

Actualidad sobre el TDAH

Autor: [E. Manuel García Pérez](#)

Psicólogo Consultor

Director del Grupo ALBOR-COHS

Director del [Master en Psicología de la Educación: Asesoramiento, Evaluación e Intervención PsicoEducativa de la Universidad Internacional "Menéndez Pelayo"](#)

Julio 2009 (última actualización)

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es el término que se utiliza en la actualidad para **describir una situación**, temporal aunque habitualmente crónica, de inadaptación o desajuste al medio social, **a causa de la interacción** de una característica congénita, denominada **Déficit de Atención Sostenida e Hiperactividad**, con los sistemas de valores, actitudes y hábitos de comportamiento de los restantes miembros de la familia, escuela o sociedad en general.

Este problema, constituido como tal en la medida en que produce malestar emocional a unos y otros, lo presentan tanto niños como adultos, con manifestaciones diferentes según la edad y la educación recibida.

EL TDAH implica, primordialmente, una dificultad, generalizada en el espacio y el tiempo (ocurre en cualquier lugar y todos los días), para mantener y regular la atención, y una actividad motora excesiva (hiperkinesia o hiperactividad). Secundariamente, se manifiesta en forma de un notable déficit de reflexividad, es decir: poco tiempo dedicado a tareas cognitivas.

Las características principales del individuo con **DAH/TDAH** son las siguientes:

A. DÉFICIT DE ATENCIÓN SOSTENIDA

Los niños y adolescentes con DAH presentan escasa atención sostenida, o persistencia en la realización de tareas, realizando un esfuerzo para mantener la atención; por lo cual, no consiguen permanecer concentrados un tiempo similar al que pueden hacerlo otros de la misma edad. Esto se manifiesta muy claramente cuando se les pide que realicen tareas largas, repetitivas o que carecen de atractivo para ellos. Con frecuencia, indican que "se cansan" o "se aburren" con tales tareas y, como consecuencia, abandonan o cambian de una actividad a otra, sin finalizar ninguna. Igualmente, cuando realizan actividades que les resultan atractivas se distraen fácilmente, cambiando su atención hacia estímulos diferentes. Por lo tanto, aunque se les pida concentración en una tarea, y tengan interés por mantenerse atentos, no son capaces de hacerlo.

B. HIPERACTIVIDAD-HIPERKINESIA

Las personas con DAH, se mueven de manera excesiva y aparentemente innecesaria para lograr los fines que desean; parecen constantemente inquietos e infatigables. Realizan movimientos que no son estrictamente necesarios para completar una tarea, tales como mover los pies y las piernas, dar golpecitos a las cosas, balancearse mientras están sentados, o cambiar de postura o posición con frecuencia, mientras realizan sus tareas. Estos movimientos

son más frecuentes cuanto más aburrido les parece lo que hacen. También los realizan cuando están esperando, sin tener nada que hacer. Los más pequeños pueden hacer carreras, subirse a diversos lugares y otras actividades motoras gruesas. Aunque esto tiende a reducirse con la edad, incluso los jóvenes con DAH son más infatigables y movidos que sus compañeros.

En los adultos, esta infatigabilidad puede ser más subjetiva que observable externamente, aunque algunos adultos continúan infatigables también de manera externa, y comentan que tienen la necesidad de estar siempre ocupados, haciendo algo, e incapaces de estar sentados tranquilos.

Éstas son las dos áreas problemáticas asociadas al trastorno biológico que constituye el DAH. No obstante, tales déficit conllevan, secundariamente, retrasos en todos los aprendizajes, ya que éstos requieren de procesos atencionales. Evidentemente, los aprendizajes que se ven más afectados son los de naturaleza cognitiva, ya que éstos precisan de mayor atención sostenida y relevante. Otros problemas subsiguientes al déficit de atención sostenida y a la hiperkinesia, que se ponen de manifiesto en la mayoría de las investigaciones y comunicaciones de padres y profesores de niños y adolescentes con DAH, que no han recibido un tratamiento específico desde la primera infancia, son los siguientes:

RETRASOS EN HABILIDADES COGNITIVAS

Por lo general, el comportamiento del niño debe ir manifestándose secuencial y progresivamente por medio de procesos: a) impulsivos, b) hábitos instrumentales (aprendizajes operantes) y c) cognitivos.

