

**¿POR QUÉ SE HABLA TANTO DEL TDAH?
CONOCER AYUDA A COMPRENDER**

Inmaculada Moreno García

*Profesora titular del Área de Personalidad, Evaluación y
Tratamiento Psicológico.
Universidad de Sevilla*

I. INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención se encuentra entre los desórdenes psicológicos más investigados en las últimas décadas. La descripción realizada por Still, en 1902, de un síndrome que incluía, entre otros síntomas, excesiva actividad motora, impulsividad y desinhibición marcó el inicio del interés científico por este trastorno. Desde entonces numerosas disciplinas han abordado su estudio a partir de perspectivas conceptuales diversas, objetivos dispares y planteamientos metodológicos y técnicos no siempre coincidentes. En cualquier caso, se admite que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) tiene su inicio en la infancia y constituye un *“trastorno universal de inhibición, atención y autocontrol que se observa en todos los países y culturas”* (Barkley, 2005, pág. 13). Aparte de las dimensiones y afectación grave que conllevan sus síntomas característicos y asociados, probablemente sea este carácter universal, más allá de limitaciones geográficas y/o culturales, uno de los factores que explican tanto el interés despertado desde hace décadas por su estudio e investigación como la divulgación social y profesional experimentada en los últimos tiempos.

Las investigaciones realizadas han determinado e influido en la conceptualización y denominación del TDAH y han aportado, asimismo, datos para el conocimiento actual sobre el curso y pronóstico de los síntomas característicos y asociados. Se han desarrollado, por otra parte, distintos instrumentos y pruebas de evaluación con el propósito de avanzar hacia el diagnóstico diferencial del trastorno. Es ingente, asimismo, el volumen de investigación acumulado sobre el tratamiento farmacológico, habitual opción terapéutica de primera elección. Desde la perspectiva psicológica los estudios sobre el impacto y disfuncionalidad asociada al TDAH en el propio niño afectado y en su entorno familiar y escolar, así como las investigaciones que atienden a la eficacia de los tratamientos conductuales-cognitivos y sus resultados en el contexto de terapias combinadas constituyen líneas de trabajo en las que se concentran numerosos esfuerzos en la actualidad. Pese a ello, aún existen interrogantes abiertos que ocupan gran interés y esfuerzo científico, especialmente, en dos ámbitos destacados: etiología del trastorno y terapéutica. No cabe duda que los progresos del futuro, concentrados en estas áreas permitirán avanzar notablemente tanto sobre indicadores biológicos y psicológicos como en la identificación y diseño de protocolos terapéuticos eficaces.

Sin embargo, a pesar del reconocimiento científico y profesional que acompaña al TDAH, considerado una de las alteraciones psicológicas más frecuente en la infancia y la adolescencia (Brown, 2003; Barkley, 2004), este trastorno continúa, paradójicamente, siendo desconocido e incomprensido, tal como indica Barkley (2005). Las razones de esta circunstancia hay que buscarlas entre otras cuestiones en: *a)* sintomatología y manifestaciones características, *b)* ausencia de marcadores objetivos que identifiquen su presencia de manera fiable y *c)* dispersión de recursos y esfuerzos, no siempre coordinados, emprendidos sectorialmente por entidades e instituciones científicas, profesionales y sociales.

Los niños hiperactivos presentan comportamientos que se observan con frecuencia en la población normal infantil, en menores no afectados por este trastorno, motivo que explica, entre otras razones, la incertidumbre que suele acompañar el diagnóstico. No cabe duda que la conducta problemática tal y como podemos observarla es normal, ahora bien, hemos de tener en cuenta que el diagnóstico e identificación de los niños afectados no se establece únicamente en términos de presencia o ausencia de los problemas característicos (sobreactividad motora, inquietud, desobediencia, etc.). Tiene en cuenta, además, otros criterios relacionados con la frecuencia, intensidad y gravedad de los mismos, su persistencia y duración, la solidez y consistencia del comportamiento habitual y la repercusión y afectación adversa de la vida académica, social y familiar (Moreno y Severa, 2002). Como indica Brown (2006) la diferencia entre las personas diagnosticadas con TDAH y aquellas que no padecen este trastorno está en el grado, en la disfunción causada, en el deterioro generado.

En todo caso, lo cierto es que aún hoy permanecen inalterables desde su formulación los síntomas primarios. En la actualidad es unánime el consenso acerca de estas características fundamentales, a saber; *dificultades atencionales*, reflejadas en los problemas observados en los niños afectados para lograr y mantener la atención, *impulsividad* y *excesiva actividad motora*. Por otro lado, como se sabe, el diagnóstico actual del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (DSM-IV-TR) (APA, 2000) contempla cuatro subtipos según el predominio durante seis meses bien, de síntomas de desatención (*Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo con predominio de déficit de atención*), bien de hiperactividad-impulsividad (*Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo con predominio hiperactivo-impulsivo*) o de ambos tipos, atencionales e hiperactivos-impulsivos (*Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo combinado*). Por último, si el niño presenta síntomas de desatención o de hiperactividad-impulsividad pero no cumple los criterios anteriores puede diagnosticarse como *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado*. En los últimos años, el interés de la comunidad científica se ha centrado fundamentalmente en los subtipos inatento y combinado (Baeyens, Roeyers y Walle, 2006) debatiéndose en la actualidad la cuestión de si se trata de dos subtipos diferenciados, con entidad propia o si, en realidad, son parte del mismo trastorno (Hins-haw, 2001; Bauermeister, Matos, Reina, Salas, Martínez, Cumba y Barkley, 2005). Desarrollos recientes en este sentido se han interesado por estudiar las siguientes cuestiones: *a*) prevalencia, comorbilidad y perfiles psicopatológicos de acuerdo con el subtipo identificado, (Capdevila, Artigas y Obiols, 2006), *b*) perfil social diferenciado según se trate de uno u otro tipo de TDAH diagnosticado (Lora y Moreno, 2008), *c*) impacto diferencial del trastorno en cada subtipo (Escobar, 2008) y *d*) desarrollo de propuestas de intervención específicas, adaptadas según se trate de tipo inatento, hiperactivo-impulsivo o combinado (Lora, 2007).

