del TDAH y de cómo obtener mayor información sobre el tema. El conocimiento acerca del TDAH y la comprensión de cómo los síntomas de este trastorno afectan la vida del niño permite a los padres mejorar sus habilidades para manejar el TDAH de sus hijos. Igualmente, el conocimiento y la comprensión de los padres acerca de los principios del manejo de la conducta mejoran el mantenimiento de dichas habilidades en el tiempo y a través de diferentes ambientes.

En el segundo paso se proporciona a los padres un marco conceptual para entender las interacciones inadecuadas padres-hijo y su manejo terapéutico. Se deben tener en cuenta las características del niño y de los padres, y cómo la combinación de estas características puede causar conflictos entre ellos. Los factores estresantes que existen en la familia también se toman en cuenta, al igual que la manera en que los padres responden a

la conducta del niño. Se les explica cómo ciertos estilos de crianza —por ejemplo, la crítica excesiva o dura, la inconsistencia— pueden complicar el manejo del niño con TDAH. Luego, se les explican a los padres los principios generales del manejo de la conducta, ya que más adelante se les enseñarán las técnicas conductuales específicas. Se les explica cómo los eventos antecedentes, así como las consecuencias, pueden ser alterados para modificar la conducta de los niños. Se revisan los diferentes tipos de refuerzo positivo, de ignorar la conducta, y de estrategias de castigo; la necesidad de utilizar dichas consecuencias combinadas; las ventajas de proporcionarlos de una manera específica, inmediata y consistente; y las desventajas del reforzamiento negativo.

En el tercer paso se explica a los padres la importancia de proporcionar atención positiva a sus hijos. Debido a que los niños con TDAH con frecuencia se involucran en conductas negativas, muchos padres prefieren no interactuar con ellos o adoptan un estilo de crianza que es demasiado directivo, correctivo, coercitivo o desagradable. Esto a la vez contribuye a que sea más probable que los niños se comporten de forma inadecuada. Por estas razones se recomienda a los padres que pasen un *tiempo especial* con su hijo, en el cual sean lo menos directivos y correctivos posibles. De esta manera pueden ver la conducta del niño desde una perspectiva diferente y les permite

darse cuenta cuándo su hijo se está comportando bien. Esto les proporciona oportunidades para darle atención positiva al niño, lo cual también los ayuda a reconstruir una positiva relación padres-hijo. Además se incentiva a los padres a fijarse en las conductas adecuadas de su hijo no solo durante este tiempo especial, sino durante todo el día. Estas oportunidades espontáneas pueden ser utilizadas para incrementar la cantidad de atención positiva que el niño recibe.

En el cuarto paso se enseña a los padres cómo utilizar la atención positiva para, por ejemplo, incrementar el juego independiente mientras los padres están realizando actividades cotidianas, como hablando por teléfono o preparando la comida. También se puede aplicar la atención positiva a las situaciones en que se dan órdenes. Con frecuencia los niños con TDAH no son obedientes, tienen muchas dificultades para hacer lo que se les pide. Los padres generalmente se quejan de que el niño nunca obedece, pero también es importante que los padres reconozcan que ellos mismos tienen una tendencia involuntaria a ignorar las ocasiones en que el niño obedece y solo estarían fijándose en los aspectos negativos de las respuestas del niño a sus pedidos. Por lo tanto, ellos estarían desalentando la conducta de obediencia del niño al ignorar esta conducta y, por el contrario, estarían reforzando su falta de obediencia a través de la atención que le prestan cuando no obedece. Por eso, se

enfatisa a los padres la importancia de prestar atención positiva al niño cada vez que es obediente. Para facilitar esta nueva actitud en los padres, se les recomienda dar órdenes cotidianas simples que tengan una alta probabilidad de que el niño las obedezca. Por otro lado, también se enfatiza a los padres la importancia de la manera en que se dan las órdenes y que se deben examinar los aspectos verbales y no verbales de cómo los padres comunican sus órdenes al niño. Se recomienda a los padres que solo utilicen órdenes que de todas maneras esperan que se cumplan; que den las órdenes en forma de afirmaciones directas y no en forma de pregunta; que las órdenes sean relativamente simples; que se den en un ambiente sin distracciones y mirando a los ojos del niño; y que este repita en voz alta las órdenes, para así tener la oportunidad de aclarar cualquier malentendido antes de que él responda.

En el quinto paso se enseña a los padres a implementar en casa un sistema de fichas o puntos con premios. Este sistema proporciona a los niños con TDAH la motivación externa que necesitan para cumplir con los pedidos de los padres que tienen poco interés intrínseco para ellos y que no obedecerían. Otra de las razones para utilizar este sistema es que la atención positiva a las conductas adecuadas y el ignorar las conductas negativas con frecuencia no son suficientes para manejar al niño con TDAH, quien generalmente necesita premios más concretos y

significativos. Se recomienda a los padres que utilicen los privilegios que generalmente tiene el niño, y que le gustan mucho —ver televisión, utilizar la computadora, los videojuegos— como premios que el niño tiene que esforzarse en ganar realizando las conductas adecuadas que se plantean en el sistema de fichas o puntos. A cada conducta objetivo se le asigna un puntaje, a los niños menores de nueve años se les dan fichas que pueden juntar y guardar; en cambio, con los niños mayores se utilizan los puntos que se registran en una hoja o cuaderno. Es decir, los niños pueden ganar un número predeterminado de fichas o puntos por obedecer los pedidos de los padres y por cumplir adecuadamente con las tareas asignadas. Si el niño no cumple con la conducta objetivo, no obtiene fichas o puntos; sin embargo, los padres pueden dar fichas o puntos adicionales por tareas realizadas especialmente bien o por otras conductas adecuadas que realice. Luego, estas fichas o puntos se canjean por un determinado premio que puede ser proporcionado diaria o semanalmente.

En el sexto paso se revisan cuidadosamente los esfuerzos de los padres para implementar el sistema de fichas o puntos. Se analizan los problemas que tuvieron, se aclaran las confusiones, se hacen los cambios necesarios y se dan sugerencias para incrementar la efectividad del sistema. También se introduce el concepto de costo de respuesta, de acuerdo al cual, después de

las primeras semanas, los padres ya podrían empezar a quitarle fichas o puntos que el niño ha ganado cuando este no cumpla con una o más conductas objetivo —porque se le hacen más difíciles de cumplir. De esta manera, el niño estaría más motivado a cumplirlas porque ahora tiene un incentivo adicional que es tratar de no perder lo que ya ha ganado. Sin embargo, se recomienda a los padres tener cautela y no quitarle demasiadas fichas o puntos al niño para no desanimarlo.

En el séptimo paso se explica a los padres lo que es el *tiempo fuera*, que es recomendado para las conductas de no obedecer que son muy resistentes o para conductas inadecuadas que no se pueden ignorar, como pegar a otro niño, tirar o romper cosas. El tiempo fuera consiste en retirar al niño de la situación en que surgió el problema y llevarlo a un lugar donde no haya nada que sea peligroso ni entretenido para él. Generalmente, el niño se tiene que quedar allí durante un tiempo determinado mínimo, que es equivalente en minutos al número de años que tiene. Por ejemplo, el tiempo fuera de un niño de ocho años duraría ocho minutos. Si el niño se pone a protestar, gritar o llorar, los padres deben ignorar esta conducta, y solo se acercarán a él si ha permanecido tranquilo durante el tiempo fuera. Luego, los padres deben volver a darle la instrucción u orden que el niño no obedeció. Si nuevamente incumple con lo que se le dijo, se repite todo el procedimiento de tiempo fuera las veces que sean

necesarias, hasta lograr que el niño obedezca. Posteriormente, se revisa con los padres los problemas que hayan tenido para aplicar el tiempo fuera y qué pueden hacer para resolverlos.

En el octavo paso se dan a los padres recomendaciones para manejar las conductas inadecuadas del niño en otros ambientes, como supermercados, centros comerciales, restaurantes, cines, enfatizando la importancia de anticipar los problemas que se pueden presentar en situaciones públicas. Primero, los padres deben explicarle al niño cuál es la conducta que se espera de él en estos ambientes. Luego, deben establecer algún incentivo para que el niño cumpla con estas reglas. Finalmente, ellos deben especificar qué tipo de castigo va a tener el niño si no cumple con estas normas. Igualmente, es importante que antes de entrar a un lugar público el niño repita en voz alta lo que se le dijo, y así comprobar si comprende lo que se espera de él y las consecuencias de no cumplirlo.

En el noveno paso se analiza con los padres el actual nivel escolar del niño, incluyendo las modificaciones que se hayan podido realizar en el colegio para manejar su TDAH. Se les dan recomendaciones acerca del ambiente educativo más adecuado para el niño y se les dan sugerencias para realizar las acomodaciones necesarias en la clase. Se incentiva a los padres a trabajar en colaboración con el colegio de la mejor

manera posible. Por ejemplo, se les recomienda implementar un sistema de hoja de reporte diario con conductas objetivos que los profesores deben calificar de acuerdo a si el niño las cumplió o no, y en el cual las consecuencias se le aplican al niño en la casa. Este reporte es revisado por los padres y se dan puntos al niño por las diversas calificaciones que los profesores le han asignado, y luego estos puntos son canjeados por premios. Por otro lado, se revisan y afinan los esfuerzos que los padres realizan en todos los aspectos del programa; y se incentiva a los padres a evaluarse a sí mismos a fin de afinar sus habilidades para manejar al niño. También se les dan sugerencias sobre cómo manejar problemas futuros que podrían surgir. Finalmente, se plantean las sesiones de refuerzo o de seguimiento que puedan ser necesarias.

En el décimo paso se realizan las sesiones de refuerzo o de seguimiento —puede ser una vez al mes—, en las que se readministran las escalas y cuestionarios de calificación a los padres, que indicarán si se han producido cambios después del tratamiento. También se revisan y reafinan las estrategias que los padres han aprendido anteriormente o se dan las recomendaciones necesarias si nuevos problemas han surgido. Finalmente, se acuerda el momento del término del programa de entrenamiento a los padres.

Terapia conductual en el colegio

Barkley (2) plantea los principios generales que se aplican al manejo de los niños con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el aula, que se basan en el concepto del TDAH como un trastorno en la autorregulación de la conducta debido a dificultades en la capacidad de inhibición y en el funcionamiento ejecutivo. Se deben realizar **programas conductuales** que puedan ser fácilmente integrados dentro del aula, que se puedan aplicar en forma práctica y que tomen en cuenta los nueve principios generales que se describen a continuación.