Los procesos cognitivos constituyen el último y más importante de los recursos adaptativos del hombre, para cuyo uso necesita aprender tanto cogniciones concretas, como procesos y estrategias.

Una de las más importantes estrategias son las de auto-regulación de la conducta instrumental mediante el empleo de "verbalizaciones internas" o "discurso privado" (Bornas, X. et al., 2000)

Se comprueba en escolares con **DAH** una ausencia o reducción de estas verbalizaciones internas, lo cual ya no se encuentra en jóvenes y adultos. Por lo tanto, se trata, solamente, de un retraso notable en la adquisición de esta fórmula de regulación del comportamiento.

Con frecuencia manifiestan dificultades para: "parar y pensar" antes de actuar, esperar su turno cuando están jugando, hablando con los demás, o esperando una cola; para evitar distraerse mientras están concentrados o trabajando en algo y para trabajar por recompensas a largo plazo en lugar de inmediatas.

En realidad, este problema es sencillamente la manifestación de un retraso en sustituir el modo impulsivo de adaptarse al medio, propio de los primeros años de la infancia, por el modo reflexivo, característico de la madurez, pero que se inicia en los 5-6 años de edad, con la mediación de los procesos atencionales.

La ausencia de atención sostenida y relevante, los cambios atencionales frecuentes y la escasa calidad atencional de estos niños, constituye la principal explicación de que no adquieran hábitos y destrezas cognitivas.

Una clase especial de estas habilidades son las estrategias de solución de problemas. Los niños con **DAH** manifiestan mucha menos fluidez y flexibilidad cognitiva (KIRBY, E.A. y GRIMLEY, A.K., 1992). De hecho, los niños con **DAH**, en el test EVHACOSPI (García P. y Magaz A., 1998) se muestran muy poco hábiles a la hora de pensar diversas alternativas para resolver problemas interpersonales. Utilizan siempre la misma estrategia que se les ocurrió inicialmente y tratan de resolver la situación de forma rápida y poco reflexiva.

Este modo de actuar se percibe en cualquier contexto en el que realicen actividades prolongadas, dirigidas a objetivos; o se encuentren con obstáculos para conseguir éstos. En esos momentos, los sujetos deben ser capaces de generar de manera rápida una variedad de alternativas, considerando sus respectivas consecuencias, y seleccionando entre ellas una que tenga probabilidades de superar los obstáculos, de tal manera que pueda continuar en la consecución del objetivo. Las personas con **DAH** encuentran estos obstáculos mucho más difíciles de superar; con frecuencia abandonan sus objetivos y no se toman tiempo para pensar en opciones que les puedan ayudar a tener éxito en la consecución de los mismos.

DEFICIENCIAS EN EL CONTROL DE LAS EMOCIONES

Los chicos y los adultos con **DAH** con frecuencia tienen dificultades para ejercer control sobre la intensidad de sus reacciones emocionales a los acontecimientos de su vida, tan bien como lo hacen otros a su edad. No se trata de que las emociones que ellos experimentan sean inadecuadas, sino que las manifiesten públicamente con más intensidad y duración de lo que lo hacen los demás. Parecen menos capaces de inhibir la manifestación de sus sentimientos: dejarlos para ellos mismos, e incluso de regularlos como otros pueden hacerlo. Como consecuencia es más fácil que parezcan menos "maduros", infantiles, rápidamente alterables, y fácilmente frustrables por los acontecimientos.

A este problema de regulación emocional se añade la dificultad que presentan a la hora de encontrar una motivación por las tareas que no tienen una recompensa inmediata o que no les resultan atractivas. Esta falta de capacidad para desarrollar una motivación intrínseca, con frecuencia les hace parecer carentes de autodisciplina, ya que no pueden realizar tareas que no les proporcionen una recompensa inmediata o que les interesen.

También relacionado con estas dificultades en la regulación de las emociones está la de regular su nivel general de activación ante las demandas situacionales. Aquéllos con **DAH** encuentran difícil activarse para iniciar un trabajo que tienen que llevar a cabo. Con frecuencia se quejan de ser incapaces de permanecer alerta, animados, en situaciones que les resultan aburridas, y muchas veces parece que están soñando despiertos o ensimismados, cuando deberían estar más centrados o implicados activamente en una tarea.