II. AVANZANDO HACIA LA COMPRENSIÓN DEL TRASTORNO

En la actualidad la descripción sintomatológica del TDAH queda fuera de dudas, no obstante, la comprensión del trastorno requiere centrar la atención en los comportamientos de los niños afectados y delimitar los aspectos que les caracterizan. En este sentido, es posible precisar las siguientes cuestiones, (Moreno, 2008):

- a. Los niños hiperactivos no responden a un único e idéntico perfil conductual, constituyen un grupo muy heterogéneo. No todos los afectados muestran la totalidad de los síntomas conocidos, ni tampoco en todos los casos éstos síntomas son los mismos, de ahí las dificultades encontradas al intentar acotar y comprender el TDAH como una entidad uniforme en cuanto a sintomatología y manifestaciones clínicas.
- b. Aunque no es posible, como se ha mencionado anteriormente, dibujar un perfil unitario que integre a todos los afectados, sí es factible delimitar las áreas en las que mayormente se concentran sus dificultades. Se trata esencialmente de problemas conductuales, dificultades cognitivas, problemas escolares, alteraciones en el ámbito social y problemas emocionales.
- c. Los menores hiperactivos tienen dificultades para autorregular su comportamiento y controlar los impulsos. De alguna manera, como señala Barkley (1990), si hemos de buscar algún denominador común a estas alteraciones características ese es *el déficit que tienen estos niños para inhibir su conducta y satisfacer las exigencias y demandas ambientales del momento*. Por este motivo despliegan excesiva actividad que habitualmente es irrelevante para la tarea o actividad que han de realizar. Asimismo, la conducta que muestran apenas guarda relación con las demandas situacionales y ambientales que se les plantean.
- d. Por otro lado, las conductas problemáticas y disruptivas que muestran estos niños no se deben a intentos deliberados e intencionados por fastidiar y molestar a padres y profesores. Tampoco son, como a veces se indica, perezosos e inconstantes en el trabajo escolar, alternando períodos de rendimiento con etapas de fracaso, de forma intencionada. Al contrario, hay que tener en cuenta que esta circunstancia responde a sus dificultades para mantener la atención y persistir en el esfuerzo que las tareas académicas requieren.
- e. Asimismo, las dificultades para prestar y mantener la atención característica no se deben a falta de voluntad o incluso, a desmotivación para el aprendizaje. Numerosas investigaciones han constatado que las personas afectadas por TDAH tienen un deterioro crónico de la atención, de ahí que sean incapaces de concentrar y mantener la atención en las tareas o actividades propuestas o en persistir en el esfuerzo exigido. Estos problemas de atención se concentran en áreas relacionadas con la organización y comienzo del trabajo, mantenimiento de la alerta, empleo de la memoria de trabajo, control emocional e inhibición conductual, (Brown, 2006).
Dada la naturaleza crónica de sus dificultades atencionales requieren tutorización académica continuada, apreciándose que sus problemas de rendimiento se concentran especialmente en las materias de lengua (lectura, escritura) y matemáticas. Los fracasos en este ámbito unido al escaso reconocimiento que obtienen tras el esfuerzo realizado, mayor que el de sus compañeros, para resolver las tareas y ejercicios escolares pueden originar rechazo y desmotivación por el aprendizaje escolar.
- f. Por otro lado, las investigaciones han puesto de manifiesto que las personas con diagnóstico de TDAH tienen más probabilidad que aquellas que no presentan este trastorno de sufrir otros trastornos y alteraciones mentales a lo largo de su vida. Entre los trastornos comórbidos habituales se encuentra

el trastorno negativista desafiante (desafío, hostilidad, negación, discusiones frecuentes con adultos etc.), trastorno de conducta (comportamientos que vulneran derechos de otras personas o normas sociales consensuadas) y trastornos del aprendizaje (trastorno de la lectura, escritura y cálculo). Estos últimos muestran un nivel elevado de asociación especialmente con el subtipo TDAH con predominio déficit de atención. Son frecuentes, asimismo, los trastornos de ansiedad y trastorno del estado de ánimo.

- g. Por otro lado, el trastorno hiperactivo conlleva un riesgo muy elevado de afectación de la autoestima y competencia personal debido, entre otras razones, a las frustraciones y fracasos que estos niños acumulan diariamente cuando no responden satisfactoriamente a las demandas y expectativas de su entorno familiar y escolar. Su comportamiento desorganizado, caótico, unido al escaso éxito que obtienen en tareas y actividades que requieren inhibición y atención suscita frecuentes críticas de padres y profesores, amén de rechazo por parte de los iguales. Sin duda alguna, estas reacciones y fracasos reiterados contribuyen a acentuar su vulnerabilidad hacia otros problemas y dificultades.
- h. Los niños diagnosticados con TDAH sufren alteraciones y, en ocasiones, trastornos del lenguaje, circunstancias que complican su comunicación efectiva con adultos y compañeros. Entre las dificultades y complicaciones más comunes observadas en este ámbito se incluyen las siguientes: a) Interrupciones frecuentes y comentarios irrelevantes en conversaciones espontáneas, b) Dificultades para hilvanar los temas e intercambiar opiniones de manera que sea posible una conversación fluida, c) Problemas para expresar, concretar y ajustar su lenguaje a la temática y al oyente con el que pretende comunicarse, etc.
- i. Debido a la impulsividad y limitaciones características para inhibir su comportamiento los menores hiperactivos tienden con más frecuencia a sufrir accidentes y lesiones. Con frecuencia los padres informan que no se detienen a pensar antes de actuar y tampoco anticipan las consecuencias de aquello que desean hacer en ese preciso momento. En consecuencia, se exponen con más frecuencia que los niños no hiperactivos a situaciones potencialmente peligrosas pues, en definitiva, su comportamiento no está mediado por la previsión de consecuencias adversas como accidentes, caídas, lesiones, etc.
- j. Los comportamientos provocativos, oposicionales, hostiles, desafiantes, unido a la desobediencia, incumplimiento de obligaciones familiares, escasa colaboración y cooperación en tareas y responsabilidades familiares generan conflictos y tensiones frecuentes en la familia, circunstancias que deterioran significativamente las relaciones padres-hijo con TDAH.
- k. Asimismo, los menores hiperactivos mantienen relaciones conflictivas y hostiles con profesores y compañeros. Con frecuencia, debido a sus limitadas habilidades y destrezas sociales, sufren rechazo de sus iguales. Suelen ser mal aceptados y excluidos de actividades sociales debido a sus comportamientos impulsivos, intolerantes y, con frecuencia, agresivos. El efecto del trastorno en la adaptación social constituye una de las principales preocupaciones e inquietudes de los padres.