1. Las reglas e instrucciones proporcionadas a los niños con TDAH deben ser claras, breves y, con frecuencia, deben darse a través de formas de presentación más visibles y externas que para los niños típicos (que no tienen TDAH). Por ejemplo, se le debe pedir al niño que repita en voz alta las instrucciones; se pueden poner letreros en el aula con las reglas o señales que le haga recordar al niño que tiene que parar, mirar, escuchar, etcétera.
2. Las consecuencias utilizadas para manejar la conducta de los niños con TDAH deben ser proporcionadas más rápidamente —si es posible, en forma inmediata— que a los niños típicos. El momento oportuno y la aplicación

estratégica de las consecuencias a los niños con TDAH deben ser más sistemáticos que para los niños típicos. Además, con frecuencia los profesores de los niños con TDAH pasan una gran cantidad de tiempo prestando atención a sus conductas negativas. Es necesario que los profesores cambien su patrón de interacción con los alumnos y, más bien, presten atención a sus conductas positivas.

3. Las consecuencias deben ser proporcionadas con más frecuencia a los niños con TDAH que a los niños típicos, debido a sus déficits motivacionales. A los niños con TDAH se les hace difícil persistir en la conducta adecuada o mantenerse cumpliendo las reglas. Por ello es útil proporcionarles refuerzos o consecuencias por seguir las reglas, para que se mantengan cumpliendo las reglas durante más tiempo.
4. El tipo de consecuencias proporcionadas a los niños con TDAH con frecuencia debe ser de una magnitud mayor, o más poderoso, que el necesario para manejar la conducta de niños típicos. Las consecuencias que se van a incluir en un programa conductual deben tener suficiente valor de refuerzo o magnitud para motivar al niño a realizar las conductas deseadas.
5. Deben proporcionarse premios apropiados para reforzar la conducta objetivo antes que dar castigos. Primero se

debe establecer un programa de refuerzos positivos poderosos y mantenerlo durante una o dos semanas antes de implementar el castigo —que debe utilizarse con moderación—, para maximizar su efectividad.

6. Los reforzadores o premios que se utilicen con los niños con TDAH deben ser cambiados o rotados con más frecuencia que con los niños típicos, debido a que los niños con TDAH tienden a habituarse más rápidamente a las consecuencias de su conducta —o a saturarse con ellas— sobre todo en lo relativo a los premios. Esto significa que aun cuando un determinado reforzador parece ser efectivo en ese momento para motivar la obediencia del niño con TDAH, es probable que en el transcurso del tiempo pueda perder su valor reforzador más rápidamente que en un niño típico. Por lo tanto, los premios que se dan en la clase deben ser cambiados periódicamente —puede ser cada dos o tres semanas— para mantener el poder de eficacia del programa en motivar la conducta adecuada del niño.
7. La anticipación es fundamental para tratar a los niños con TDAH, esto significa que los profesores deben planear con anticipación cómo manejarlos, especialmente durante las fases de transición entre las actividades o clases, para asegurarse que los niños estén conscientes de los cambios en las reglas y en las

consecuencias que van a ocurrir. Los profesores deben tomarse un momento para hacer recordar a los niños las normas de conducta en la situación que va a venir, para hacerles repetir las reglas en voz alta y hacerles recordar los premios y castigos que se darán en la siguiente situación, antes de que los niños empiecen la nueva actividad.

8. Los niños con TDAH necesitan que se les hagan más evidentes las conductas objetivas que deben lograr, en comparación con los niños típicos. Los niños con TDAH necesitan que se les proporcionen señales más externas acerca del desempeño que se espera de ellos en el colegio, deben ser monitoreados más cercanamente por los profesores y se les deben proporcionar las consecuencias con más frecuencia durante el día escolar, para poder controlar su conducta y lograr sus objetivos, en comparación con los niños típicos.
9. Las intervenciones conductuales solo funcionan mientras están siendo aplicadas, y aun así requieren de constante monitoreo y de modificaciones en el transcurso del tiempo, para lograr su máxima efectividad. Si un programa conductual no está funcionando puede deberse, por ejemplo, a que los premios han perdido su valor, que el programa no fue implementado consistentemente, que el programa no estaba basado en

un análisis funcional de los factores relacionados a la conducta problema, etcétera.

Barkley (2) también refiere que para seleccionar las conductas objetivo que se van a trabajar con un programa conductual, se recomienda utilizar la **evaluación funcional**, debido a que proporciona un mecanismo útil para adaptar los programas conductuales a cada niño individualmente. La evaluación funcional incluye los siguientes pasos:

1. Definir cuidadosamente la conducta objetivo que se va a trabajar, de tal manera que el profesor pueda monitorear dicha conducta en forma confiable.
2. Identificar los antecedentes y las consecuencias de dicha conducta en su ambiente natural, a través de entrevistas con los profesores, padres y alumnos, y a través de la observación directa.
3. Generar hipótesis acerca de la función de la conducta problema en términos de eventos antecedentes que permitan que la conducta o sus consecuencias se mantengan. Los antecedentes potenciales pueden ser, por ejemplo, un trabajo muy difícil, una instrucción o consecuencia negativa del profesor, una conducta disruptiva de otro niño. Las consecuencias potenciales pueden ser, por ejemplo, la atención del profesor o de los compañeros, dejar de trabajar.

4. Manipular sistemáticamente los antecedentes y las consecuencias para probar las hipótesis acerca de su relación funcional con la conducta objetivo. Los niños con TDAH con frecuencia tratan de evitar las tareas que les son difíciles o que requieren esfuerzo —por ejemplo, las tareas rutinarias de lápiz y papel—, tratan de obtener la atención del profesor o de sus compañeros, tratan de lograr el acceso a una actividad que es más reforzadora o interesante para ellos —por ejemplo, entretenerse con juguetes en vez de terminar sus trabajos—, tratan de tener experiencias sensoriales placenteras —como soñar despiertos—, etcétera.
5. Implementar intervenciones que alteren los antecedentes o consecuencias funcionales de tal manera que la conducta problema sea reemplazada por una conducta apropiada. Por ejemplo, a un niño que se distrae fácilmente con juguetes u objetos pequeños en su carpeta se le puede permitir jugar con dichos objetos solo después de terminar una cantidad específica del trabajo asignado.

Referencias bibliográficas

- (1) Smith, B., R. Barkley & C. Shapiro. "Attention-deficit/hyperactivity disorder". En E. J. Mash and R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders* (3rd ed., pp. 65-136). New York: Guilford Press, 2006.
- (2) Barkley, Russell A. *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York: Guilford Press, 2006.

6. COACHING PARA PERSONAS CON TDAH

Beatriz Duda

El coaching, que significa entrenamiento, se inició en los deportes, donde se considera al coach como alguien que facilita el aprendizaje. Luego pasó al campo empresarial como un sistema mediante el cual las personas buscan mejorar su rendimiento y tomar mejores decisiones. En 1994 se menciona por primera vez el coaching para personas con TDAH, en el libro de Hallowell y Ratey.

El interés por el coaching aplicado a personas con TDAH es cada día más grande. En los Estados Unidos su práctica está muy difundida y la International Coach Federation reconoce el coaching para el TDAH como una especialización del coaching educacional, por lo que en ese país hay muchos coaches certificados expertos en esta rama. En este artículo explicaré lo que es el coaching para el TDAH, sus objetivos, su metodología y sus aplicaciones. Pretendo despertar el interés por esta práctica con el fin de que muchas personas se beneficien de ella.

El coaching, aplicado al deporte, al campo ejecutivo o al TDAH, es una práctica basada en las facultades de las personas; tiene un enfoque constructivo y optimista sobre el ser humano. Cuando se aplica al TDAH, se le puede definir como una práctica terapéutica que apoya a la persona con este trastorno, para que tome conciencia de sus particularidades, identifique las características que están interfiriendo en su desempeño, establezca una meta en relación al tema que desee trabajar, acuerde una estrategia y se comprometa a lograr el cambio. Todo ello va acompañado del aliento necesario y de un seguimiento adecuado por parte del coach.

Como trata de personas con características particulares debidas al TDAH, parte esencial del coaching es identificar las funciones ejecutivas que están afectadas. Aquí encontramos que de cada función ejecutiva se desprende una serie de actividades de la vida diaria que la persona no ha aprendido aún a manejar. Por ejemplo, cuando se trabaja la función ejecutiva de la activación, se encuentra con frecuencia que hay problemas para organizarse (anotar, revisar lo anotado, ejecutar lo anotado, programar los siguientes días, etcétera); para priorizar las tareas por hacer (escoger hacer primero lo más fácil o lo más corto o lo que más tiempo le demora o lo que más le gusta, etcétera); para ponerse a trabajar (sentarse a estudiar, a hacer la tarea, en lugar de dar vueltas por la casa y enfrascarse en actividades

más motivadoras, que generalmente son la televisión y la computadora); para iniciar mejor el día (despertarse temprano, levantarse prontamente y alistarse de buen humor).

El método que utiliza el coaching para facilitarle a la persona que reflexione, tome conciencia y se descubra a sí misma, se basa en las preguntas. Este punto es sumamente importante porque determina en gran medida la eficacia de esta práctica. Lo que sucede es que cuando el coach pregunta de manera reflexiva y siguiendo un orden, deja el compromiso de la respuesta en el coachee (se pronuncia *couchí*, que es la persona que acude a un coach). Al ser la persona con TDAH la que llega a sus propias respuestas, es casi imposible que eluda la responsabilidad sobre el tema tratado.

Cuando me refiero a seguir un orden en las preguntas, quiero decir que los pasos del coaching son preguntar por lo siguiente: (1) el tema de la consulta, (2) el objetivo relacionado con ese tema, (3) la realidad en función de ello, (4) las opciones que tiene la persona para lograr ese objetivo, (5) el compromiso que asume o la meta que acuerda para alcanzar su objetivo y (6) la manera como el coach hará el seguimiento.

Por ejemplo, si el tema es cumplir con un horario de estudio, primero se preguntará sobre el tema en sí: ¿por qué es un

problema?, ¿desde cuándo lo es?, ¿cuándo no lo fue? (esta pregunta ayuda a darle confianza a la persona, pues lo más seguro es que exista un momento de su vida en el que sí estudió con eficacia). Segundo, se preguntará por el objetivo: ¿en qué medida te interesa?, ¿qué beneficios obtendrás si logras cumplirlo?, ¿por qué es importante? (aquí es primordial dejar en claro cuál es la *ganancia*, pues nadie quiere esforzarse en vano; por ejemplo, la motivación de un estudiante de secundaria puede ser “que mi papá no me castigue” y es válida). Tercero, se preguntará acerca de la realidad: ¿dónde sueles estudiar?, ¿cuánto tiempo logras permanecer estudiando?, ¿qué factores te distraen? (visuales, auditivos, sensoriales). Cuarto, se preguntará sobre las opciones: ¿cómo podrías solucionar eso?, ¿qué podrías hacer?, ¿te serviría cambiar de lugar de estudio? (el coach puede sugerir cuando el coachee no llega a una respuesta). Quinto, se preguntará por la meta: ¿cuándo comenzarás?, ¿dónde lo harás?, ¿cómo harás para recordarlo?, ¿qué harás luego si no lo recordaste?, ¿necesitas apoyo de algún miembro de tu familia?, ¿qué tipo de apoyo? Sexto, se preguntará sobre el seguimiento: ¿cómo deseas que te lo recuerde yo?, ¿por correo electrónico?, ¿por mensaje de texto?, ¿te parece *tal* día alrededor de *tal* hora?

