

TDAH y Desarrollo Psicoeducativo

Si definimos el TDAH como un trastorno del neurodesarrollo que afecta a los aprendizajes académicos, emocionales y sociales, podemos entender mejor la importancia que tiene el desarrollo psicoeducativo.

La psicología educativa es la disciplina que se ocupa de los procesos de enseñanza y aprendizaje. El desarrollo psicoeducativo se centra en los paradigmas conductista, humanista, cognitivo, psicogenético y sociocultural, y sus derivaciones desde lo epistémico.

No se pretende suplantar lo que corresponde a los psicólogos educativos, sino aprender de ellos las técnicas para nuestras consultas, como hacemos en otras disciplinas.

La edad pediátrica en la mayoría de nuestro país es de RN a 14 años (quizá en un futuro de RN a 18). Desde la Prevención Primaria y Promoción de la Salud se puede actuar para que las manifestaciones clínicas de los niños con TDAH sean menos disfuncionales y más integradas, en función de las intervenciones psicoeducativas que se implementen.

Por su relevancia y frecuentación en las consultas de pediatría de atención primaria revisamos el desarrollo psicoeducativo de los seis primeros años de vida, fundamentales para la prevención/detección de un posible trastorno en ese ámbito relacionado o no con un futuro TDAH.

Manifestaciones del TDAH durante los primeros seis años

Distinguimos las siguientes etapas: Primer año, 1-3 años, 4-6 años.

Primer año de vida

Factores predictivos: Signos de alarma y Factores de riesgo.

Marcadores de hiperactividad en el primer año de la vida:

- 1) Irritabilidad diurna (excesivamente inquietos o tensos, llorones o continuamente irritables y muy sensibles a los ruidos y sobresaltos).
- 2) Trastornos en la conducta alimentaria (rechazo de las tomas, cólico del lactante, regurgitaciones o vómitos, excesivamente 'caprichoso' con las comidas),
- 3) Disfunciones del sueño (dificultad para dormirse, sueño intermitente...)

Las intervenciones tempranas sobre esos factores de riesgo deberían proporcionarnos instrumentos eficaces en la prevención del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Antecedentes familiares: en muchas series, se sugiere este dato como marcador de gran valor que apoya la etiología genética del trastorno, comprobándose en muchos casos la alta prevalencia familiar.

Sin embargo este agrupamiento familiar de casos también puede reflejar el resultado de un aprendizaje social y otros factores del entorno que se transmitirían de padres a hijos.

Las **complicaciones prenatales, perinatales y de la infancia** podrían producir alteraciones en momentos críticos del desarrollo, dando lugar a manifestaciones psicopatológicas posteriores.

La calidad del **desarrollo motor** durante los primeros años puede constituir un predictor de la posterior aparición de síntomas que apuntan datos de inmadurez motora en algunos niños. Su presencia conllevaría un peor pronóstico en el TDAH.

Los **factores psicosociales**. El ambiente psicosocial actúan como modulador fundamental sobre la vulnerabilidad biológica al TDAH.

Si un niño tiene algún factor de vulnerabilidad neurobiológica para sufrir déficit de atención, la concurrencia de alguno de los factores anteriores puede actuar como desencadenante del cuadro clínico, o como factor de mal pronóstico en cuadros ya establecidos, empeorando su evolución.

Papel del vínculo

La teoría del apego trata de explicar las interacciones precoces padre/ hijo como elemento fundamental en el desarrollo psicoemocional de niño, y cómo las anomalías de estas interacciones pueden modular la génesis de problemas de conducta y otros trastornos psicopatológicos.

El concepto de apego alude a la disposición instintiva y pre-programada que tiene un niño para buscar la proximidad y el contacto con un individuo específico, sobre todo bajo ciertas circunstancias percibidas como adversas. Así, los bebés despliegan conductas de apego tales como llorar, succionar, aplaudir, sonreír o aferrarse. La relación de apego actúa como un sistema de regulación emocional, cuyo objetivo principal es la experiencia de seguridad. Las señales elaboradas por los bebés son entendidas y respondidas por el cuidador, lo que permite alcanzar la regulación de cualquier cambio de estado del niño.