- I. Por otro lado, son notorias las dificultades que los niños con diagnóstico de TDAH muestran para inhibir los sentimientos y regular sus emociones en situaciones y acontecimientos que sí lo harían otros niños de su edad, no hiperactivos. Se trata de menores muy emotivos y sensibles, dando la impresión de cierta inmadurez emocional. Asimismo, su umbral de tolerancia a la frustración es muy bajo, lo que se traduce en reacciones desproporcionadas de ira, enfado o irritabilidad ante ligeras críticas o frustraciones. Por otro lado, también muestran disminuida la capacidad para demorar las gratificaciones inmediatas y para organizar y planificar posibles alternativas de solución a los obstáculos que encuentran en su vida cotidiana.
- II. En aquellos casos en los que a las deficiencias atencionales se añade el comportamiento persistente, disruptivo y problemático, en casa y en el colegio, se requiere ayuda sistemática y prolongada de padres y profesores que previamente han recibido formación específica en principios y técnicas de modificación de conducta. Con este propósito se han desarrollado programas de entrenamiento eficaces para padres con niños hiperactivos y desafiantes (Barkley, 1987).

III. ¿POR QUÉ SE HABLA TANTO DEL TDAH?

Lógicamente las aportaciones y hallazgos científicos, aún cuando constituyen el pilar fundamental para la comprensión del TDAH, no bastan por sí solos para explicar la difusión y conocimiento que la sociedad tiene en la actualidad sobre este trastorno, tanto es así que, en ocasiones, se le denomina como un trastorno de moda.

Sin embargo, al intentar responder a la cuestión planteada en el título de este capítulo *¿Porqué se habla tanto del TDAH?* hemos de tener en cuenta distintos factores. En líneas generales es posible diferenciar tres grupos de influencia:

- 1) *Aportaciones y hallazgos científicos.*
- 2) *Características, naturaleza del trastorno y prevalencia.*
- 3) *Reconocimiento social e institucional.*

Con frecuencia las personas relacionadas directa o indirectamente con este trastorno; afectados, familiares, profesionales implicados en la investigación de alguno de los ámbitos de estudio de interés o en su tratamiento, coinciden en señalar que se trata de un desorden reconocido a nivel asistencial y conocido socialmente. Algunas de las razones que explican estas circunstancias son las siguientes:

- I. Se trata de un trastorno cuyo estudio, valoración, tratamiento, manejo y análisis trasciende a un único campo o disciplina profesional. Profesionales de la medicina, psicología, educación, etc. e incluso, dentro de estas áreas, expertos de distintas especialidades o ramas sanitarias y psicológicas intervienen directa o indirectamente, evaluando, diagnosticando y tratando las alteraciones características y complicaciones asociadas al TDAH. Dada la naturaleza multifactorial del trastorno hiperactivo-atencional, la heterogeneidad sintomatológica que le caracteriza, así como su impacto adverso en dis-

tintas áreas y ámbitos de funcionamiento individual (familia, colegio, grupos de iguales, etc.) y la respuesta clínica favorable asociada al tratamiento farmacológico y psicológico en muchos casos, explican, entre otros factores, que profesionales diversos sean consultados e intervengan para controlar los síntomas característicos y aminorar las complicaciones asociadas.

2. Comorbilidad asociada. Numerosos estudios han puesto de manifiesto que el TDAH no se corresponde con un trastorno que cuenta con síntomas nucleares únicos (Biederman, Faraone y Lapey, 1992, Martínez-León, 2006). La presencia de sobreactividad, impulsividad y déficit atencional converge en numerosos casos con otros trastornos y alteraciones, sin olvidar que, además, estos síntomas aparecen como secundarios a otras patologías. En este sentido son consistentes los hallazgos que muestran elevados niveles de concurrencia entre éste y diversos trastornos psicológicos. Así, en el estudio MTA (1999) quedó de manifiesto que el 70% de los niños participantes, diagnosticados con TDAH y con edades comprendidas entre 7-9 años cumplía los criterios diagnósticos de, al menos, otro trastorno psicológico. De estos, el 40% de los menores satisfacía los criterios diagnósticos del Trastorno Negativista Desafiante, el 34% presentaba, asimismo, Trastorno de Ansiedad y el 14% Trastorno Disocial. En cualquier caso, los estudios realizados se muestran concluyentes en cuanto a la vinculación del TDAH con los trastornos del comportamiento, (trastorno negativista desafiante y trastorno disocial), los trastornos del aprendizaje y los trastornos de ansiedad. No obstante, los porcentajes de convergencia pueden diferir según la investigación realizada y, especialmente, las muestras estudiadas y los subtipos analizados. Ahora bien, los estudios de seguimientos realizados hasta la fecha coinciden en señalar que el patrón de comorbilidad identificado permanece relativamente estable a lo largo del tiempo y que esta asociación comórbida perjudica el pronóstico favorable del trastorno tanto respecto a los logros académicos como al funcionamiento psicosocial del niño (Faraone, Biederman, Weber y Russell, 1998).
3. Naturaleza crónica del TDAH. Aunque hace décadas se consideraba que los problemas característicos se atenuaban significativamente en la adolescencia y desaparecían con la edad, los conocimientos acumulados en la actualidad han puesto de manifiesto que los síntomas característicos son bastante estables durante el curso vital, si bien, el patrón conductual varía según la etapa evolutiva. Algunos estudios han puesto de manifiesto que más del 50% de los niños diagnosticados continúan cumpliendo los criterios diagnósticos durante la adolescencia (Brown, 2003), etapa en la que la comorbilidad con el trastorno negativista desafiante y/o disocial influye acentuando la sintomatología atencional e impulsividad (Waschbusch, Pelham, Jennings, Greiner, Tarter y Moss, 2002). Respecto a la vida adulta, se estima que en el 70% de los casos se mantiene la sintomatología característica (Martínez-León, 2006) aunque, en este momento se aprecia una mejoría notable en el control e inhibición de los comportamientos hiperactivos.