Para que una sesión de coaching sea productiva, debe concluir siempre con un compromiso. Esto es factible cuando las

preguntas han sido realizadas no solo de modo ordenado, sino también de manera exhaustiva, precisa y reflexiva.

El modelo que propone Nancy Ratey para lograr lo mencionado toma en cuenta los siguientes elementos: (A). Asociación, que es una relación horizontal y de confidencialidad entre el coach y el coachee, donde este último marca la pauta y decide qué temas se trabajan; cuando sea necesario, se hará a partir de las preguntas precisas del coach. (B) Estructura, se refiere a todos los pasos descritos arriba. (C) Proceso de aprendizaje, es la acción del coachee en relación a la meta acordada y el feedback del coach. Estos tres elementos permiten que el proceso del coaching sea posible y se lleve a cabo con eficacia. Para que el cambio se mantenga en el tiempo, Ratey propone tener en cuenta tres elementos más: (a) Seguimiento, por parte del coach, de la forma estipulada entre ambos. Como las sesiones son una vez a la semana, el seguimiento se realiza entre sesión y sesión, en casos especiales puede ser más frecuente. (b) Compromiso del coachee con sus metas y del coach con el proceso de coaching. (c) Conexión, perfecta comunicación que a veces se logra. Para Ratey es algo muy especial, casi mágico, que cuando se alcanza asegura el éxito del proceso; es más que una simple empatía, es un nivel de sintonía.

Modalidades de coaching

Coaching desde la casa

Ya se ha mencionado en este libro que el tratamiento del TDAH es integral y que parte esencial del mismo la llevan a cabo los padres, pues son los responsables de su hijo. Entonces, es natural que sea necesario informar a la familia sobre el TDAH y todas sus implicancias en los diversos ámbitos de la vida diaria. Justamente, el curso-taller de coaching nace como respuesta a la necesidad de los padres de familia de informarse exhaustivamente sobre el TDAH, para así comprender mejor a sus hijos y a la vez ayudarlos a encontrar estrategias que les permitan manejar sus dificultades. Se trata de cambiar el modo impositivo que solemos tener los padres por una manera más democrática y saludable de enfrentar la crianza. En lugar de decir ¡ordena tu cuarto!, hay que darse el tiempo de preguntar: ¿te es cómodo tener tantas cosas alrededor?, ¿cuál crees que es el beneficio de tener un poco de orden?, ¿recuerdas cuando no encontrabas tu iPod?, etcétera.

En estos cursos-taller se revisa qué es el TDAH, sus características, diagnóstico y tratamiento. Se imparten además enseñanzas sobre el coaching para personas con este trastorno de modo que los padres puedan asumir, en el mejor de los casos, algunas herramientas de esta práctica para ayudar a sus hijos en la superación de sus problemas de la manera más

eficaz. El peor panorama —que no es malo tampoco— es cuando los padres no son capaces en ese momento de adoptar una serie de técnicas del coaching, pero al entender de qué se trata el TDAH, baja su frustración y crece su comprensión hacia las dificultades de su hijo. ¡Esto ya es bastante! ¡Es el comienzo del cambio!

Siempre aconsejo a los padres de chicos con TDAH conversar sobre el tema con otros padres de familia que vivan situaciones similares, porque eso ayuda a tener una perspectiva clara sobre el trastorno y a bajar la preocupación y la ansiedad que en un inicio se suele tener.

Coaching desde el colegio

En los Estados Unidos, donde existen dos leyes de protección y acomodaciones para quienes tienen TDAH, se desarrolla el coaching para los niños de primaria desde el colegio. El sistema se aplica a grupos pequeños de niños —no más de seis— con dicho diagnóstico, con quienes se trabaja cada una de las características del TDAH que interfieren en el desempeño escolar y social: desatención, impulsividad, hiperactividad, olvido de materiales, manejo del tiempo, manejo de las emociones, etcétera. En cada sesión se trabaja una dinámica referente al tema escogido, de modo que los niños puedan reflexionar en conjunto sobre las particularidades que ellos presentan —lo cual

les produce un alivio tremendo pues dejan de sentirse aislados y diferentes. Al finalizar la sesión, cada niño pacta una meta individual, de acuerdo a su propia problemática, y el coach envía una ficha de trabajo a los padres y otra al profesor responsable o tutor. El tutor, a la vez, comunica a los demás profesores la meta de cada uno de los niños.

De este modo, el niño cuenta en los dos ámbitos, casa y colegio, con personas que le refuerzan positivamente la meta acordada. La comodidad de que el coach sea parte del personal del colegio es que le va a ser más factible comunicarse frecuentemente con el tutor, con los profesores y también con los niños para asegurarse de que los reforzadores positivos estén funcionando durante la semana. De este modo al niño le es más fácil incorporar la conducta propuesta.

Las sesiones pueden ser de 8 a 14, según las necesidades de cada grupo y facilidades del colegio. Lo ideal es que se realicen fuera del horario escolar, una vez a la semana. Antes de iniciar este proceso, el coach se reúne con los padres de familia y con los profesores para explicarles el procedimiento, sensibilizarlos sobre el tema y comprometerlos a trabajar las fichas que irá enviando semanalmente.

En Lima, existe la experiencia realizada en el Colegio Santa Úrsula por la psicóloga Manuela Tapia. Confío en que cada vez más colegios se interesen por incorporar el coaching para apoyar a sus niños y familias. Al respecto, el APDA está preparando un material que será publicado próximamente.

El coaching para adolescentes con TDAH también puede realizarse desde el colegio; se realiza de manera individual y las sesiones son muy cortas —10 a 15 minutos— y pueden ser llevadas a cabo por un profesor experto en el TDAH y con formación en coaching. La modalidad de coaching desde el consultorio con los adolescentes, que se desarrolla a continuación, puede ser adaptada para trabajar desde el colegio.

Coaching desde el consultorio

El coaching desde el consultorio está dirigido a adolescentes y adultos.

Coaching para adolescentes

Muchas veces los adolescentes con TDAH que llegan al consultorio tienen grandes problemas encima, están casi al límite, por lo que su autoestima está algo baja o muy baja. En ellos, lo primero que se trabaja es el reconocimiento de sus fortalezas, luego se pasa a identificar las características del

TDAH que están interfiriendo en su vida académica, amical y familiar.

Los problemas más frecuentes que llevan a los padres de los adolescentes a buscar un coach para sus hijos son académicos, de actitud y de conducta. Lo primero que hay que explicarle al chico es el funcionamiento del coaching. Tiene que quedar claro que el trabajo es de él; la responsabilidad del coach es ayudarlo a reflexionar, a fijarse metas y hacerle un seguimiento. La responsabilidad del *cambio* es solamente del adolescente; es una responsabilidad que él adquiere consigo mismo a partir de mucha reflexión.

Por eso, para que el coaching funcione en los chicos, estos deben tener cierta madurez para autodescubrirse y asumir compromisos. Una de las funciones del coach es informar al adolescente sobre el TDAH. Al obtener información científica sobre esto, el chico asume la responsabilidad debida y le es imposible —a menos que sus padres se lo permitan— escudarse en el TDAH. La posición del coach es “ahora que lo sabes y entiendes, tienes la responsabilidad de aprender a manejarlo”. También se conversa sobre la medicación como parte primordial del tratamiento.

Además de informar sobre el TDAH y todo lo que comprende, es útil orientar al chico sobre su propia etapa de desarrollo. Para ello, los procesos de desarrollo del cerebro adolescente que plantea David Walsh son muy esclarecedores. Este autor afirma que contra lo que se creía, el desarrollo y maduración del cerebro no concluyen en los primeros años de vida, sino que, en la adolescencia, hay un aumento de intensidad en varios procesos cerebrales, especialmente en la mielinización (que aísla los axones y permite la transmisión de los impulsos nerviosos) y en el florecimiento y poda de las dendritas (las estructuras que permiten que las neuronas reciban la información).

Esta mayor actividad en la adolescencia ocurre especialmente en áreas y circuitos cerebrales que tienen que ver con la regulación emocional, el control de impulsos, las relaciones y la comunicación. Esto hace que la adolescencia sea un período en el que se debe alentar el desarrollo de estas funciones y evitar el desperdicio de oportunidades en actividades que no son beneficiosas —como los juegos de computadora, cuando se usan excesivamente. El mencionado incremento en la actividad hace más sensible el cerebro de los adolescentes, por lo tanto es importante evitar la exposición a factores tóxicos como tabaco, alcohol o drogas.

Se espera que después de un proceso de coaching el adolescente, además de haber logrado manejar el problema por el cual llegó, haya tomado conciencia sobre sí mismo y sepa qué otros aspectos quedan pendientes para trabajar en algún otro momento, sobre la base de que siempre tenemos algo que mejorar. En este sentido, el coaching para el TDAH se apoya en el coaching ontológico, que abarca todas las áreas de la vida de la persona.

Coaching para adultos

Una constante en los adultos con TDAH que no han sido diagnosticados ni tratados tempranamente es la presencia de cuadros depresivos y ansiosos, como resultado de toda una vida de problemas y dificultades.

Los adultos generalmente acuden al coach porque no desean seguir desaprobando los cursos (en el caso de los universitarios); porque desean cumplir con las demandas de su trabajo; ser más productivos; reiniciar estudios o hacer un postgrado; emprender proyectos que nunca concretaron; mejorar la relación con su pareja, amigos y familia; mejorar sus relaciones laborales, etcétera. Muchas veces lo hacen porque sus jefes o parejas se lo sugieren o imponen. Cuando el adulto está motivado por la ganancia concreta que obtendrá, por ejemplo, poder continuar sus estudios universitarios, acceder a

una promoción laboral, evitar una separación, su compromiso es mayor y los resultados son buenos.

Arthur Robin, psicólogo norteamericano, asume el tratamiento de un miembro con TDAH como un aprendizaje de comunicación por parte de toda la familia. Para lograr una comunicación eficaz, Robin propone entrenarse en la capacidad de saber separar la acción, del pensamiento, de la emoción y de la reacción. Esto que suena muy fácil puede resultar difícil cuando interfieren las emociones. Al tener en cuenta estos conceptos, el proceso de coaching con adultos es muy satisfactorio.

Los estudiantes universitarios con TDAH son un grupo de adultos al cual el coaching puede ser de especial ayuda. Ellos llegan buscando apoyo para organizarse, aprender a priorizar, dejar de procrastinar y avanzar hacia sus objetivos. Generalmente son chicos que están frustrados por desaprobado constantemente sus cursos y estar sumamente atrasados en relación a sus compañeros. A muchos de ellos nunca se les ha diagnosticado el TDAH y los demás han seguido algún tipo de tratamiento para este trastorno, generalmente incompleto o durante un tiempo insuficiente.