Entendemos como vínculo, el lazo afectivo que surge entre dos personas, generando un marco de confianza en el otro y en la vida; ese lazo une una persona a otra específica, diferenciada y preferida, conceptualizada como más fuerte y protectora, y mantiene unidas a ambas a lo largo del tiempo. El vínculo que une el bebé a su madre es un tipo especial de unión, siendo una conducta de tipo instintivo y en términos de evolución de la especie, tiene valor de supervivencia. En el desarrollo psicoevolutivo, primero aparece el apego y luego el vínculo.

Estilos educativos

El modelo de prácticas educativas y disciplinarias ejercida por los padres es también un factor relacionado con el TDAH, de modo que determinados estilos educativos podrían contribuir como factor de riesgo, interactuando con la predisposición del niño y exacerbando la presentación y evolución del TDAH. Obviamente, los factores familiares no son la causa del TDAH, pero pueden amplificar y mantener el trastorno.

Intervención

Un punto clave para la intervención en esta etapa de la vida es tener en cuenta

que no es necesario que exista una confirmación o evidencia sobre un déficit determinado, pues la mera sospecha del mismo ya constituye una indicación para realizarla.

Respecto al TDAH estas intervenciones consistirían en:

- . Identificar factores de riesgo, ya sean antecedentes familiares de psicopatología (especialmente antecedentes de TDAH), antecedentes prenatales y perinatales (tabaco, alcohol y drogas durante embarazo) y signos de alerta.
- . Mejorar las competencias parentales para la crianza, ayudando a los padres a crear un ambiente cálido y sensible en la relación que mantiene con su hijo.
- . Promover hábitos saludables en primera infancia (alimentación, sueño, juego).
- . Aprender a identificar conductas perturbadoras y conocer pautas educativas adecuadas y concretas que contribuyan a controlar y mejorar el comportamiento del niño (cariño, firmeza, normas, buena comunicación y respeto).
- . No sobreestimar al niño, sino facilitarle la cantidad y calidad de estímulos necesarios en cada momento para que el desarrollo infantil pueda ir avanzando adecuadamente.

Primera infancia: 1 a 3 años.

Consideraciones sobre el desarrollo infantil

El niño es un organismo en evolución, que con una maduración progresiva tanto funcional como afectiva, irá modelando su conducta para adaptarse al medio. El desarrollo de la conducta tiene un carácter continuo y acumulativo. En el curso de este desarrollo se observan etapas sucesivas que presentan discontinuidades o saltos. Cada nivel superior de integración presenta nuevas cualidades que van configurando una transformación constante del individuo. Esta capacidad plástica del potencial genético se va modulando mediante el aprendizaje, y establece barreras funcionales que limitan las reacciones cuando empieza a funcionar el

mecanismo de la inhibición.

En el **desarrollo emocional** de los niños de 1 a 3 años influyen distintos aspectos que se relacionan entre sí: la búsqueda de independencia, el desarrollo de la autoestima, la formación de vínculos afectivos y la influencia del temperamento en la formación del carácter.

La **autoestima**, que contribuye a que se valoren a sí mismos de forma positiva, y se sientan merecedores de respeto, felicidad y amor, es esencial para el desarrollo de la independencia, y para todo tipo de aprendizaje. La forma en que el niño se percibe a sí mismo influye en la forma en que se relaciona con los demás, y en el tipo de vínculos afectivos que establece con las personas de su entorno. Un niño con buena autoestima no necesita estar llamando la atención con su mal comportamiento.

El niño a esta edad tiene autonomía motriz y explora sus habilidades: caminar, correr, saltar, brincar, rodar y trepar. Se manifiesta enérgico, muy activo, curioso, egoísta. Quiere ser independiente.

Va desarrollando progresivamente la conciencia de sí mismo y de los demás, de sus propios sentimientos y pensamientos. Entre el año y medio y los tres años, el niño desarrolla además un sentido de autonomía y un sentimiento de vergüenza y duda. En esta edad aparecen la terquedad y la obstinación, debido a que el niño comienza a tomar conciencia del propio poder y valor personal. Trata de hacerse notar, sobre todo ante personas extrañas.