En los últimos años, en consonancia con las evidencias que muestran el carácter crónico del TDAH, ha adquirido relevancia la investigación desarrollada a lo largo del curso vital. En este sentido destacan, al menos dos propuestas de interés:

- a) Análisis y estudio de las manifestaciones y repercusiones del TDAH en la vida adulta, atendiendo a: 1) Estabilidad y pronóstico de la sintomatología hiperactiva en la madurez, 2) Resultados y efectos secundarios de los fármacos estimulantes y antidepresivos en adultos y 3) Interés por ámbitos específicos, no estudiados en la infancia, por ejemplo, la relación detectada entre el trastorno hiperactivo-atencional y los accidentes de tráfico.
 - b) Desarrollo de estudios longitudinales con el propósito de adoptar una perspectiva evolutiva del desarrollo y pronóstico del trastorno que nos ocupa, tal como proponen Cardo y Servera (2008).
4. Prevalencia. Cuando se analiza la prevalencia del trastorno hiperactivo-atencional queda de manifiesto que se trata de un desorden universal que afecta a un porcentaje considerable de niños en edad escolar. Sin embargo los numerosos estudios realizados y las revisiones de los mismos revelan que, sobre esta cuestión, se aprecian variaciones geográficas y demográficas considerables (Cardo y Servera, 2005). Aún cuando los datos específicos extraídos de una u otra investigación se encuentran influidos por el tipo de instrumento utilizado, el grado de acuerdo entre informantes o la metodología empleada en el estudio se estima que, aproximadamente, entre el tres y cinco por ciento de los niños escolarizados (APA, 2000) son diagnosticados con Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad, si bien, los porcentajes fluctúan según la población estudiada, el país en el que se ha realizado el estudio, el subtipo de TDAH analizado, la edad y género de los niños evaluados.

En general, el rango de prevalencia en el que se hallan los resultados extraídos en un buen número de estudios oscila entre el 4% y 12% de niños afectados. Si se atiende exclusivamente a resultados procedentes de muestras españolas, Benjumea y Mojarro (1993) obtienen una prevalencia del 6% mientras que Cardo, Servera y Llobera (2007), años más tarde, estiman el TDAH en el 4,57%. En una reciente investigación realizada en Sevilla, en la que han participado 500 niños con edades comprendidas entre 10 y 16 años, 51,4% eran niños y 48,2% niñas, los datos han puesto de manifiesto que el TDAH afecta al 4,8% de los menores (Lora, 2007).

En cualquier caso, dejando al margen las divergencias en cuanto a los porcentajes de prevalencia hallados según el estudio consultado, lo cierto es que, teniendo en cuenta los resultados obtenidos, es posible plantear al respecto ciertas conclusiones de interés. Son las siguientes:

- a) Reconocimiento del TDAH como uno de los trastornos más frecuentes en las edades infantiles.
- b) Se considera un trastorno universal que se observa más allá de diferencias geográficas y culturales. Al tiempo que se constata la divergencia de porcentajes hallados en cuanto a prevalencia, explicados, entre otras razones, por las características de los estudios realizados (muestras, informantes consultados, instrumentos empleados, etc.) se insiste en la necesidad de desarrollar metodologías de análisis comunes que permitan definir aquello que los investigadores estiman como un "caso" a efectos de incidencia del trastorno.

- c) En los últimos años ha crecido el número de menores detectados en el ámbito escolar y diagnosticados posteriormente. No obstante, continúa abierto el debate acerca de la necesidad de realizar diagnósticos fiables a partir de protocolos estandarizados, debido, entre otras razones, a la identificación de numerosos casos falsos positivos y a la polémica abierta sobre la idoneidad del diagnóstico a niños con dificultades y trastornos del aprendizaje.
5. No cabe duda que otro de los factores que explican porqué se habla tanto del TDAH tiene relación con el impacto adverso que éste genera en el niño/adolescente afectado, así como en su familia y profesores.

Distintos trabajos han puesto de manifiesto que el trastorno hiperactivo-atencional conlleva severa afectación no sólo a nivel individual, también, familiar. Padres y hermanos de los niños hiperactivos no permanecen ajenos a las consecuencias y efectos desfavorables asociados. El comportamiento problemático, disruptivo, desobediente, ajeno a normas que muestran estos menores, unido a las dificultades atencionales y los pobres resultados escolares generan consecuencias negativas en la familia, apreciándose que la disfuncionalidad es mayor que en el caso de las familias con niños no hiperactivos (Montiel-Nava, Montiel-Barbero y Peña, 2005). El impacto adverso es notorio en los padres que sufren efectos negativos en el funcionamiento personal y en las relaciones de pareja. Los progenitores muestran elevados niveles de estrés (Brown, 2006), percepción subjetiva de ineficacia e incompetencia de los métodos y tácticas educativas que conocen, además de ansiedad y depresión, especialmente, las madres. En este sentido, Lesesne, Visser y White, (2003) evidenciaron que la salud mental de las madres se encontraba relacionada significativamente con la presencia del trastorno en edad escolar. Esta cuestión es especialmente relevante no sólo porque afecta a las relaciones madre-hijo, también porque influye en la continuidad / abandono de los tratamientos psicológicos recomendados a los menores con diagnóstico de hiperactividad y trastorno negativista desafiante (Moreno y Lora, 2006).