TORPEZA MOTRIZ

Se asocia a las personas con **DAH** dificultades en el control fino de sus movimientos, por lo cual, en muchas ocasiones se les hace participar en actividades de entrenamiento denominado "psicomotor". La realidad es que este entrenamiento no suele ser efectivo nada más que en la medida en que se convierta en un entrenamiento en control de la atención dedicada a sus movimientos corporales. Constituye, en esencia, otra forma de entrenamiento en focalización

de la atención. El niño, joven o adulto con **DAH**, siempre se comportará con torpeza motriz, no porque tenga deficiencia alguna en las áreas de control motriz del cerebro y cerebelo, sino porque no pone suficiente atención en la regulación de sus movimientos.

Resulta llamativo el efecto inmediato que sobre la supuesta "torpeza psicomotriz" tiene la ingestión de metilfenidato u otra sustancia estimulante: los niños mejoran su control motor fino, lo que deja sin argumentación la necesidad de evaluar su motricidad como parte de su déficit de atención.

MEMORIZACIÓN

Recordar hacer cosas, cómo hacerlas y cuándo, es una tarea que requiere haberlas almacenado con anterioridad. Para poder llevar a cabo los procesos (desconocidos actualmente) implicados en el "almacenamiento", es preciso disponer de esta información, tras haberla conservado durante cierto tiempo. Si no se pone suficiente atención cuando se está recibiendo la información: visual o auditiva, no es posible almacenarla y, por lo tanto, luego es imposible recuperarla.

La insuficiente atención sostenida, o su irrelevancia, y el cambio atencional frecuente explican las deficiencias de memoria, sin necesidad de presuponer una alteración en estos procesos con respecto a otros niños o adolescentes.

VARIABILIDAD O INCONSISTENCIA TEMPORAL

Es también característico de estas personas mostrar una variabilidad considerable en su rendimiento. Estas grandes variaciones se pueden encontrar respecto a la calidad, cantidad, e incluso rapidez en su trabajo. Fracasan a la hora de mantener un determinado patrón de productividad y precisión en su trabajo de un momento a otro y de un día a otro. Tal variabilidad es, con frecuencia, desconcertante para quienes están con ellas, ya que está claro que una persona con **DAH** puede completar su trabajo de una manera rápida y correctamente en una ocasión, mientras en otra sus tareas se realizan de una manera pobre, con poca precisión, y con relativa incorrección.

Es posible que, en ocasiones, bien por incentivos o por amenazas de castigos, el niño o adolescente, realice un esfuerzo especial consiguiendo así, de manera esporádica, lo que no es capaz de lograr de modo habitual.

PROBLEMAS DE RENDIMIENTO ESCOLAR

La presencia de este trastorno desde la primera infancia suele favorecer la aparición de retrasos o fracasos escolares. En general, todos los aprendizajes requieren que la persona mantenga la atención de manera suficiente, en intensidad (nivel de activación) y tiempo, como para llegar a establecer la relación entre su comportamiento ante un estímulo y las consecuencias que obtiene por tal comportamiento, o para observar esta secuencia en otra persona.

Cuando se combinan los efectos del déficit atencional y de la hiperkinesia: déficit cognitivos, problemas para recordar y usar la memoria de trabajo, déficit de regulación de las emociones y

torpeza motriz, aumentan los riesgos de retraso o fracaso escolar. Éstos suelen ser el resultado de aprendizajes incompletos o incorrectos de habilidades básicas para un buen rendimiento académico, tales como la lectura comprensiva. Si se añade una capacidad intelectual baja aumenta el riesgo de no conseguir aprender al ritmo de sus compañeros, y de acumular retrasos curriculares progresivos que, si no reciben ayuda complementaria, pueden llegar a constituir un auténtico fracaso escolar.

PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN SOCIAL

El retraso en habilidades cognitivas que le permitan regular su comportamiento, contribuye a que tenga problemas para seguir instrucciones cuidadosamente, para cumplir normas, para llevar a cabo sus propios planes, e incluso para actuar de acuerdo con los principios legales o morales.