El miedo y las rabietas son dos emociones aprendidas que se suelen dar simultáneamente. El niño utiliza las rabietas para satisfacer sus deseos y manifestar sus **frustraciones**. Puede tener expresiones impulsivas, es decir, agresiones dirigidas al exterior, ya sea contra personas u objetos. O por el contrario, el niño puede inhibirse mostrándose tímido, se retrae y no exterioriza sus frustraciones.

En esta etapa de la vida la capacidad de prestar atención es muy corta, si no está realizando una actividad que realmente le gusta. El juego pasa de ser algo solitario a compartido. Hay que darle la oportunidad de tomar sus propias decisiones, para desarrollar y practicar sus destrezas motoras y lenguaje (parlotean sin parar); necesita satisfacer su curiosidad y aprender las “causas y efectos” de las cosas.

La familia representa un papel preponderante en la educación social y afectiva, tanto en el desarrollo de la seguridad personal como en el ajuste social. Hay también que tener en cuenta la variación temperamental. Las diferencias individuales en los hábitos y habilidades relacionadas con las emociones son consideradas como la parte biológicamente determinada de la personalidad. Los niños optimistas, osados, extravertidos, impulsivos exploradores y enérgicos pueden ser erróneamente identificados como hiperactivos.

Algunas de las conductas sujetas a la maduración como las rabietas frecuentes,

la falta de seguimiento de las reglas e incluso cierta 'agresividad fisiológica' deberán ir extinguiéndose al llegar a la edad escolar, si han sabido moldearse de forma adecuada. Se considerarán como patológicas solo aquellas conductas que sean evidentemente desproporcionadas para lo esperable a su edad.

Aproximación al diagnóstico: El TDAH se va a manifestar de forma distinta en cada etapa de la vida, a medida que se desarrolla el lóbulo frontal. Para valorar la conducta del preescolar debemos discriminar dónde está la fina línea que separa la normalidad de lo patológico.

En esta etapa, entre uno y tres años, coinciden síntomas propios del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) con características propias del estadio madurativo en el que se encuentran. La inatención, hiperactividad e impulsividad, son conductas 'propias' de la edad. Los niños preescolares están comenzando a desarrollar la capacidad de mantener atención e inhibir impulsos. La aplicación indiscriminada de criterios diagnósticos en adultos para niños, sin tener en consideración el contexto del desarrollo, promueve el sobrediagnóstico, la "psicopatologización" de la infancia y el tratamiento inadecuado de problemas normales del desarrollo.

El impacto del TDAH en la familia es debido más a los problemas de comportamiento que al exceso de actividad motora. Esta alteración en la armonía familiar produce sentimientos negativos, frustración, ansiedad y rechazo. Los padres se ven incapaces de encargarse de sus hijos, y se genera un gran nivel de estrés que dificulta la implantación de medidas educativas y de disciplina coherentes y beneficiosas para el niño. Además hay que tener en cuenta que hasta un 20% de los padres de niños con TDAH padecen también TDAH, o lo han presentado en la infancia.

En las familias de niños hiperactivos es más frecuente, que en la población general, la presencia de otros trastornos, como los trastornos del humor, de conducta, ansiedad y alcoholismo.

El debut del 75% de los casos de TDAH se produce antes de los 5 años, y la mayoría de las veces entre los 3 y los 4.

Manifestaciones del TDAH en edades tempranas

Los niños con TDAH suelen tener problemas en el desarrollo gráfico, en el reconocimiento de la figura humana a través del dibujo y, desde muy temprano, comienzan a reflejar problemas en el aprendizaje de los colores, los números y las letras.

Los padres definen a sus hijos como inquietos, impulsivos y despistados, con una preferencia por los juegos deportivos. Los niños otorgan a los juguetes su función adecuada aunque de manera desordenada, los desmontan y manipulan hasta su destrucción. Su juego es menos simbólico que el de otros niños, más inmaduro y estereotipado. Tienen menos predilección por los juguetes educativos y escasa disposición para el juego social. Presentan inmadurez emocional. Es frecuente el retraso del lenguaje y cierta torpeza en el desarrollo de la motricidad fina adaptativa.