En la actualidad el interés por analizar la repercusión del trastorno hiperactivo-atencional en la familia se concreta en, al menos tres líneas de investigación destacadas, a saber (Moreno, 2007):

1. Relación del TDAH y salud mental de las madres (ansiedad y depresión).
2. Naturaleza, calidad y disfuncionalidad de las relaciones familiares: pareja, relaciones padres-hijo con TDAH e interacciones entre hermanos.
3. Percepción que los padres tienen de sí mismos (autoestima, estrés percibido) y de sus tácticas y estrategias educativas.

A partir del interés por estas cuestiones se han desarrollado programas de intervención, destinados a los familiares, cuidadores, de niños con TDAH, que pretenden prestar apoyo psicológico, atenuar el impacto emocional y fomentar habilidades de afrontamiento eficaces (Hernández, 2005).

Por otro lado, la influencia adversa del TDAH se extiende, asimismo, al colegio y a las relaciones profesor-alumno, motivo y fuente de preocupación

habitual para los padres de niños hiperactivos. Son numerosos los textos (libros, capítulos, investigaciones científicas, etc.) que se ocupan de analizar los efectos y consecuencias del TDAH en el contexto escolar, destacando los problemas de rendimiento académico observados en los menores diagnosticados, sus dificultades de aprendizaje respecto a habilidades y materias como lectura, escritura y matemáticas, así como, los problemas de comportamiento que presentan en el colegio. Habitualmente los acercamientos al TDAH desde el ámbito escolar se han interesado por las tácticas conductuales y adaptaciones curriculares idóneas para mejorar el rendimiento académico y comportamiento del niño hiperactivo, sin embargo, hasta el momento no abundan las publicaciones interesadas específicamente por el papel que desempeña el profesor y, especialmente, sobre la influencia que este desorden genera a nivel psicológico y educativo en los docentes.

No obstante, desde que comenzó la década actual esta cuestión empieza a adquirir cierto relieve, apreciándose que el profesor comienza a ocupar un primer plano en términos de interés científico (Cooper y Bilton, 2002). En este sentido, algunos estudios se han interesado por determinar la formación y conocimiento que los docentes tienen acerca del trastorno hiperactivo-atencional, su percepción sobre los tratamientos tradicionalmente empleados y el nivel de aceptación que estos profesionales muestran hacia los mismos (Graczyk, Atkins, Jackson, Letendre, Kim-Cohen, Baumann y McCoy, 2005).

Asimismo, ante la complejidad y frecuencia de los problemas y dificultades que presentan los niños hiperactivos en el colegio es probable que los profesores reaccionen psicológicamente de forma adversa. Con frecuencia al comprobar el limitado éxito de las estrategias educativas que ponen en práctica, y que sí funcionan con el resto de alumnos, los tutores perciben su trabajo como ineficaz, se encuentran desorientados, frustrados, reaccionan con estrés y, en ocasiones, pueden atribuir a los padres cierta dejadez en sus funciones educativas (Moreno, 2008).

En este contexto queda claro que no basta con insistir y reiterar el papel destacado que el profesor ejerce en el desempeño escolar de los niños hiperactivos y en el control eficaz de sus comportamientos disruptivos, su implicación y participación en las actuaciones psicológicas desarrolladas en el aula queda de relieve cuando se consideran factores de naturaleza académica, psicológica, conductual y también otras variables relacionadas con la eficacia de las intervenciones desarrolladas para tratar a los alumnos con TDAH. A continuación se exponen de forma resumida algunos de los argumentos que dejan de manifiesto la conveniencia e idoneidad de implicar activamente a los profesores. Son los siguientes:

- *Factores Académicos:* Se ha indicado que los alumnos hiperactivos tienen dificultades para satisfacer las demandas escolares. Sus limitaciones para prestar atención, seguir las instrucciones del profesor y persistir en la realización de tareas que requieren esfuerzo sostenido contribuyen al bajo rendimiento escolar y, por extensión, en buena parte de los niños, a fracaso escolar, repetición de curso, abandono precoz de los estudios, y, en la gran mayoría de los casos, necesidad de apoyo escolar extra.

- *Factores Conductuales*: En el colegio el niño hiperactivo presenta problemas de conducta que complican e interfieren las relaciones con los profesores, al tiempo que su comportamiento social con los iguales es claramente inadecuado, fracasando, de este modo, respecto a las demandas sociales que la escuela le plantea. En las interacciones con el profesor es frecuente observar indisciplina, conductas desafiantes, hostilidad, agresividad, intimidación, vulneración e incumplimiento repetido de las normas comunes, tanto es así que uno de los principales motivos por los que los profesores consultan a los psicólogos escolares sobre problemas con sus alumnos es el patrón de comportamiento que se ha mencionado, caracterizado, en términos generales, por vulnerar, desafiar las normas y no alcanzar los resultados académicos esperados.
- *Factores Psicológicos*: Cuando se atiende no sólo a los comportamientos disruptivos y los efectos adversos que el TDAH origina en el ámbito escolar y se consideran, asimismo, las consecuencias psicológicas derivadas, se constata, como señala Brown (2006) que este trastorno conlleva un elevado coste en autoestima para el niño afectado. Las experiencias de fracaso acumuladas por el alumno cuando no puede satisfacer las demandas planteadas en el colegio respecto al rendimiento académico, autocontrol e inhibición conductual y comportamiento social adaptado, unidas a las reacciones adversas, en forma de críticas, desaprobaciones, reproches, amenazas y castigos frecuentes de quienes le rodean constituyen el marco en el que el niño construye una imagen pobre de sí mismo y de sus capacidades y habilidades, en definitiva, de su competencia personal.
- *Factores relacionados con el diagnóstico y eficacia de los tratamientos* administrados en el colegio. Como se ha indicado en distintas ocasiones la evaluación del rendimiento académico del niño y de su desempeño escolar resultan fundamentales para establecer el diagnóstico (Moreno, 1995). En este sentido, aunque en los textos y publicaciones sobre el tema se enfatiza el papel de los profesores en el aula cuando éstos han de realizar adaptaciones curriculares y ambientales, apenas se menciona el rol destacado que los maestros desempeñan tanto en la evaluación y diagnóstico del trastorno como en el desarrollo y aplicación eficaz de los tratamientos recomendados posteriormente.