Los de mejor pronóstico son aquellos que cuentan con un apoyo emocional en casa. El coach les da la confianza para aprender de sus propias experiencias, les brinda una mirada comprensiva y jamás juzga, lo que facilita una empatía necesaria para este trabajo.

Resumiendo, se puede afirmar que el coaching para el TDAH es una modalidad terapéutica efectiva, que puede practicarse desde la casa, desde el colegio o desde el consultorio. Es una manera de enfrentar la problemática del TDAH, mediante la cual se busca resaltar lo positivo de cada persona y se le ayuda a reflexionar para llegar a sus propias respuestas, con el debido seguimiento, para facilitarle la incorporación de nuevos hábitos que le permitan resolver sus problemas y alcanzar sus metas.

ADENDA

A continuación se mencionan algunas características del TDAH en las mujeres, que son de utilidad para quien trabaja el coaching o alguna otra modalidad terapéutica con niñas y con mujeres adolescentes y adultas.

Sari Solden, Kathleen Nadeau y Patricia O. Quinn afirman que las niñas buscan en mayor medida que los niños la aceptación por parte de su entorno, lo que hace que se sobreexijan —

algunas llegan incluso a complacer en demasía a los otros para ser aceptadas. Esto dificulta muchas veces que las niñas sean detectadas a una edad temprana, sobre todo si su capacidad cognitiva es alta y las ayuda a ocultar por cierto tiempo su distracción, impulsividad e hiperactividad. Las autoras señalan que en las niñas se presentan más el malhumor, los sentimientos depresivos, la desorganización y la baja autoestima, mientras que en los niños se notan mayormente los problemas de conducta, la desatención, la baja tolerancia al estrés y las pobres habilidades sociales. Además, se sabe que los estrógenos estimulan algunos receptores de dopamina; esto quiere decir que cada mes, durante la fase premenstrual, cuando baja el nivel de estrógenos, pueden aumentar los síntomas del TDAH. Igualmente, en la menopausia, cuando el nivel de estrógenos baja significativamente, las mujeres pueden presentar la acentuación de sus síntomas.

Referencias bibliográficas

Duda, Beatriz. *Coaching para el TDAH*. Lima: Asociación Peruana de Déficit de Atención, 2007.

Duda, Beatriz. Curso taller de Coaching para niños, adolescentes y adultos con TDAH.

<http://www.deficitdeatencionperu.org/programa%20coaching.htm>

Echeverría, Rafael. *Ontología del lenguaje*. Buenos Aires: Granica, 2005.

Gallwey, W. Timothy. *The Inner Game of Work*. New York: Random House, 2001.

Hallowell, Edward M. y John J. Ratey. *Driven to Distraction*. New York: Pantheon Books, 1994.

McDougall, Nancy y Janet Roper. *Creative Coaching. A Support Group for Children with ADHD*. USA: McDougall y Roper, 2001.

Nadeau, Kathleen G. y Patricia O. Quinn. *Understanding Women with AD/HD*. Washington: Advantage Books, 2002.

Quinn, Patricia O., Nancy Ratey y Theresa L. Maitland. *Coaching College Students with AD/HD. Issues and Answers*. USA: Advantage Books, 2000.

Richfield, Steven. *The Parent Coach. A new approach to parenting in today's society*. Colorado: Sopris West, 2003.

Robin, Arthur. "Helping Adults with ADHD Succeed in Marriage and Parenting". Dallas: CHADD International Conference, 2005.

Solden, Sari. *Women with Attention Deficit Disorder*. California: Underwood Books, 1995.

Tapia, Manuela. "Coaching para el TDAH desde el colegio". Boletín electrónico n.º 17 de la Asociación Peruana de Déficit de Atención, del 9 de diciembre del 2007.

<http://www.deficitdeatencionperu.org/tapia.htm>

Walsh, David. *Why do they act that way? A survival guide to the adolescent brain for you and your teen*. New York: Free Press, 2004.

Zeigler Dendy, Chris A. *Teenagers with ADD. A Parents' Guide*. USA: Woodbine House, 1995.

7. PSICOTERAPIA CONDUCTUAL COGNITIVA PARA EL MANEJO DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD

*Cecilia Chau Pérez Aranibar
Mónica Cassaretto Bardales*

La psicoterapia conductual cognitiva (PCC) es uno de los modelos de intervención terapéutica más recientes y efectivos dentro de la psicología moderna. Está considerada, más que una sola perspectiva terapéutica, como un conjunto de distintas modalidades de trabajo que tienen ciertos elementos en común, pues es un conjunto de terapias que se originan de los aportes de distintas áreas científicas de la psicología.

La PCC nace de los aportes recibidos desde la psicología conductista, la cual tradicionalmente se ha centrado en el estudio de la conducta humana observable, y de la perspectiva cognitiva, que se ha centrado en el estudio de una serie de procesos internos. Por eso, este modelo alberga un conjunto amplio de propuestas psicoterapéuticas que aparecieron de manera disgregada, pero que comparten principios generales. Así, la terapia conductual cognitiva es un término que se refiere a las terapias que incorporan tanto las intervenciones conductuales —más conocidas en nuestro medio— (intentos

directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento), como las intervenciones cognitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento de la persona).

La PCC considera que los problemas del paciente se deben a un aprendizaje previo que le está produciendo consecuencias desadaptativas y que la meta de la terapia consiste en reducir el malestar o conducta no deseada desaprendiendo lo aprendido o proporcionando nuevas experiencias de aprendizaje más adaptativas. Para eso, la PCC utiliza un conjunto de técnicas con la finalidad de generar un cambio profundo en la forma de pensar, sentir y actuar de la persona, incrementando su nivel de bienestar y favoreciendo una mayor integración al contexto en que vive (Lega, Caballo y Ellis 1997; Beck 2000; Friedberg y McClure 2005). El modelo conductual cognitivo debe entenderse como una propuesta estructurada que facilita el aprendizaje de habilidades por parte del paciente, permite entender el origen cognitivo de los problemas y poner en marcha estrategias que faciliten la superación. Todo esto es posible en un ambiente de gran colaboración y estructuración, donde estén claras las metas y el proceso a seguir (Caro 2007).

En el caso de la aplicación de la PCC en niños y adolescentes con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se busca —más que controlar o suprimir la mayoría de conductas inadecuadas del paciente en los contextos familiar, escolar o social— aumentar la capacidad de autocontrol del paciente, lo que incluye que sea capaz de manejar sus emociones, impulsos y pueda evaluar las situaciones de la vida de manera más adecuada. El tratamiento psicológico está orientado fundamentalmente a la autorregulación, al control de la irritabilidad y a la mejora de la comunicación.

La PCC junto con el tratamiento psicofarmacológico ha demostrado ser uno de los afrontes más exitosos en la mejoría de los síntomas del TDAH, pero está lejos de aspirar a *curar* dicho problema. Al trabajar en conjunto, los medicamentos indicados por el especialista ayudan en el funcionamiento cognitivo, conductual y social de la mayoría de niños y adolescentes, independientemente de su nivel evolutivo (Parra, Espinosa, Reyes y Mardomingo 2000, en De Corral 2003). Cuando la medicación produce mejoras, los niños adquieren sentimientos de autocontrol, competencia y satisfacción personal.

Un aspecto crucial para que la PCC pueda ser efectiva en pacientes con TDAH es que se realice en el contexto de un

trabajo multimodal. Para eso se necesita contar con el apoyo y trabajo en equipo con otros profesionales: neurólogos, psiquiatras, quienes evalúan y prescriben los medicamentos así como el monitoreo de los mismos; en ocasiones se requiere la colaboración de expertos en terapias de aprendizaje o de lenguaje y también de otros agentes del colegio —profesores, tutores, psicólogos escolares, etcétera. Por otro lado, en las sesiones de terapia es de suma importancia la participación de los padres, incluso de nanas y abuelos si se considera necesario, a fin de que reciban apoyo y orientación en la comprensión y manejo de la conducta del niño. Por eso, el trabajo psicoterapéutico no puede ser realizado única y exclusivamente con el niño o adolescente.

ASPECTOS FUNDAMENTALES DEL TRATAMIENTO:

Programa de orientación a los padres o responsables del niño

Los padres necesitan comprender el problema de su hijo, aumentar su conocimiento sobre el trastorno, tanto sus síntomas y factores asociados como su tratamiento, permitiendo un espacio para aclarar dudas y también fantasías sin fundamento que pueden emerger ante el diagnóstico. Asimismo es importante brindarles información sobre otros tópicos, ayudándolos a discriminar cuándo una conducta puede ser entendida dentro del contexto del TDAH o cuándo podría

responder a otras explicaciones, como las características de temperamento, personalidad o edad del hijo, dado que en ocasiones se suele entender de forma distorsionada conductas perfectamente razonables de los niños y adolescentes.

Un pilar del tratamiento consiste en que los padres comprendan que ellos contribuyen de manera importante en el proceso terapéutico; ellos son una fuente valiosa de información y son quienes llevarán a cabo las pautas para el manejo de sus hijos. Obtener un compromiso de ellos es crucial para el éxito del tratamiento. Por eso, los padres —y otros agentes— reciben indicaciones específicas que buscan que adquieran mayor control ante las conductas inadecuadas del hijo.

Un objetivo básico es mejorar la interacción entre padres e hijos, ya que suele ser común que esta se vuelva tensa. McEwan (1998) considera que es necesario enseñar a los padres a reconocer los logros y conductas adecuadas de sus hijos, que puedan usar de forma positiva la atención en ellos y que se fomenten espacios de interacción con la menor crítica posible; de manera que el hijo encuentre en los padres figuras de afecto, seguridad y reconocimiento y se los motive a cambiar sus comportamientos y asumir una actitud más autónoma.

Los padres también deben proveer un ambiente estructurado a sus hijos, lo que involucra incorporar otras pautas como el manejo del tiempo y actividades del hijo; por eso, se debe contar con un horario claro y visible, favorecer rutinas, manejar adecuadamente actividades como dormir, comer, estudiar y la posibilidad de un tiempo para la actividad física vigorosa. También se brindan pautas a los padres para que puedan mantener una comunicación efectiva con los hijos promoviendo el establecimiento de reglas claras en el hogar, comprensibles, formuladas de forma simple, con consecuencias previsibles y, sobre todo, consistentes.