Suelen incurrir en constantes rabietas y sufren más accidentes que los niños de su edad.

Los trastornos del sueño tales como ronquidos, pesadillas, sonambulismo y respiración por la boca están presentes hasta en el 43% de estos niños.

Los padres suelen definir a su hijo como despistado-inatento, impulsivo, destructor e inmaduro.

Los niños con TDAH inatentos puros son más difíciles de identificar porque pasan más desapercibidos al no ser tan conflictivos. “Van a su aire”, y hacen poco caso a los demás. Sacan los juguetes de su sitio, pero luego no les hacen caso. Cuando acuden a guardería, los educadores notan que no siguen el ritmo de los demás.

La detección de signos precoces de torpeza motora parece ser un buen indicador de alteraciones neurocognitivas.

En niños con problemas de conducta, los trastornos específicos del sueño se han asociado con dificultades en las relaciones con otros niños, distraimiento, falta de concentración, irritabilidad diurna, etc. Por otro lado, los trastornos del sueño (síndrome de piernas inquietas, apnea del sueño, enuresis, etc.) son más frecuentes en niños con TDAH que en la población general.

Consejos para la educación del niño

La familia es un factor facilitador de buen desarrollo psicológico y fisiológico. Si la familia es disfuncional, con ambiente desfavorable para el niño, probablemente conllevará consecuencias negativas para su desarrollo y se puede consolidar el TDAH.

A esta edad el niño es egocéntrico y posesivo, y tiene una idea muy limitada de lo que está bien y lo que está mal. No se comporta mal deliberadamente, sino que actúa según sus impulsos. La educación no sólo sirve para enseñar al niño a contener estos impulsos, sino también para comprenderlos. Este es el momento ideal para establecer algunas normas básicas de conducta, que le enseñen a distinguir lo que está bien de lo que está mal. A partir de los 18 meses la palabra favorita del niño es “no”.

Para los niños de 1 a 2 años sus padres son su referencia y el modelo a seguir. El

aprendizaje de normas de conducta de los niños de 1 a 3 años se basa, fundamentalmente, en la repetición. Los niños interiorizarán la norma después de que se le haya establecido de la misma manera, en diversas situaciones.

A lo largo del siglo XX se ha pasado de un **estilo educativo autoritario** a otro permisivo. En el estilo autoritario, el padre es la figura central, los papeles están bien definidos y establecidos, con normas claras. El hijo puede discrepar de estas normas, pero le proporcionan estabilidad, ya que “sabe a qué atenerse”.

En su forma extrema, el estilo autoritario está reflejado por la familia maltratadora, que se rige por la coacción y la violencia. El niño se siente inseguro e infravalorado, lo que le lleva a no valorar a los demás; es incapaz de tomar decisiones. No tiene pautas de comportamiento adecuadas, y además reproduce las aprendidas en el seno familiar, mostrándose agresivo por lo que es rechazado y termina en el aislamiento social.

Por el contrario, **el estilo permisivo** busca la igualdad. Los padres buscan un amigo en el hijo y se convierten en dispensadores de medios materiales. El padre pierde su predominancia en la familia; el niño opina y participa en los problemas de la familia.

Llevado al extremo, el estilo permisivo se convierte en “todo está permitido”. Los padres son incapaces de transmitir pautas de conducta adecuadas que permitan al niño discernir. Tienden a satisfacer de forma sistemática todos sus deseos, de forma que el niño no aprende a controlarse, no asume responsabilidades, no tolera las frustraciones y reacciona violentamente al menor contratiempo. El niño se va convirtiendo en un tirano con sus padres. Pero a pesar de su poder ante sus padres el niño no se siente feliz, sino inseguro y dependiente. No ha interiorizado los valores que orientan las conductas, por lo que no es capaz de rectificar, y descarga en los demás las consecuencias de sus actos.

En el medio de estos estilos educativos está el estilo en el que los padres compaginan la autoridad paterna fundamental con el respeto a las características de los hijos. Se deja claro qué conductas son adecuadas y cuáles no; qué es lo que se espera del niño y qué valores se quieren transmitir. Ambos padres transmiten una imagen de unidad y respeto mutuo. De esta forma se estimula la responsabilidad, autonomía, seguridad y buen concepto de sí mismos. Se sienten queridos por lo que son, y no por sus logros. Todo esto les capacita para una adecuada integración social.