Los informes y observaciones de los profesores sobre el comportamiento del niño en el aula son fundamentales para, según los objetivos de la investigación o del estudio en particular, estimar, en unos casos, la prevalencia del trastorno y, en otros, evaluar su presencia en los alumnos que muestran sintomatología hiperactiva. Posteriormente, se analiza la correlación y/o correspondencia de los informes proporcionados por los maestros con la información procedente de los padres, ayudando, de este modo, a establecer el diagnóstico de TDAH. Las pruebas más evidentes de esta cuestión son la utilidad y aplicación, con este objetivo, de numerosas escalas de evaluación para maestros, considerándose estos instrumentos elementos imprescindibles en el proceso de diagnóstico del TDAH (Moreno y Servera, 2002). Basta con indagar someramente en las publicaciones sobre el tema para observar que existen numerosas esca-

las normalizadas para profesores que cuentan con excelentes propiedades psicométricas de fiabilidad y validez, ampliamente empleadas en nuestro país.

Asimismo, además de cumplimentar estos instrumentos, los profesores también informan sobre el grado en el que los problemas del alumno afectan o limitan su rendimiento académico, al hacerlo se consideran distintos criterios: a) calificaciones académicas obtenidas en las distintas materias, b) progresos o estancamiento en determinados conceptos y aprendizajes y c) rendimiento diario en comparación con sus compañeros.

Por otro lado, una vez confirmado el diagnóstico de TDAH, la aplicación y eficacia del tratamiento recomendado requiere, una vez más, de la colaboración e implicación del maestro. El tipo de terapia administrada, medicación, modificación de conducta o ambas conjuntamente influirán tanto en la frecuencia y naturaleza de los contactos periódicos que el profesor mantendrá con los distintos profesionales responsables de la terapia, como en el nivel y grado de colaboración que éstos le demandarán. Así, si el alumno únicamente recibe tratamiento farmacológico, el intercambio de información se producirá con el médico (psiquiatra, neurólogo, etc.), ahora bien si el niño se encuentra bajo tratamiento psicológico o combinado (farmacológico y terapia de conducta) la relación e intercambio de impresiones e información se establecerá con el psicólogo, en el primer caso, y con psicólogo-médico en el segundo. Asimismo, según la naturaleza del tratamiento es de esperar que el docente, bien sólo informe acerca de los posibles cambios y mejoría detectada en el niño, o bien participe activamente, aplicando en el aula, con el asesoramiento del psicólogo, los procedimientos conductuales idóneos e informando consecuentemente sobre logros alcanzados, obstáculos surgidos y beneficios acusados. Así pues, la participación de los profesores en las intervenciones no se ajusta a una pauta estándar o común en todos los casos, según se trate de medicación o de técnicas psicológicas el papel del profesor diferirá en cuanto a su implicación y función desempeñada. En el primer caso, únicamente supervisará e informará de los beneficios observados en el niño, en el segundo participará activamente en el desarrollo de la terapia, informando paralelamente de los resultados y cambios logrados.

- *Factores relacionados con la extensión y consolidación de la mejoría en el ámbito familiar.* La conveniencia de establecer y fomentar una relación fluida entre profesor y padres queda fuera de dudas en este ámbito. Las interacciones diarias se tornan conflictivas entre el niño TDAH y el profesor, circunstancia que unida a los problemas académicos y de aprendizaje, referidos anteriormente, instan a acordar frecuentes citas y contactos profesores/padres. Ahora bien, desde la perspectiva terapéutica, el profesor también desempeña un papel destacado en la generalización de los logros conductuales y académicos obtenidos en el colegio. En este sentido, numerosas investigaciones y expertos subrayan la utilidad de los informes diarios (tarjetas, registros, etc.) que los profesores envían a casa y que permiten a los padres apoyar los resultados de su hi-

jo alcanzados en el colegio y consolidarlos en el contexto familiar. Esta circunstancia pone de manifiesto, una vez más, la recomendación de desarrollar un trabajo conjunto profesores y padres, quienes, como se sabe, tienen la responsabilidad de coordinar e intercambiar la información derivada de los distintos profesionales. Éstos bien evaluando, o bien prescribiendo medicación y/o diseñando programas psicológicos de intervención influyen en la vida del niño con el propósito de mejorar sus problemas y limitaciones conocidos.

- *Necesidad de una intervención contextual.* En la actualidad se dispone de numerosas evidencias científicas que avalan el efecto positivo producido por la medicación en el control de los síntomas característicos de este trastorno. Sin embargo, tampoco es objeto de discusión o cuestionamiento hoy en día, la necesidad de apoyar esta opción terapéutica con intervenciones psicológicas (modificación de conducta, adaptaciones ambientales y escolares). Aclarado este aspecto, hemos de subrayar que no es posible plantear una intervención de esta naturaleza ajena al contexto en el que el niño se desenvuelve. La influencia ambiental en el comportamiento de los menores es tan destacada que si se pretende, como es lógico, lograr resultados eficaces, las actuaciones terapéuticas han de llevarse a cabo en casa y en el colegio y contar para ello con la motivación e implicación de los adultos significativos en ambos contextos, indicando, a continuación, que es poco probable que se obtengan cambios significativos si el tratamiento de los problemas se desarrolla en contextos ajenos a su ámbito natural.