Modificación de la conducta del niño

El ambiente es posiblemente una de las fuerzas más potentes para facilitar o dificultar la aparición de conductas problema en los niños. Si queremos cambiar las conductas de los hijos, primero deberemos hacer cambios en él. Las condiciones del ambiente que favorecen la aparición de conductas problema son los modelos inadecuados, es decir, lo que los niños perciben — no solo lo que se les dice, sino también lo que ven y oyen— de las personas que están a su alrededor; así, los hijos pueden aprender a responder de manera agresiva, impulsiva, inestable o desordenada. Por otro lado, se presentan problemas en la aplicación de la disciplina ya sea porque esta se aplica de manera inconsistente o porque existen tendencias hacia la

pasividad —siendo muy permisivo— o agresividad —siendo autoritario— por parte de los tutores del niño. También se presentan estos problemas cuando no hay adecuada selección de premios y castigos. Todo esto debe ser estudiado y cambiado una vez detectado a través de la psicoeducación de los padres.

Las técnicas usadas buscan modificar la conducta del niño o adolescente haciendo énfasis en reducir las conductas inadecuadas asociadas al trastorno, como demorarse en exceso para realizar las actividades cotidianas de cambiarse, comer, bañarse, realizar tareas; negarse a cumplir con las reglas de la casa; obedecer después de un número largo de pedidos, molestar a otros, etcétera. Al mismo tiempo se busca motivar al niño o adolescente a desarrollar nuevas conductas que lo llevarán a mayores logros y a incrementar los sentimientos de competencia personal. Esto se logra cambiando las consecuencias que ocurren después de realizadas las conductas; es decir, se busca favorecer una respuesta coherente y consistente que incluye brindar atención a conductas adecuadas —y no a las inadecuadas como suele ocurrir—; e ignorar o castigar —de acuerdo al caso— las conductas desagradables, pero inocuas. Todos estos principios se pueden empezar a llevar a cabo dentro del contexto de un programa de economía de fichas o puntos (Serrano 1996) que permite que el mismo paciente incremente su capacidad de

autocontrol al poder anticipar las consecuencias de sus acciones. Una de las ventajas demostradas de las intervenciones de este tipo es que permiten mejorar los déficits en la autorregulación y el funcionamiento ejecutivo del paciente, ya que se ha visto que para ellos es más difícil la incorporación de normas y el control de su conducta mediante órdenes, aspecto que puede aminorarse haciendo visible las reglas y consecuencias de sus conductas (Smith, Barkley y Shapiro 2006).

Para tener éxito en el programa debemos hacer uso adecuado del refuerzo positivo —premios y elogios— a los comportamientos deseados del paciente. Es importante reconocer los logros y esfuerzos del hijo por más pequeños que estos parezcan. Kazdin (1996) nos recuerda que la selección del reforzador debe ser establecida por el paciente, en acuerdo con los padres ya que lo que es agradable a los ojos de una persona no lo es para otra y hay que seleccionar aquellas consecuencias o reforzadores que motiven a la persona. Se recomienda que los primeros reforzadores que se utilicen sean concretos —algo tangible como una salida al cine, un helado o stickers, por ejemplo—, que no se den con demasiada facilidad o dificultad, que el otorgamiento del reforzador se acompañe con frases positivas de felicitación, un rostro sonriente y contacto físico con el hijo.

Cuando el niño o adolescente dé muestras de comprender el sistema de refuerzo, se empieza a aumentar el nivel de exigencia de la tarea, pero haciendo aun así posible que se logre el éxito en la misma. Por eso hay que elegir metas razonables para el momento de intervención. Con el tiempo se van eliminando progresivamente los reforzadores concretos y se quedan los reforzadores afectivos y sociales. Finalmente, los reforzadores afectivos deben mantener la conducta deseable y pueden ser otorgados de forma intermitente —ya no todo el tiempo.

Ante las conductas inadecuadas tenemos dos alternativas: extinguir la conducta inadecuada o castigarla cuando aparece. La primera alternativa consiste en dejar de reforzar con nuestra atención ciertas conductas desagradables, pero inocuas —como los molestos berrinches—, ya sea ignorándolas o retirando al niño del espacio por un tiempo, por ejemplo 1 ó 2 minutos por cada año de edad que tenga. La idea es no otorgar ni premios ni castigos a la conducta, solo dejarla que aparezca sin la consecuencia deseada por parte del niño. Durante el tiempo fuera, el niño debe permanecer en un lugar sencillo, silencioso y aburrido inmediatamente después de haberse comportado de alguna manera indeseable para los padres (Walker y Shea 2002).

Por otro lado, el castigo implica recibir una consecuencia desagradable; a diferencia de lo que creen muchos padres, el castigo físico ha sido rechazado por los psicólogos ya que ha demostrado ser ineficiente para el cambio consistente de conducta y por generar lesiones en la autoestima de los niños (Kazdin 1996). Por otro lado, el castigo *inteligente* es el que implica la pérdida de algún privilegio —como horas de televisión, salidas al cine, pérdida de propinas, etcétera—, el cual ha demostrado ser muy eficiente para reducir las conductas inadecuadas.

Todos estos principios se pueden ejecutar mediante un programa de economía de fichas o puntos, que ya ha sido mencionado. Este sistema consiste en el uso de reportes, registros e incluso álbumes donde se puedan consignar las conductas del hijo y hagan posible, al terminar el día o la semana, intercambiar los puntos ganados por refuerzos —en la mayoría de los casos— o castigos —en caso extremo. Todo este sistema puede ser estructurado en un contrato conductual donde las reglas, acuerdos y condiciones sean establecidas y aceptadas por los padres y sus hijos.

Es importante recordar que cualquiera de los principios aplicados aquí no generan cambios inmediatos en la conducta del hijo, se necesita perseverancia, ya que por años el niño o adolescente ha encontrado que sus conductas inadecuadas han sido, continua u

ocasionalmente, efectivas para lograr sus objetivos; pero la firmeza de los padres llevará a que puedan anticipar los resultados de sus conductas buenas y malas y puedan lograr mayor autocontrol.

Intervención cognitiva

La autorregulación constituye uno de los pilares del tratamiento y las técnicas cognitivas son las más utilizadas para que los niños o adolescentes aprendan a regular su conducta. Por medio de estas técnicas se busca que el paciente articule la relación entre las conductas y las consecuencias. El niño o adolescente aprende a evaluar su conducta en relación con las normas de su ambiente. Se le enseña la importancia del lenguaje interno como variable reguladora de la conducta. Una de las técnicas más utilizadas es el entrenamiento en autoinstrucciones (Meinchenbaum y Goodman 1971, en De Corral 2003).

a) ENTRENAMIENTO EN AUTOINSTRUCCIONES

Esta técnica busca mejorar la autorregulación de la persona frente a ciertas tareas que exigen el control de la conducta — como la realización de tareas académicas. El objetivo es que el niño o adolescente aprenda a hablarse interiormente de manera que le resulte más fácil pensar y tomar conciencia de lo que hace o quiere hacer. Para que el paciente se acostumbre a utilizar las autoinstrucciones, se empieza promoviendo un mejor automonitoreo, lo que involucra que el paciente se vuelva un mejor observador de su propia conducta —también de sus

pensamientos y sus emociones—, a fin de que luego pueda realizar tareas muy sencillas que le permitan definir con facilidad la tarea o problema, pueda mantenerse concentrado en la realización de la misma y lleve a cabo una conducta siendo guiado por afirmaciones sobre los pasos a seguir. Este proceso debe concluir con un autorrefuerzo por la realización de la conducta deseada —ya sea por el éxito o esfuerzo realizado. Así se busca que el niño o adolescente se acostumbre a pensar en lo que dice o hace. Gradualmente, las sesiones se centran en la utilización de las autoinstrucciones —hablarse a sí mismo interiormente— en situaciones personales utilizando el *juego de roles* de forma que se pueda generalizar a situaciones específicas. A medida que avanza el programa, se le pide al niño o adolescente que utilice las autoinstrucciones en clase, con su familia o en otras situaciones problemáticas. Orjales y Polaino-Lorente (2002) sugieren que el entrenamiento en autoinstrucciones vaya evolucionando desde describir las autoinstrucciones en voz alta hasta dejar progresivamente que el niño incorpore un discurso encubierto que le indique paso a paso cómo realizar una tarea.

b) ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

El entrenamiento en tareas de solución de problemas se utiliza a lo largo de todo el programa de tratamiento. Su finalidad es el autocontrol a través de la creación de un mecanismo de

pensamiento secuencial. El niño no se toma el tiempo para considerar alternativas de solución a sus problemas debido al pobre control de impulsos. McEwan (1998) considera que es necesario entrenar no solo al paciente sino también a la familia en el proceso de identificar y solucionar problemas comunes. Para eso, el modelo plantea los siguientes pasos:

- Paso 1: Empezar identificando el problema.
- Paso 2: Obtener información del mismo con todas las personas involucradas.
- Paso 3: Redefinir el problema, aquí se puede cambiar el significado que se le suele atribuir (como terrible o imposible de manejar, por ejemplo).
- Paso 4: Elegir un resultado aceptable y que pueda ser concretizable (eliminando soluciones idealizadas o parciales).
- Paso 5: Generar alternativas de solución y evaluar las consecuencias de las diferentes alternativas.
- Paso 6: Establecer el plan detallándolo con todas sus características.
- Paso 7: Evaluar la efectividad del plan elegido y si no funciona elegir otra alternativa.

Otro objetivo terapéutico prioritario es el control de la irritabilidad. La frustración experimentada por los niños o adolescentes

facilita que expresen mucha agresividad, que además, son incapaces de controlar. El aprendizaje interno y regulador de su conducta, basado en las autoinstrucciones es de suma utilidad, así como las estrategias en la modificación de conducta, señaladas anteriormente. En muchas ocasiones se agregan elementos de cuestionamiento o reestructuración cognitiva para cambiar las creencias distorsionadas que pueden haberse consolidado en el paciente con los años.

Existen otras conductas problema asociadas en el paciente con TDHA: problemas de asertividad y habilidades sociales —más agresividad—; problemas para la expresión y manejo de la frustración y cólera; sentimientos de tristeza, dificultades en la autoestima y autoeficacia —por la constante crítica recibida y la vivencia de reiteradas experiencia de fracaso. Para esto, puede incorporarse al tratamiento el entrenamiento en habilidades sociales en el que se brindan pautas específicas sobre un conjunto de habilidades básicas, hacerlas ensayar en el consultorio y promover que las utilicen en espacios sociales hasta que se vayan generalizando. También se pueden enseñar al paciente técnicas de relajación para el control de impulsos y de la cólera; técnicas para el incremento de la autoestima y un trabajo en las emociones y formas en que está entendiendo el niño lo que vive, entre otros aspectos.

Si bien existen propuestas de tratamiento exitosas dentro de este enfoque, debemos decir que cada niño es único y como tal debe ser tratado en conjunto con su familia.

Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª edición revisada). Washington DC, 2000.

Beck, J. *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa, 2000.

Caro, I. *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Bilbao: DDB, 2007.

De Corral, P. "Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la hiperactividad". En Marino Pérez, José Fernández, e Isaac Amigo (coordinadores). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide, 2003. Pág. 5.