Para educar tenemos que **ser coherentes** entre lo que decimos y lo que hacemos. Si algo se permite hacer un día no se puede prohibir otro. Si no hay coherencia, el niño no comprende qué es lo que puede o debe hacer. Como consecuencia, no obedece las normas. Las incoherencias de los padres perjudican la educación de los niños, volviéndola ineficaz. Por esta razón, es importante que los padres y educadores (cuidadores, guardería) se pongan de acuerdo.

Para educar tenemos que **ser consecuentes**. Las normas de conducta han de ser lógicas y estar relacionadas con las circunstancias. Si se da una norma, el niño debe saber qué es lo que puede pasar si no la cumple. Si la falta es leve, también debe serlo el castigo. Hay que evitar pedirle que haga algo en los momentos en los que se encuentra cansado, tiene hambre o está asustado, ya que reaccionará mal. La consecuencia es un ingrediente muy importante en la educación, pues ayuda al niño a hacerse poco a poco responsable de sus faltas.

Para educar tenemos que **ser pertinentes**. La pertinencia de un castigo determina su eficacia. Un castigo inoportuno no sirve de nada. Las normas de conducta deben ser realistas y razonables, y siempre deben tener en cuenta el temperamento del niño. Esto significa que las normas deben estar adaptadas a la edad del niño, a su capacidad de comprensión y a las circunstancias. No debemos exigirles más de lo que puedan asimilar. Si no tenemos en cuenta la pertinencia de una norma, lo más seguro es que el niño sea incapaz de obedecerla.

La **constancia** es fundamental para educar, porque el niño necesita consolidar lo que aprende a base de repetir. A la hora de enseñar al niño unas normas básicas de conducta, los educadores deben mostrarse firmes y constantes. La constancia ligada a la paciencia será la clave definitiva para ayudar al niño a aprender las normas y favorecer así su buena educación.

Para educar necesitamos **claridad**. Las normas y advertencias deben ser claras. Cuando se haga una advertencia hay que asegurarse de que lo ha oído y de que lo ha entendido. Conviene ser claros y concisos. No usar términos generales como “*pórtate bien*” si no pedirle claramente lo que queremos que haga o no haga en ese momento: estarse quieto, estar callado, etc.

Finalmente, para educar debemos comenzar por las normas que tienen que ver con su propia seguridad y con determinados comportamientos agresivos, dejando para más adelante las que se refieren a comportamientos sociales. Las normas deben ir aumentando gradualmente en número a medida que el niño las va asimilando.

¿Cómo ejercer la disciplina?

. Refuerzo positivo

Refuerzo positivo es cualquier estímulo que aumente la probabilidad de una conducta y ayude a que la conducta se mantenga. Se trata de aumentar conductas positivas o deseadas. Como refuerzo positivo podemos utilizar todo aquello que guste o resulte agradable al niño. Puede ser verbal, en forma de halago, leerles o contarles un cuento, caricias, escucharles, llevarles de paseo, o puede concretarse con la entrega de algún objeto del agrado del niño (golosinas, pequeños juguetes, cromos, etc.).

Para la mayoría de los niños la atención que le prestan sus padres es un poderoso reforzador. La utilización de refuerzos positivos no consiste en premiar y

darle continuamente cosas. Es preferible que los refuerzos se planteen como consecuencias naturales a sus conductas: una consecuencia positiva sigue a una conducta deseable.

Una forma de evitar que tanto él como nosotros percibamos la situación como un “chantaje” es no utilizar nunca el término condicional “si...” para iniciar una frase donde se ofrezca una recompensa. En su lugar podemos comentar por ejemplo, “Ya sabes que verás la tele cuando termines de recoger el cuarto”.

El refuerzo siempre debe darse inmediatamente después de obtenido el resultado, ya que pierde eficacia conforme aumenta el tiempo que transcurre entre la respuesta y el reforzador, y nunca se debe aplicar antes de producirse ese resultado. Es conveniente no utilizar siempre el mismo tipo de refuerzo, porque el niño puede habituarse o cansarse de él y deja de ser efectivo.