6. Reconocimiento Social e Institucional. Si nos ubicamos de nuevo en la cuestión que da título a este capítulo *¿Porqué se habla tanto del TDAH?*, no cabe duda que a ello han contribuido tres fenómenos destacados de especial significación en nuestro país: *Divulgación, Asociacionismo y Reconocimiento social e institucional.*

No es extraño que cualquier persona interesada por esta temática se sorprenda ante la abundante información disponible sobre el TDAH. Basta indagar someramente sobre el tema y observar que la *divulgación* del trastorno ha sido uno de los aspectos destacados en los últimos tiempos. Así, a las numerosas publicaciones científicas aparecidas en revistas de ámbito sanitario y educativo se añaden nuevos textos, algunos planteados con estricto afán divulgativo y otros, con formato de libro de autoayuda. Sus autores, además, proceden de ámbitos diversos; psicología, medicina, educación y también padres/madres de niños afectados, mostrando un panorama que refleja el interés y diversidad de perspectivas que caracterizan los acercamientos profesionales a este trastorno. Por otro lado, y coincidiendo con el auge de las tecnologías de la información y comunicación, se ha producido una proliferación espectacular de páginas web y foros de debate dedicados monográficamente al trastorno hiperactivo-atencional. En este contexto, caracterizado por la difusión social del trastorno, no podemos obviar, asimismo, las reseñas y noticias sobre eventos científicos, jornadas profesionales, actividades formativas, constitución de asociaciones de afectados, etc., que cada vez con más frecuencia publican y difunden los diferentes

medios de comunicación. No cabe duda que tal esfuerzo divulgativo unido a la amplia tradición investigadora que acompaña al TDAH han influido favoreciendo el conocimiento actual que socialmente existe en nuestro país.

Otro de los fenómenos destacados ha sido el *Asociacionismo*. En la última década han surgido y consolidado en las diecisiete comunidades autónomas diversas asociaciones de afectados y familiares, así como grupos de apoyo a las familias que han hecho realidad la existencia de una Federación de ámbito nacional integrada por distintas asociaciones repartidas por todo el territorio nacional. No es éste un fenómeno exclusivo de España, también se aprecia en países de nuestro entorno, Reino Unido, Alemania, Italia y otros como México, Perú, Argentina, Japón, Australia, etc. Estas asociaciones desempeñan una labor encaminada al reconocimiento de la singularidad del trastorno, el fomento y adopción de medidas escolares, sensibles con las recomendaciones científicas que benefician y ayudan a los niños hiperactivos, así como al apoyo a los familiares. Al mismo tiempo, a partir de su estructura organizativa, llevan a cabo iniciativas de formación (celebración de jornadas científicas, organización de seminarios, talleres, etc.), divulgación (edición de guías y textos sobre el tema) (Still, 2007) y ocio (campamentos, excursiones etc.) para los niños y sus familias.

En tercer lugar, paralelamente a los hechos antes mencionados y debido en gran medida al trabajo que las asociaciones de afectados y familiares vienen realizando con las administraciones escolares y sanitarias implicadas, se está produciendo un merecido y justificado *Reconocimiento social e institucional* del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Alguno de los primeros pasos dados en esta dirección ha sido la adopción de medidas de adaptación curricular asumidas en buena parte de las comunidades autónomas. No es ajeno a estos avances el incremento observado en los últimos años en los diagnósticos de este trastorno y sus diferentes subtipos, circunstancia que, a su vez, ha repercutido en la mayor sensibilidad familiar, escolar y social hacia las dificultades y limitaciones que tienen los niños afectados.

Para finalizar, nos gustaría plantear un nuevo interrogante *¿Por qué se continuará hablando en el futuro sobre TDAH?* Si tomamos como referencia indicadores objetivos, procedentes del ámbito científico y profesional, es posible argumentar que en el futuro próximo el TDAH continuará despertando interés debido, entre otras razones, a:

- a. Los *avances científicos y tecnológicos* venideros que se centrarán posiblemente en el ámbito de la etiología y terapéutica. No cabe duda que el progreso tecnológico de los próximos años permitirá precisar, entre otras cuestiones, los marcadores neurobiológicos implicados en el trastorno y desarrollar alternativas terapéuticas más precisas, tal como ya se observa respecto al neurofeedback.
- b. Desarrollo de *guías y protocolos de actuación* para profesionales y padres. Estos protocolos permiten sistematizar las intervenciones que médicos, psicólogos y padres realizan con los menores afectados. Entre otras, cabe mencionar la guía para padres de niños hiperactivos (Moreno, 2005), así como el protocolo recomendado para profesores (Cooper

y Bilton, 2002) y centros educativos (Still, 2007) y la guía referida al tratamiento farmacológico (Mardomingo, 2007).

- c. Iniciativas y esfuerzos coordinados entre instituciones implicadas en la atención a los menores hiperactivos y sus familias. Debido a la dispersión y limitado alcance de las iniciativas de intervención emprendidas sectorialmente hasta ahora por distintas instancias e instituciones públicas y/o privadas los resultados obtenidos en el ámbito de la hiperactividad infantil quedan lejos de las expectativas generadas al comienzo. Por este motivo es previsible y deseable que las entidades con competencias en el ámbito de la salud, educación y atención social coordinen esfuerzos y recursos de manera que en el futuro próximo los servicios de salud mental, los equipos de atención y orientación educativa, así como los servicios sociales respectivamente, trabajen conjuntamente en el diseño y definición de procedimientos de actuación cuya trascendencia y resultados serán analizados y valorados en los próximos años.