Friedberg, R. y McClure, J. *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Barcelona: Piados, 2005.

Kazdin, A. *Modificación de la Conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno, 1996.

Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A.. *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI, 1997.

McEwan, E. *The Principal's Guide to Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. California: Corwin Press INC, 1998.

Orjales, I. y Polaino-Lorente, A. *Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: CEPE, SL, 2002.

Serrano, I. "Tratamiento conductual de un niño hiperactivo". En F. Méndez y D. Macia (coordinador). *Modificación de conducta con niños y adolescentes*. Madrid: Editorial Pirámide, 1996. Pág. 15.

Smith, B., Barkley, R. y Shapiro, C. "Attention-deficit/hyperactivity disorder". En E. Mash y R. Barkley (Eds.). *Treatment of childhood disorders* (3rd ed). New York: Guilford Press, 2006.

Walker, J. y Shea, T. *Manejo conductual: un enfoque práctico para educadores*. (2da edición). México: Manual moderno, 2002.

8. TERAPIA EMOCIONAL PARA PERSONAS CON TDAH: LA IMPORTANCIA DE UNA NUEVA MIRADA

Manuela Tapia Cortese

*No puedo darte nada
que no haya nacido de ti mismo
No puedo mostrarte ninguna obra de arte
sino la tuya
Sólo puedo ayudarte
a que tu propio mundo te sea visible
Eso es todo*

Herman Hesse

Mariano tiene nueve años, sus notas han empeorado últimamente. Le cuesta más que a otros niños dar razón sobre lo que lee. Cuando suma y resta comete errores por descuido. La profesora debe estar siempre pendiente de él para que trabaje. Le cuesta seguir las instrucciones que se dan en clase. Aunque no abandona su asiento, siempre está moviendo sus manos o sus pies. Con los amigos, juega poco y cuando lo hace, se pelea con facilidad. Le cuesta mucho establecer vínculos significativos que perduren en el tiempo. En los recreos deambula por el patio, le es muy difícil proponer juegos y, más aun, seguir las reglas que otros proponen. Se frustra con mucha facilidad y abandona intempestivamente el trabajo que está haciendo si los resultados no son los que espera. El otro día, en casa, agredió físicamente

a la niñera porque no le pasó el cereal con la rapidez que él exigía. La madre dice que no sabe qué hacer, le preocupan las reacciones desmedidas de Mariano, su rendimiento y que no tenga amigos.

Andrea tiene 26 años, es estudiante de arquitectura, le cuesta mucho organizarse. Cuenta con una capacidad prodigiosa para imaginar las más sofisticadas obras de arte; pero difícilmente las plasma, y cuando lo hace, no logra entregar sus maquetas en las fechas establecidas: vive sumida en la constante postergación, por lo que sus calificaciones son comúnmente bajas. Andrea piensa a veces que se equivocó de carrera, que no tiene las habilidades suficientes para concretarla y ha pensado más de una vez en abandonarla. Esto le genera todo el tiempo una sensación de agobio.

Mariano y Andrea han sido diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) con predominio de inatención. El caso de Mariano es un esbozo de las conductas que presentan los niños con TDAH. En lo que respecta a Andrea, una mujer adulta, si bien las manifestaciones varían, el fondo es el mismo. En ambos casos, el TDAH produce una sensación de incapacidad con respecto a las expectativas del medio.

Las experiencias de ambos nos permiten ver con suficiente claridad cómo el TDAH —un trastorno de amplio espectro— tiene un impacto en la vida emocional de la persona afectada.

¿Qué entendemos por TDAH?

Se sabe que el TDAH es un trastorno neurológico basado en un déficit en la recaptación de dopamina y norepinefrina que son los principales neurotransmisores responsables de la atención; pero desde una perspectiva social, la cuestión surge de la relación del individuo con su entorno. Se sabe que un comportamiento es psicológicamente anormal cuando no responde a las expectativas de su medio. Pertenece a una cultura donde la información se ha convertido en el capital máspreciado en la actualidad; donde la tecnología y sus aplicaciones prácticas avanzan vertiginosamente. Estamos envueltos en una cultura que demanda precisión, alta concentración durante tiempos prolongados para emitir respuestas rápidas y acertadas. El error tiende a ser censurado y no es visto como una oportunidad, como sucede en otras culturas. Si bien las dificultades de atención y las manifestaciones del TDAH siempre han existido —y a este trastorno se le ha conocido en el mundo científico con diferentes nombres desde hace casi un siglo—, solo en los años ochenta se incluye en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III y luego DSM-IV). No obstante lo dicho, no es dable definir el TDAH como un trastorno producto

de nuestra cultura; pero este se hace más evidente ante los requerimientos y demandas de un mundo que avanza cada vez más rápido tornándose cada vez más competitivo.

Debido a la complejidad de este trastorno, la mayoría de especialistas coincide en que para el abordaje del TDAH es necesario un tratamiento multimodal basado fundamentalmente en “alcanzar objetivos diversos por medios diversos” (1). Este tratamiento estuvo centrado inicialmente en el individuo, para posteriormente adoptar un formato más amplio que involucra como parte de la terapia elementos del entorno más cercano del individuo, como el colegio y la familia.

Dentro de los tratamientos multimodales, Doris Ryffel-Rawak propone un método que se basa en tres pilares: la medicación, la psicoterapia y el coaching (este último, si la persona con TDAH tiene la edad y la madurez suficiente para asumir el trabajo, ya que requiere de cierto grado de voluntad y compromiso).

La importancia de la terapia para encarar problemas de TDAH

En esta oportunidad el tema que nos ocupa es la terapia emocional o psicoterapia aplicada a personas diagnosticadas con TDAH. La terapia emocional es necesaria, en primera

instancia, en tanto la autoestima de la persona diagnosticada se ve afectada. Se sabe que el TDAH significa, a nivel neuropsicológico, dificultad en las funciones ejecutivas. Comúnmente el TDAH suele reflejarse en el rendimiento académico de niños y adultos. Así visto, el TDAH se convierte en una amenaza para la autoestima del individuo. En segundo lugar, se requiere terapia emocional porque el TDAH es un trastorno con alta comorbilidad (2) en el que convergen otros trastornos de índole emocional, como la depresión (3), el trastorno negativista desafiante (4), los trastornos de conducta (5) y los trastornos de ansiedad (6).

Cuando hablamos de autoestima es importante considerar que esta implica varias dimensiones. En la medida en que las principales funciones afectadas por el trastorno en cuestión son la activación (iniciar acciones), la inhibición (bloquear impulsos) y la regulación (regular conductas, emociones, prestar atención, programar, organizar), es altamente probable que los individuos que presentan TDAH acumulen fracasos en su vida social, laboral o académica, afectando precisamente dichas partes de la autoestima.

Durante la niñez, la autoestima se configura a partir de los mensajes que se reciben del medio; representa esa relación que media entre lo que uno es y lo que las personas más

significativas esperan de uno. La relación se da de la siguiente manera: mientras más se acerca el sujeto a lo que esperan de él y más reconocimientos recibe, más elevada la autoestima; mientras más se aleje el individuo del modelo esperado y, por tanto, se exponga a recriminaciones y frustraciones, las probabilidades de construir una sólida autoestima disminuyen o se bloquean. Es común que sean los niños con TDAH los más expuestos a recibir retroalimentación negativa del medio, generándoles constantemente una sensación de lejanía con respecto a las expectativas que se tienen de ellos.

Lacan decía que el ser humano traslada la mirada de la madre para posicionarse dentro de la sociedad; es decir, la madre —el primer referente— resulta fundamental para la construcción del autoconcepto del niño y lo va a llevar a asumir una posición determinada en los diferentes espacios en los que se desenvolverá en la vida adulta. Esto, evidentemente, no es determinante; pero aclara, en cierto sentido, la relevancia de la madre o el cuidador primario en la configuración de la autoestima (7).

Lo emocional es una línea transversal presente en todos nuestros procesos cognitivos. Por lo tanto, todo aprendizaje tiene una carga emocional que mientras más positiva resulte, más significativo será el aprendizaje; mientras más negativa sea

la carga emocional, la tendencia a consolidar la experiencia disminuye. Todos nuestros procesos cognitivos (atención, memoria, retención y evocación, etcétera) se ven interferidos cuando algo en lo afectivo no anda bien.

La terapia emocional busca la transformación del desorden emocional y, como todo tratamiento requiere de un proceso; dispone de partes o etapas. He pensado varias veces en la siguiente analogía: el paciente llega con una cantidad de *barro* que, lejos de serle útil, representa su *malestar* porque no sabe qué hacer con él. Muchas veces, sobre todo al principio, no entiende lo que le sucede; no obstante, conforme el proceso terapéutico avanza, el paciente *descubre qué es lo que le sucede* y, de pronto, este barro adopta una forma, que puede ser, por ejemplo, un *recipiente*. Llegado a este punto, el proceso terapéutico (en adelante la terapia) debe apuntar a que este recipiente sea útil para el paciente, por ejemplo, convertirse en un recipiente que contenga agua para *regar las plantas*; es decir, este debe poder *ser productivo* y sentirse bien en el día a día.

Cuando se trata de niños, los padres que llegan a consulta presentan, en su mayoría, un alto nivel de angustia y ansiedad. Es importante resaltar que el impacto que tiene el diagnóstico de TDAH en un miembro de la familia, en la dinámica familiar, resulta desgastante en términos de tiempo, energía e incluso

dinero. En un número importante de estos casos, el funcionamiento familiar se ve alterado.

Padres e hijos frente a la terapia del TDAH

En el contexto de la terapia, son los padres quienes llevan al hijo a la terapia y, por lo tanto, quienes llevan la molestia del niño. En estos casos es importante aclarar que si bien son los padres quienes llevan al niño y manifiestan el problema, el espacio terapéutico es del hijo y no de los padres. Esto no quiere decir que el trabajo con ellos no sea importante; todo lo contrario, es una piedra angular del tratamiento. De hecho, el trabajo principal lo hacen los padres con el niño fuera del espacio terapéutico y bajo las indicaciones de la terapeuta, quien asume una labor de dirección y acompañamiento. El espacio terapéutico debe convertirse, en primera instancia, en un lugar confiable donde el paciente pueda manifestar sus inquietudes; y en segundo lugar, en un espacio donde se le muestre viable transformar aquello con lo que no está contento.

A diferencia de los niños, los adultos son quienes deben tomar la iniciativa de empezar una terapia emocional. En estos casos, lo primero que debe hacerse es informar a la persona sobre el TDAH, qué es lo que sucede a nivel neurológico y cuáles son sus repercusiones en el desempeño de la vida cotidiana y en los estados de ánimo.