El refuerzo debe ser consecuencia de una buena conducta. No acostumbremos al niño a recibir recompensas a cambio de nada. Si anunciamos el disfrute de una recompensa debemos cumplirla ya que si no nuestras advertencias perderán credibilidad en el futuro.

Un refuerzo negativo

Un refuerzo negativo es el que reafirma una conducta porque al hacerla se nos quita algo que no nos gusta o que queremos evitar. Por ejemplo: “Si acabas a tiempo la merienda no tendrás que limpiar la mesa”.

Pautas para la aplicación adecuada y eficaz del castigo

- . Ha de ser advertido y previsible
 - . Ha de ser inmediato
 - . Ha de consistir en una experiencia claramente indeseable para el niño, pero nunca puede incluir maltratos ni físicos, ni psicológicos
 - . Ha de ser objeto de aplicación consistente (no dependiendo del mal humor de quien lo aplica)
 - . Ha de acompañarse siempre de pautas sobre cómo actuar. El castigo informa de lo que no hay que hacer.
- El castigo físico, gritos y humillaciones no sirven para nada. Los niños perciben el castigo físico (cachete, bofetada...) como una pérdida de control por parte del adulto, y además aprenden que es lícito pegar a a otros (especialmente si son más débiles). Ellos también considerarán la posibilidad de recurrir a la violencia.

Para modificar la conducta del niño, los padres debemos establecer normas y

límites con anterioridad. El niño debe tener clara cuál es la norma que ha incumplido. No se debe castigar ni reprender si no había una norma previa. Conviene que los castigos sean inmediatos para que el niño relacione la falta con su consecuencia.

Se debe castigar la mala conducta, pero siempre dejando claro que se sigue amando al niño. Los castigos deben ser proporcionales a la falta. Los castigos deben tener como finalidad ayudar a comprender al niño que determinada actitud no es aceptable. Si están dirigidos a este fin, los castigos cumplen una función educativa.

Hay dos maneras de castigar: por pérdida de privilegios y por exclusión momentánea. Para que el niño comprenda la razón de nuestro castigo, conviene dialogar con él desde la tranquilidad y la calma, explicándole con actitud firme por qué su conducta no es la adecuada. Sin embargo, para reforzar su autonomía, es preferible no abusar de ninguna de las dos técnicas. Cualquiera de las dos maneras de imponer la disciplina ayudará al niño a comprender la importancia de obedecer.

Castigo por pérdida de privilegios: Consiste en retirar permisos para hacer algo. Por ejemplo: “Como no has recogido los juguetes, mañana no podrás jugar con ellos”. “Como no quieres andar de la mano, volverás a sentarte en la silla”.

Castigo por exclusión momentánea: Consiste en aislar por unos minutos al niño, llevarle a otra habitación de la casa donde permanezca solo durante unos minutos sin sus juguetes ni ningún otro tipo de diversión. El retiro debe ser breve. Si es preciso, por seguridad del niño, uno de los padres puede quedarse cerca pero sin dirigirse a él. Antes de permitirle reanudar la actividad normal, conviene recordarle la causa de que fuera excluido, la norma que no cumplió y pedirle que lo piense otra vez antes de obrar mal.

Cómo corregir la agresividad de los niños:

- . Dejando claras las normas: no se puede pegar a otras personas.
- . Sujetándole con fuerza si es preciso para impedirle cualquier agresión.
- . Repitiendo el mensaje con claridad y serenidad.
- . Si inicia un juego violento, se deben introducir cambios para que vaya disminuyendo el ritmo.
- . Para enseñarle a contener sus impulsos agresivos, los padres deben darle ejemplo manteniendo la calma durante sus episodios de agresividad.
- . Alabar al niño con tendencia a la agresividad cuando, habiendo estado con otros niños, no ha demostrado un comportamiento violento.

. Los niños agresivos suelen tener mucha energía y en muchos casos la agresividad es una manera de quemar la energía que tienen acumulada. Resulta aconsejable proporcionar al niño más actividad física mediante juegos y juguetes que estimulen su movimiento.