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona. Masson (Edición original, 2000).
- BAEYENS, D., ROEYERS, H. y VANDEWALLE, J. (2006). Subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Distinct or related disorders across measurement levels? *Child Psychiatry and Human Development*, 36 (4), 403-417.
- BARKLEY, R. A. (1987). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training*. Nueva York. Guilford Press.
- BARKLEY, R. A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook of diagnosis and treatment*. Nueva Yor. Guilford Press.
- BARKLEY, R. A. (2004). Adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview of empirically based treatments. *Journal of Psychiatric Practice*, 10 (1), 39-56.
- BARKLEY, R. A. (2005). Prólogo. En I. Moreno. *El niño hiperactivo*. Madrid. Pirámide.
- BAUERMEISTER, J. J., MATOS, M., REINA, G., SALAS, C. C., MARTÍNEZ, J. V. CUMBA, E. y BARKLEY, R. (2005). Comparison of the DSM-IV combined and inattentive types of ADHD in a schild-based sample of latino/hispanic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (2) 166-179.
- BENJUMEA, P. y MOJARRO, M. D. (1993). Trastornos hiperkinéticos: un estudio epidemiológico en doble fase de una población sevillana. *Anales de Psiquiatría*, 9 (7), 306-311.
- BIEDERMAN, J., FARAONE, S. V. y LAPEY, K. (1992). Comorbidity of diagnosis in attention déficit hyperactivity disorder. En G. Weiss (Dir.) *Child and adolescent psychiatric clinics of North America: Attention déficit hyperactivity disorder* (pp. 335-360). Philadelphia. Saunders.
- BROWN, T. E. (2003). *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*. Barcelona. Masson.

- BROWN, T. E. (2006). *Trastorno por déficit de atención. Una mente desenfocada en niños y adultos*. Barcelona. Masson.
- BUITELAAR, J. K., MICHELSON, D., DANCKAERTS, M., GILLBERG, C., SPENCER, T. J., ZUDDAS, A., FARIES, D. E., ZHANG, S., BIEDERMAN, J. (2007). A randomized, double-blind study of continuation treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder after 1 year. *Biological Psychiatry*, 61(5): 694-9.
- CAPDEVILA, C., ARTIGAS, J. y OBIOLS, J. E. (2006). Tempo cognitivo lento: ¿síntomas del trastorno de déficit de atención/hiperactividad predominante de atento o una nueva entidad clínica? *Revista de Neurología*, 42, S127-S134.
- CARDO, E., SERVERA, M. y LLOBERA, J. (2007). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca. *Revista de neurología*, 44 (1): 10-14.
- CARDO, E. y SERVERA, B. M. (2005). Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*. 40, S11-S15.
- CARDO, E. Y SERVERA, M. (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Estado de la cuestión y líneas futuras de investigación. *Revista de Neurología*, 46, 365-372.
- COOPER, P. y BILTON, K. M. (2002). *Attention Déficit/Hyperactivity Disorder: A practical guide for teachers*. Londres. David Fulton.
- ESCOBAR, R. (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: impacto de la enfermedad de acuerdo al subtipo en niños con diagnóstico reciente. *Actas Españolas de Psiquiatría*. N.º 5, Vol. 36, 285-294.
- FARAONE, S. V., BIEDERMAN, J., WEBER, W. y RUSSELL, R. L. (1998). Psychiatric, neuropsychological and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a clinically referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (2), 185-193.
- GRACZYK, P. A., ATKINS, M. S., JACKSON, M. M., LETENDRE, J. A., KIM-COHEN, J. BAUMANN, B. y MCCOY, J. (2005). Urban educators's perception of interventions for students with attention deficit hyperactivity disorder: A preliminary investigation. *Behavioral Disorders*, 30, 95-104.
- HERNÁNDEZ, N. (2005). *Stress management program for parents of children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder*. Carlos Albizu University. Miami.
- HINSHAW, S. P. (2001). Is the inattentive type of ADHD a separate disorder? *Clinical Psychology Science and Practice*, 8 (4), 498-501.
- LESESNE, C., VISSER, S. y WHITE, C. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder in school-age children: Association with maternal health and use of health care resources. *Pediatrics*, 11, 1232-1237.
- LORA, M. J. A. (2007). *Prevalencia y perfiles psicológicos de los subtipos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Una propuesta de intervención*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Sevilla.
- LORA, M., J. A. y MORENO, G. I. (2008). Perfil social de los subtipos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Apuntes de Psicología*. 26. 317-329.

- MARDOMINGO, S. M. J. (2007). *Estimulantes de liberación prolongada. Comentario a la Guía europea de tratamiento del TDAH*. Madrid. Pharma and health consulting.
- MARTÍNEZ-LEÓN, N, C. (2006). Psicopatología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 2, 379-399.
- MONTIEL-NAVA, C., MONTIEL-BARBERO, I., y PEÑA, A. J. (2005). Clima familiar en el trastorno por déficit de atención-hiperactividad. *Psicología Conductual*, 13, 2, 297-310.
- MORENO, G. I. (1995). *Hiperactividad. Prevención, evaluación y tratamiento en la infancia*. Madrid. Pirámide.
- MORENO, G. I. (2005). *El niño hiperactivo*. Madrid. Pirámide.
- MORENO, G. I. (2007). Intervención psicológica en las familias de niños afectados por trastorno hiperactivo-atencional. *Anales de Psiquiatría*. 23, N.º 3, 156-156.
- MORENO, G. I. (2008). *Hiperactividad infantil. Guía de actuación*. Madrid. Pirámide.
- MORENO, G. I. y LORA, J. A. (2006). Abandonos terapéuticos registrados en el ámbito de la hiperactividad y los trastornos del comportamiento. Influencia de variables individuales y familiares. *Análisis y Modificación de Conducta*. 32, 144, 427-450.
- MORENO, G. I. y SERVERA, M. B. (2002). Los trastornos por déficit de atención con hiperactividad. En M. Servera (coord.). *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil*. (pp. 217-253). Madrid. Pirámide.
- MTA COOPERATIVE GROUP (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for ADHD. *Archives General of Psychiatry*, 56, 1073-1086.
- STILL (2007). *Guía práctica con recomendaciones de actuación para los centros educativos en los casos de alumnos con TDAH*. Palma de Mallorca. STILL.
- WASCHBUSCH, D. A., PELHAM, W. E., JENNINGS, J. R., GREINER, A. R., TARTER, R. E. y MOSS, H. B. (2002). Reactive aggression in boys with disruptive behavior disorders: Behavior, physiology and affect. *Journal of Abnormal Child and Adolescent Psychiatry*, 30 (6), 641-65.