De hecho, el niño con **DAH**, con mucha frecuencia, se comporta de manera molesta para los demás, suele recibir un elevado número de recriminaciones verbales y gestuales, cuando no de castigos físicos, desde los primeros años de su vida. Tanto en su hogar como en la Escuela Infantil, es percibido por los adultos y los iguales como un niño "incómodo", difícil de tratar y, con el tiempo, le resulta cada vez más difícil establecer y conservar amistades. Suele ser rechazado por los demás y no muy apreciado por sus profesores.

No obstante, los riesgos de delincuencia, consumo de drogas, conductas sexuales precoces, etc..., asociados a este trastorno, parecen encontrarse mucho más relacionados con otras variables sociológicas que con el **DAH**, el cual solamente es un factor disposicional del individuo que, únicamente, incrementa los riesgos generales.

PROBLEMAS DE AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA

Como consecuencia de la acumulación de frustraciones y castigos, éstos en su mayor parte dirigidos a su persona y no sólo a su comportamiento inadecuado, el niño/a con **DAH** suele llegar a la preadolescencia con un autoconcepto de sí mismo/a muy malo y una autoestima escasa.

Los estudios realizados con adolescentes, jóvenes y adultos con este problema ponen muy claramente de manifiesto esta correlación entre padecimiento del problema y mal ajuste social y personal.

Por otra parte, la persona con **DAH**, prácticamente desde la primera infancia, manifiesta un deseo intenso de agradar a los demás y de recibir aprobación social por lo que hace. Cuando participa en un programa de entrenamiento en cualquier habilidad, se entrega con enorme ansiedad de ejecución, lo que, muchas veces es un factor de riesgo para que nuevamente fracase. Por ello, no se le puede permitir establecer los objetivos, sino que se deben escalar éstos progresivamente, de modo, que al ir constatando que puede aprender y mejorar, su autoconcepto mejore y su autoestima aumente.

PROBLEMAS EMOCIONALES

Con frecuencia, el niño con **TDAH** muestra indicadores de ansiedad y estrés.

Normalmente, estos indicadores son el resultado de las exigencias que percibe sobre él, provenientes de diversos ámbitos y áreas: casa, calle, colegio, estudios, conducta social, relaciones con padres, hermanos, profesores, compañeros, etc.

Estas reacciones emocionales contribuyen, en ocasiones, a dificultar un diagnóstico diferencial, ya que los factores de estrés a lo largo de la infancia y la adolescencia son múltiples, variados y muy frecuentes. Las hiperexigencias educativas de padres y profesores, las tensiones familiares, los celos de los hermanos, incluso las dificultades escolares, constituyen estresores intensos, frecuentes y muy generalizados en esta etapa del desarrollo personal.

Como consecuencia del estrés real o percibido, todos los niños pueden mostrarse con falta de concentración en sus tareas, ausentes, inquietos, nerviosos, con movimientos excesivos e innecesarios, torpes y desobedientes. Por lo cual fácilmente podrían ser identificados como **TDAH**, cuando la realidad es que solamente comparten con esta clase de niños el hecho de estar sometidos a unas tensiones emocionales crónicas.

INICIO DE LAS MANIFESTACIONES COMPORTAMENTALES

Los indicadores conductuales del DDAH: Cambio Atencional Frecuente (CAF) y Actividad Motora Excesiva (Hiperkinesia) se manifiestan, en los historiales educativos y clínicos, desde los 3 años de edad.

CONSISTENCIA TEMPORAL Y ESPACIAL DE LOS INDICADORES PRIMARIOS

Algunos de los comportamientos frecuentes del niño con **DAH** es probable que cambien de manera considerable con la edad, como consecuencia de cambios en el ámbito familiar o escolar. Los estudios de campo (observaciones sistemáticas, pero no experimentales) sugieren que estas personas se comportan mejor en situaciones "de uno a uno", cuando realizan tareas que les entretienen o que les gustan, cuando hay una recompensa inmediata por portarse bien, cuando están bajo supervisión o cuando el trabajo lo realizan a primeras horas del día.

No obstante, los niños con DDAH pueden mejorar en todo lo referente a sus comportamientos académicos y sociales, que están bajo influencias del ambiente, pero no en cuanto a sus características esenciales, que lo están bajo influencia de su constitución biológica, por lo que, en todo lugar o en cualquier momento, presentan dificultades para mantener la atención sostenida, hiperkinesia o hiperactividad.