La rabieta no sucede si no hay un público que reaccione ante ella. Hay que mantener la calma, sin gritar. Se describen dos formas de rabietas, las que son debidas a frustración o impotencia y las que se deben a un deseo de llamar la atención o exigir algo. Las primeras suceden cuando se sienten frustrados consigo mismos, porque no consiguen terminar algo, les sale mal o porque sus padres no entienden lo que dicen. En estas ocasiones, el hijo necesita estímulo y un padre que le escuche “Sé que es difícil, pero vas a mejorar. ¿Puedo hacer algo para ayudarte?” Elógiele también por no darse por vencido. Los niños tienden a tener más rabietas cuando están cansados porque son menos capaces de hacer frente a las situaciones frustrantes. En estas ocasiones, haga que su hijo se acueste. El hambre puede contribuir a las rabietas. Si sospecha esto, dele un bocadillo. Las rabietas también aumentan durante una enfermedad.

En las rabietas por deseo de llamar la atención o para exigir algo no hay que ceder a sus caprichos. Cuando un niño llora porque se le ha negado un permiso, regalarle un juguete o una golosina, o consolarle de inmediato para que deje de llorar es negativo pues impide al niño comprender lo que ha ocurrido. Esto, en el fondo, le producirá inseguridad.

En las rabietas para llamar la atención el niño puede gemir, llorar, golpear el piso o la puerta, cerrar una puerta con violencia, o contener la respiración. Mientras el niño permanezca en un solo lugar y su comportamiento no sea destructivo, se le puede dejar tranquilo. Si se reconoce que un evento en particular va a hacer que el niño pierda los estribos, hay que tratar de desviar su atención hacia alguna otra cosa. Sin embargo, no hay que ceder ante sus demandas.

Durante la rabieta, si el comportamiento del niño es inofensivo, se le ignora por completo. Una vez que ha empezado, una rabieta rara vez puede ser interrumpida. No trate de razonar con su hijo. Simplemente dígame: “Veo que estás muy enfadado. Te dejaré solo hasta que te calmes. Llámame si quieres hablar”. Dejar que el niño recupere el control. Después de la rabieta, asumir una actitud amistosa y tratar de normalizar las cosas.

Algunas veces las rabietas son demasiado perturbadoras o agresivas para que los padres las pasen por alto (se cuelga de usted o le sigue de un lado a otro durante la rabieta, le golpea, arroja objetos, rompe cosas). En esas ocasiones, mande o lleve al niño a su cuarto para que permanezca allí durante 2 a 5 minutos.

Niño de 4 a 6 años

El principal problema que encontramos en el abordaje diagnóstico del TDAH en el niño preescolar es que la utilidad del DSM-V en esta franja de edad no está suficientemente demostrada. Se requiere una edad superior a los 6 años para poder realizarlo. Sin embargo, las academias americanas de psiquiatría, neurología y pediatría consideran posible su diagnóstico a partir de los 3 años.

En el mismo sentido, Barkley considera necesarios umbrales más altos a la hora de aplicar los criterios diagnósticos del DSM-V en preescolares, ya que en ellos cabría esperar niveles más elevados de síntomas que en niños de edad escolar; de la misma forma en la etapa adolescente y juvenil los umbrales para el diagnóstico del TDAH deberían ser más bajos.

Siendo el TDAH una enfermedad cuyo diagnóstico es eminentemente clínico y donde las pruebas neuropsicológicas no son esenciales para el mismo, es la historia clínica exhaustiva y la exploración general la que nos acercará al diagnóstico.

a. Historia clínica

En la entrevista con el niño y su familia será clave identificar los síntomas de alerta del trastorno.

- . Tienen conducta explosiva: suelen ser más agresivos que otros niños.
- . Carecen de tolerancia a los cambios en las rutinas.
- . Su actividad motora es frenética.
- . Duermen poco, se despiertan muy temprano y se acuestan muy tarde.
- . Demandan atención continua (pegajosa) de sus mayores.
- . Su conducta es disruptiva: es difícil asistir con ellos a actos sociales.
- . Carecen de la sensación de peligro y se exponen a riesgos.
- . Incumplen las normas básicas del aula.