Existe muchísima información a favor y en contra de la medicación para el TDAH, proporcionada en este último caso por personas sin conocimientos en el tema. Se ha dicho que los fármacos diseñados para tratar el TDAH producen adicción y se han hecho otras afirmaciones que están en contra de la evidencia científica actual y de la experiencia diaria con pacientes. Por esa razón, muchos de los adultos diagnosticados con el trastorno que nos ocupa expresan temor respecto de la medicación. Esto hace doblemente importante la necesidad de informar sobre el funcionamiento y beneficios de la medicación.

En el caso de los padres, existe un sentimiento de culpa que los lleva a sentirse responsables del trastorno del hijo y tienen la sensación de que el hijo *tiene una falla*. En estos casos, los padres son reticentes a que el hijo inicie un tratamiento medicamentoso, pues sería como aceptar responsabilidad ante esta *falla* (lo cual suele serles difícil). Lo complicado en estas situaciones es que la sensación de *falla* es transmitida la mayoría de veces a los hijos quienes, por su parte, se rehúsan a tomar la medicación. Cabe precisar que en la medida en que el TDAH es un trastorno hereditario, muchos de los padres que llevan a sus hijos a la consulta recuerdan con frecuencia haber estado expuestos a situaciones similares durante su infancia; y en la medida en que no fueron diagnosticados, piensan que sus

hijos, al igual que ellos, deben compensar de alguna forma sus dificultades. De lo que se trata, sin embargo, es de allanar el camino para que la energía de sus hijos esté destinada a construir y no a reparar.

Las explicaciones dentro de la terapia emocional solo tienen cabida en las primeras sesiones y deben estar ceñidas al tema del TDAH (causas, manifestaciones y consecuencias). Que así sea, permitirá que el propio paciente tenga un mayor entendimiento del trastorno. Posteriormente, lo que se busca es que el paciente aprenda a mirarse tal y como es, a fin de poder primero ordenar y luego transformar sus emociones. Por eso, se debe trabajar con lo que el paciente *lleve* al espacio terapéutico, puesto que se parte del principio de que aquello que manifiesta es lo que más le preocupa.

En los adultos diagnosticados con TDAH que no inician un tratamiento emocional a tiempo se registran cambios de ánimo repentinos; pueden pasar de la depresión a la euforia con mucha facilidad. “A medida que pasan los años, los estados depresivos toman protagonismo; los pacientes se retraen de la vida social, se desmotivan y les acompaña la desesperación. Estas reacciones emocionales conducen a problemas sociales, dentro de la familia y en el ámbito laboral. A mayor edad predominan

los síntomas depresivos, muchas veces descrito como un sentimiento de vacío” (8).

En el caso de los niños existe una demanda importante por parte de los padres con respecto al tratamiento. Muchas veces me he topado con la fantasía de los padres de que el espacio terapéutico es una suerte de *toma y dame*; donde ellos pagan por un *servicio* que debe otorgarles una rápida recuperación de la *inversión* en un tiempo que ellos consideran aceptable o pertinente. Para los terapeutas, una de las primeras tareas es trabajar la tolerancia en los padres, ya que se trata de respetar el ritmo del niño y no de repetir el patrón que este trae de otros contextos, como es vivir bajo la presión permanente de las expectativas surgidas de otros individuos de sus diferentes entornos (padres, profesores, amigos, familiares, etcétera).

El fin último de la terapia emocional para personas con TDAH, niños o adultos, con o sin otros trastornos, es generar un espacio para reconocerse a sí mismos, aceptarse y crear una mirada propia que les permita, en lo posible, explorar distintas formas de abordar sus problemas; y a través del vínculo con la terapeuta, trasladar las experiencias positivas del espacio terapéutico a la vida cotidiana. La terapia emocional proporciona la oportunidad de una nueva forma de ver la vida, con lo ojos de quien se ha encontrado a sí mismo.

Referencias bibliográficas y notas

- (1) Scandar, Rubén O. *El niño que no podía dejar de portarse mal*. Buenos Aires: Distal, 2003. p.147.
- (2) Según la organización Mundial de la Salud (OMS), comorbilidad es la coexistencia de más de un trastorno en el mismo individuo.
Fuente:
http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- (3) La depresión es un trastorno del estado de ánimo cuya característica principal es la alteración del humor, la forma de pensar y de concebir la realidad.
- (4) El trastorno negativista desafiante, normalmente diagnosticado en la niñez, se caracteriza por comportamientos no cooperativos, desafiantes, negativos, irritables y enojados hacia los padres, compañeros, maestros y otras personas en posición de autoridad.
- (5) Los trastornos de conducta son una alteración del comportamiento, que a veces es diagnosticada en la infancia, caracterizada por un comportamiento antisocial que viola los derechos de otras personas y las normas y reglas adecuadas para la edad.
- (6) Los trastornos de ansiedad son un grupo de síndromes caracterizados por síntomas de preocupación excesiva, miedo intenso, hipervigilancia y síntomas somáticos o cualquiera de estos, en ausencia de una situación peligrosa.
- (7) Ciertamente, el peso de la relación madre-hijo, sobre todo en sus etapas primarias, resulta crucial para la formación de la personalidad, estructura psicológica y capacidad cognitiva del infante. Sin embargo, como me indica mi amiga Olivia Delerna, esta relación no tiene por qué resultar determinante para que el individuo —que movilizándolo ciertos recursos intelectuales, morales y afectivos— pueda acercarse y eventualmente alcanzar la plenitud emocional, espiritual y sociolaboral, en las posibilidades diversas que le permiten sus recursos y habilidades.
- (8) Ryffel-Rawak Doris. *Coaching del TDAH en los adultos*. Janssen-Cilag. s/f. p. 5.

9. EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TDAH DESDE EL PUNTO DE VISTA DE UNA MAMÁ Y SU LABOR DE PROMOCIÓN EN EL COLEGIO

Maya Echegaray

Después de un largo trajinar fue todo un alivio escuchar de un prestigioso profesional que mi hijo padecía de algo. Me había pasado los siete de años de su vida entre consultas médicas y terapias. A pesar de todos estos intentos e iniciativas, no veía un resultado satisfactorio y, por lo tanto, no quedaba convencida de haber resuelto el supuesto problema que intuitivamente sospechaba que mi hijo tenía. Así que gracias a esa intuición maternal, seguía a la espera de encontrar la respuesta que quería escuchar: “su hijo tiene esto o lo otro”. Esta constancia me llevó a una búsqueda incansable que duraría años, hasta que llegué donde un neurólogo pediatra quien lo diagnosticó con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, denominado TDAH, y cuyo nombre escuché por primera vez aquel día en su consultorio.

Mientras el doctor nos hacía las mil preguntas, se me pasaban muchísimas escenas por mi cabeza. Sentía que ¡todo cobraba sentido!, y que había estado viviendo y sufriendo en las tinieblas de la ignorancia. Tuve sentimientos encontrados: por un lado,

cierto grado de culpabilidad por no haber llegado antes a este lugar, que en ese momento lo percibía como el cielo mismo; y, por otro lado, tuve una sensación maravillosa al descartar mi locura, porque para ese entonces ya estaba cuestionando mi *cordura*, pensaba que estaba enloqueciendo al buscar una patología para mi hijo. En más de una oportunidad, familiares, amigas e inclusive un par de médicos me sugirieron o dijeron directamente que estaba muy obsesionada con el tema y que Joaquín era un chico de lo más normal, con lo cual podía suponer que era yo la que necesitaba un diagnóstico y no mi hijo.

El escuchar que Joaquín tenía el TDAH fue la apertura de una nueva puerta en nuestras vidas, una llena de esperanza por cierto. Comprendimos que había mucho por entender y por explorar, la información dada por el médico era muy vasta, y no la podíamos digerir ni retener en su totalidad en tan solo una consulta. Por lo tanto, sentimos una gran responsabilidad frente a lo descubierto. Lo que sí entendimos es que como padres éramos el principal soporte de la evolución de nuestro hijo. La primera tarea a asumir era cumplir con el tratamiento que suponía la medicación del niño, lo cual —confieso—, me tomó por sorpresa, porque no se me había pasado por la cabeza, y menos que tenía que hacerlo por un tiempo largo. Pero era ya tanto el cansancio que sentía en ese momento que no dudé ni

un segundo en cumplir con lo prescrito, además estaba totalmente abierta a intentar una alternativa diferente, pues lo tenía muy claro: mi hijo y yo necesitábamos ayuda. Ya llevábamos siete años de aguante.

Haciendo un poco de historia, y esto para describir el significado de este aguante que señalo, me permitiré contar lo que hasta ese momento veníamos compartiendo con mi niño. Desde que Joaquín nació fue un niño muy demandante, necesitaba permanentemente mi atención, mucho más que cualquier otro bebe. En muchas ocasiones, al observar el comportamiento de otros bebes, pensaba en la suerte de esas madres por tener bastante menos trabajo que yo con sus hijos. Uno de los argumentos que elaboraba para justificar su comportamiento diferente era la dificultad que tuvo al nacer y que esta podía ser una razón muy válida para que se muestre con tanta ansiedad. Era un bebe muy llorón, durante los primeros cuatro meses lactaba cada hora durante el día y la noche. Era muy sensible a los ruidos, casi no los toleraba y hacerlo conciliar el sueño se convirtió en una tarea de titanes.

Según iba creciendo me daba cuenta de que presentaba algunas peculiaridades, como cambios repentinos de humor, incluso aún siendo bebe le decían el molestadito porque casi nunca sonreía ni le gustaba que extraños le hicieran algún

mimo, y menos un comentario cuando ya estaba más grande. Así, con un poco de trabajo mental, porque en verdad no me resultaba nada fácil, comencé a asumirlo tal como era y a adaptarme a su forma de ser. Me di cuenta de que tenía que anticiparle el día o la actividad siguiente a realizar. No le era fácil enfrentar una situación nueva, tampoco sociabilizar. No toleraba estar solo, y me refiero dentro de casa, siempre demandó la presencia de alguien a su lado. Tenía que ser muy creativa para conducirlo, pero nunca llegué a elaborar un patrón, sus reacciones eran siempre imprevisibles ante cada acontecimiento. Esto, obviamente, era un gran trabajo mental para todos los que lo rodeábamos. Esto obligó a que fuera su intérprete frente a los demás, porque era difícil entenderlo. Hasta del nido me llamaban por teléfono y tenía que pedir la descripción del contexto para poder saber cuál era el posible motivo de su llanto, que se había originado sin causa aparente alguna.

Con el pasar del tiempo, llegó el momento de ingresar al segundo grado. Este ingreso fue muy significativo. Cuando terminó el primer grado, su profesora me recalcó muchísimo que si él no tenía un refuerzo académico durante el verano, empezaría el segundo grado en blanco, es decir, como si nunca hubiera aprendido algo. Con esta advertencia, un día de febrero decidí sentarme con él para hacer el repaso, con anticipación al

inicio del segundo grado. Ese día fue el más frustrante de mi vida.