ESTABILIDAD EVOLUTIVA

Los indicadores conductuales del **DAH** son evolutivamente estables. Aunque las manifestaciones conductuales se atenúan con la edad, la pauta "hiperactividad + cambio atencional frecuente" se mantiene constante con la edad. Dependiendo de otras variables: inteligencia, nivel socio-cultural y apoyos, escolares y sociales recibidos, el niño con DDAH seguirá una escolaridad normal, pudiendo alcanzar el máximo grado académico, profesional o universitario.

¿SUBTIPOS CLÍNICOS?

Durante las décadas de los 70, 80 y 90, los principales investigadores del campo clínico, lejos de buscar un modelo conceptual congruente con las manifestaciones del **DAH**, procedieron a la observación sistemática en ambientes naturales y clínicos de estas personas, lo cual les llevó a una clasificación de las mismas en varios subtipos.

Desde 1980, se ha clasificado a estas personas, dependiendo de la combinación de indicadores conductuales que presentan.

Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Clasificación Internacional de Enfermedades elaborada en 1992 (CIE-10) solamente establece diferencias entre niños con Déficit de Atención Sostenida e Hiperactividad sin problemas importantes de conducta (F.90.0) y aquéllos que llevan asociados importantes problemas de comportamiento (F.90.1), este acuerdo no ha sido compartido por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA).

De acuerdo con el consenso llevado a cabo por el Comité de Expertos de la APA, se ha procedido del modo siguiente (DSM-IVTR):

Las personas que manifiestan notables déficit de reflexividad (menos habilidades cognitivas y de autocontrol) y notable hiperactividad-hiperkinesia y menos problemas atencionales se las denomina TDAH, de tipo predominantemente Hiperactivo-Impulsivo. Sorprende cuanto menos (García Pérez y Magaz, 2000) constatar que si estas personas no tienen suficiente déficit atencional como para considerarlo un problema, no deberían considerarse un subtipo de un Trastorno que es fundamentalmente un TRASTORNO DE LA ATENCIÓN.

Por otra parte, las personas con el patrón opuesto, significativa falta de atención sin excesiva impulsividad o hiperactividad se denominan TxDAH, de tipo predominantemente de Falta de Atención.

De cualquier modo, la mayoría de los individuos que presentan este trastorno manifestarán los dos patrones clínicos y por lo tanto serán considerados TxDAH, de tipo Combinado.

Hay considerablemente menos investigación respecto al TxDAH, de tipo predominantemente con Falta de Atención, a lo que se suele llamar Trastorno por Déficit de Atención sin Hiperactividad. Lo que las investigaciones sugieren es que existen algunas diferencias cualitativas entre los problemas atencionales que experimentan estos sujetos y los de aquellos con otros tipos de TxDAH en los que la hiperactividad o el comportamiento impulsivo está presente (Barkley, R.A., 1999; Milich y otros, 2002; Carlson y Mann, 2002; Bauermeister y otros, 2003).

Referencias:

Hiperactivo, Impulsivo, Distráido, ¿Me Conoces?. J. Bauermeister
Mitos, Errores y Realidades sobre la Hiperactividad. E.M. García Pérez y A. Magaz
Protocolo de Evaluación General y Específica de los TDAs. E.M. García Pérez y A. Magaz
Niños Hiperactivos e Inatentos. Guías para Padres y Maestros. E.M. García Pérez y A. Magaz

S.O.S. en el Aula. Ayudas para Maestros de Escolares Hiperactivos e Inatentos. E.M.

García Pérez

Adaptaciones Curriculares metodológicas para Escolares con Déficit de Atención:

Hiperactivos e Inatentos. E.M. García Pérez

Editados por COHS Consultores en CCHH. Bilbao-España

NOTA: la presente actualización de este artículo invalida la versión anterior. Se ruega sustituyan la misma y referencien la actual.

Copyright por Grupo ALBOR-COHS. Prohibida la reproducción sin autorización. Las organizaciones que lo deseen pueden solicitar autorización para establecer un "enlace" desde su espacio web hasta éste, pero NO SE AUTORIZA la copia del artículo y su situación en otra web distinta de la original.