Durante el primer grado, nunca tuve necesidad de hacer esto porque tuvo una profesora muy competente que lo marcaba mucho y quien, al escuchar ciertas dificultades que tenía con él, me dijo que ella sabría cómo manejarlo y que yo me desentendiera, porque era mejor que tuviera buena calidad de tiempo con él y no me desgastara con las tareas del colegio. La verdad es que su recomendación fue la mejor que pude haber recibido.

Aquel día de febrero me di cuenta de que Joaquín no podía leer correctamente, lo hacía con mucha lentitud, se saltaba palabras, oraciones, no podía entender las instrucciones, respondía de forma totalmente inconcebible, lo que me daba a entender que su cabecita funcionaba de una manera tan distinta, que entendía las cosas de la manera opuesta, que para escribir una línea no solo invertía demasiado tiempo sino también demasiados lápices y papeles, en fin, me dejaba siempre interrogantes abiertas. Esto provocó una falta de manejo de mi parte y perdí la paciencia muchísimo, llevándonos a una escena irrepetible. Yo nunca dudé, ni ese día, de su capacidad. Es un niño muy inteligente, con una gran capacidad de análisis y muy seguro de sí mismo, nunca daba una opinión si no estaba totalmente seguro, su

sentido de ubicación era impresionante y se mostraba muy hábil y ávido para aprender cosas nuevas. Su manejo del lenguaje era extraordinario.

Sin embargo, había algo que no encajaba y esto hizo que el acelerador de mi motor fuera apretado a fondo. En ese entonces, por tercer año consecutivo, Joaquín terminaba un período de psicoterapia. Así que decidí volver a evaluarlo y me recomendaron una terapia de lectoescritura, que empezó de inmediato. Yo veía que este sistema lo iba a ayudar poco y que además yo no recibía las herramientas necesarias para conducirlo, por lo que mi angustia iba creciendo aún más. Teníamos muchos episodios de malos entendimientos y el desgaste anímico era terrible.

En estas circunstancias, un día entré a la web, cosa que no había hecho antes, y me contacté telefónicamente con dos psicólogas que me hicieron sentir de inmediato que sabían de lo que yo estaba hablando. Al pedirles citas, las dos y cada una por su cuenta, me dijeron que no podían recibirme sin una evaluación neurológica previa, y me derivaron las dos, donde el doctor que le diagnosticó el TDAH.

El diagnóstico me derivó al tratamiento inmediato sin dudarle un segundo. Empezamos con la medicación: metilfenidato; a la

semana de iniciarla, Joaquín mismo notó la gran diferencia, a tal punto que el séptimo día me dijo: Mamá, ¿por qué ahora puedo y antes no podía? Fue el momento oportuno para empezar a explicarle lo que le estaba sucediendo. Desde aquel entonces, se responsabilizó totalmente en la toma de las pastillas. Los meses siguientes fueron de grandes progresos, se convirtió en el mejor alumno del bimestre, entró a competir con los mejores alumnos de su clase —algo nunca esperado— y logró ser el ganador, sensación que nunca antes había estado en su diccionario emocional. Lo más impresionante de todo es que en la competencia que duró dos meses contaba con el respaldo de sus compañeros de clase, se sentía en el cielo, el reconocimiento de los otros era lo mejor que le estaba pasando.

Todo esto ayudó a que su estima personal comenzara a mostrarse y, por lo tanto, mejorara su tan debilitada sociabilización. Por supuesto, y con el dolor de mi corazón, la batalla aún no estaba ganada. No pude cantar victoria y tengo que reconocer que de algún modo me dormí en mis laureles. Pensé que gran parte del problema ya estaba totalmente superado y me relajé en cuanto a hacer el seguimiento de sus tareas y poner ciertos límites a su conducta, porque luego comenzó a mostrar algunos comportamientos que ya se habían dejado ver anteriormente y que necesitaban ser modificados: oposicionismos desafiantes, explosiones inútiles, desatención

total. Así que, ante esta aterrizada a la realidad, con la ayuda del neurólogo procedimos a someterlo a una terapia conductual que nos está ayudando muchísimo, a él y a mí. Reconozco que yo también tengo mucho que aprender.

En todo este proceso me he dado cuenta de que el rol de los padres, y sobre todo de la madre —y no lo digo por *mandarme la parte*—, es crucial. La madre es el motor de la formación de los niños, y si tiene TDAH este rol tiene que ser necesariamente intensificado. Estos niños requieren de mucho más atención y seguimiento, si no, nada se podrá modificar. La madre es la conductora de su tratamiento, de su mejoría y es la informante del funcionamiento de este niño en su entorno social. Comprendí que si no asumía este rol poco podía ayudar a mi hijo, y el médico me lo enfatizaba siempre. Creo que lo logré entender gracias a su persistencia. Las madres no siempre estamos dispuestas a escuchar y menos a aceptar las deficiencias de nuestros hijos. Comprendí también que este tema tenía que ser de difusión pública. Para empezar era imprescindible que su profesora tuviera un conocimiento cabal de este problema. Ella era quien más horas del día pasaba con mi niño y necesitaba tener ciertas herramientas a la mano para ayudarlo. Así que me decidí a involucrarla en este proceso.

La profesora y yo, gracias a su gran apertura, nos dimos cuenta de que muchas de las características que Joaquín presentaba eran comunes en otros niños de la clase, y se mostró muy agradecida. Le entregué algunas publicaciones y procedí a pedir una cita con la directora de infantil, con el director del colegio y con la psicóloga. Quería que aceptaran esto como un problema ineludible y como una obligación de atenderlo, ya que tener a un niño sin el tratamiento adecuado en clase perjudica el aprendizaje de los otros niños también.

Paralelamente a este proceso escolar, decidí que yo también debía contar con herramientas para manejar a mi niño. Me enteré de la existencia de la Asociación Peruana de Déficit de Atención y me inscribí en un taller de coaching dirigido a profesoras, psicólogas y madres de familia. Este fue otro gran acierto que ayudó muchísimo a mi hijo, pues allí aprendí muchas pautas para lograr que él pueda manejarse consigo mismo. En este taller, que me ayudó en gran medida a comprender este trastorno y a no verlo como un enemigo sino como mi compañera de vida, decidí que de la misma manera que yo estaba recibiendo una ayuda, debía ayudar a los demás. Se me venían varios nombres a la cabeza y pensé que algo se podría hacer para que no la pasaran mal muchas mamás y muchos niños. Y qué mejor que hacer esta labor con la ayuda del

colegio, que es donde más se evidencian los síntomas de este trastorno.

En este afán y con la ayuda de la asociación, logramos que el colegio permitiera la capacitación de los profesores para sensibilizarlos ante este problema que tanto afecta la autoestima de las personas que lo padecen, ya que no pueden demostrar todo lo que saben. El TDAH puede ocasionar deserción en el aprendizaje, esto ocurre sobre todo en la universidad, cuando los chicos sienten que no pueden rendir de acuerdo a su capacidad y se van aburriendo en el camino. Esto a la vez puede ocasionar algún tipo de depresión por sentirse incapaz de *funcionar* como se espera.

Lo que a todas luces está probado es que una persona con TDAH puede evolucionar de la misma forma que una persona que no lo tiene, la diferencia la marca el contar con un diagnóstico certero y oportuno, que le permita ponerse en marcha para aceptarse como es y trabajar su deficiencia de la manera más constructiva posible. Esta tarea es ardua, permanente y ha de ser incansable, ya que requerirá de mucho tiempo y comprensión por parte de todas las personas que lo rodean.

Para mi sorpresa, Joaquín no era el único con TDAH, su hermano, su padre y yo también lo tenemos. A distintas edades y en distintas etapas de la vida, sentimos que el diagnóstico ha sido crucial para entender muchísimos comportamientos anteriores; sin embargo, es importante saber que hay muchas cosas que pueden ser modificadas y que los esfuerzos siempre dan sus frutos.

Finalmente, está muy claro que esta empresa requiere de todo un trabajo en equipo de padres, familiares, profesores y todos los demás profesionales. También es necesaria una gran sensibilización para poder ayudar a todos quienes lo padecen. La tarea es para todos.

Datos de los autores

Armando Filomeno Edwards

Egresado y docente de Cayetano Heredia, especializado en neurología y neuropediatría en la Universidad de Rochester y en Johns Hopkins. Miembro de la Junta Asesora Profesional del AD/HD Global Network; neurólogo asesor de la Asociación Peruana de Déficit de Atención (APDA), de la Asociación Síndrome de Tourette del Perú y de la Asociación de Familias Peruanas con Miembros Asperger.

Correo electrónico: armandofilomeno@yahoo.com

Virginia Bákula de Idiáquez

Licenciada en Psicología. Estudió en la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). Trabaja como psicóloga de secundaria en el Newton College de Lima.

Correo electrónico: vbakula@terra.com.pe

Camila Fosca Bakula

Licenciada en Educación, especialista en lenguaje y aprendizaje por la Universidad Femenina del Sagrado Corazón (UNIFÉ), con Master en Dirección de Centros Educativos por el Centro Universitario Villanueva adscrito a la Universidad Complutense de Madrid.

Correo electrónico: camilafosca@gmail.com

Iliana Chian Chang

Licenciada en Psicología, con mención en Psicología Educativa, por la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). Actualmente se desempeña como Jefa del Departamento de Psicología del Colegio Newton.

Correo electrónico: ichian2000@yahoo.com

Beatriz Duda Macera

Coach graduada en la International School of Coaching (Coachville, Barcelona), diplomada en Coaching y Consultoría por la Universidad Ricardo Palma y con formación en el Coaching para el TDAH en los Cursos Avanzados de Nancy Ratey, Jodi Sleeper-Triplett y Sandy Maynard (Dallas 2005; Chicago 2006; Washington 2007). Presidenta de la Asociación Peruana de Déficit de Atención (APDA)

Correo electrónico: beatriz@deficitdeatencionperu.com

Cecilia Chau Pérez Aranibar

Doctora en psicología. Psicoterapeuta de orientación conductual cognitiva. Docente del Departamento de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP).

e-mail: cchau@pucp.edu.pe

Mónica Cassaretto Bardales

Licenciada en Psicología. Psicoterapeuta de orientación conductual cognitiva. Docente del Departamento de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP).

e-mail: mcassar@pucp.edu.pe

Manuela Tapia Cortese

Licenciada en psicología por la Universidad Femenina del Sagrado Corazón (UNIFÉ). Psicóloga del Colegio Santa Úrsula (inicial y primeros grados). Psicoterapeuta. Miembro de la Asociación Peruana de Déficit de Atención (APDA).

Correo electrónico: manuelatapia@gmail.com

Maya Echegaray León

Abogada graduada en la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). Graduada en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Barcelona. Con estudios en la International School of Coaching (Coachville, Barcelona). Vicepresidenta de la Asociación Peruana de Déficit de Atención.

Correo electrónico: maya@deficitdeatencionperu.com

APDA
ASOCIACIÓN PERUANA DE DÉFICIT DE ATENCIÓN