No respetan la “burbuja personal” que preserva el espacio íntimo de cada cual. No suelen ser niños violentos, pero al no medir las consecuencias de sus actos pueden considerar normales ciertos comportamientos que son en realidad formas de acercamiento carentes de autocontrol.

El niño preescolar con TDAH está caracterizado por la inquietud y la impulsividad. Después de esta etapa la conducta se contiene y predominan los síntomas de inatención y las dificultades académicas.

Se trata de un niño que no es capaz de regular su conducta, de controlar sus emociones. Por tanto no obedece, no coopera, no comparte y se transforma en un niño ruidoso, movido y frecuentemente rechazado. Presenta una “conducta explosiva”, es decir una forma de comportamiento marcada por un temperamento difícil e inflexible, con brotes de mal genio, enfados fáciles, donde las rabietas son a veces un reflejo de la escasa tolerancia a las frustraciones y de su rigidez cognitiva.

Aunque muchas de las conductas expuestas, como rabietas, agresividad, incumplimiento de normas, son conductas fisiológicas en niños de estas edades que con unas adecuadas pautas educativas se extinguirán al llegar a la edad escolar, deben ser siempre tenidas en cuenta.

En los niños con TDAH a esta edad son frecuentes las intoxicaciones, fracturas, traumatismos y en general accidentes infantiles, dada la gran actividad motora y carencia del sentido del peligro que presentan. Son también frecuentes las conductas sociales negativas hacia los compañeros de aula, aunque no son niños agresivos. Simplemente no ejercen un adecuado autocontrol sobre sus movimientos.

Los problemas del sueño aparecen en la anamnesis de estos niños con frecuencia. Son niños renuentes a acostarse, o gritan o se levantan continuamente de la cama; mientras duermen no paran de moverse, y duermen menos horas que sus iguales. Muchos de estos trastornos del sueño ya están presentes en la etapa de lactante.

b. Exploración general

La exploración del niño se centrará en cuatro aspectos fundamentales:

b.1 Desarrollo psicomotor

Las principales alteraciones que nos podemos encontrar en esta etapa del TDAH son las siguientes:

. **Retraso del lenguaje.** El lenguaje es el área del neurodesarrollo más frecuentemente afectada en el TDAH.

. **Torpeza motora.** Presentan un retraso en el desarrollo de la motricidad fina adaptativa con mala coordinación motora. Hay que evaluar su capacidad para hacer torres, ensartar anillas, hacer bolitas de papel, abotonarse, coger el lapicero, etc.

b.2 .Observación del juego

La investigación del juego y el uso del juguete aportan una gran información acerca del grado de inatención del preescolar. El niño afecto de un TDAH presenta un juego más inmaduro, menos simbólico y más estereotipado.

El juego social se inicia hacia los dos años, en parejas, y se consolida a los cuatro años, siendo la base del desarrollo de las futuras habilidades sociales.

Valorar los siguientes marcadores de juego entre 12 meses y 5 años para la evaluación del TDAH en niños preescolares:

1.- Niños que prefieren los juegos deportivos o de ejercicio (pelotas, balones, etc.) y les gusta gastar energías con ellos, en lugar de los juegos educativos, como rompecabezas o piezas ajustables.

2.- Les gustan los juguetes de piezas, pero sólo para desmontarlos, con una actitud destructiva, rechazándolos y abandonándolos luego sin interés por ellos. No da la función adecuada a cada uno de los juguetes.

3.- No es capaz de jugar con otros niños, ni compartir y proponer juegos y actividades.

c. Análisis del dibujo

Es una herramienta muy útil cuando entrevistamos a niños de 3 a 6 años, y fácil de realizar en la consulta. Se puede solicitar un dibujo espontáneo, o bien completar un dibujo parcialmente esbozado por nosotros. El análisis de la figura humana sigue siendo una técnica de gran valor. Podremos apreciar dificultades en el desarrollo gráfico, en la comprensión de la figura humana en el dibujo.

d. Evaluación del aprendizaje escolar

Es frecuente que estos niños no rindan igual que sus compañeros, con dificultades tanto para la lectura como para las matemáticas, sin que se haya demostrado que tengan menos inteligencia.

El TDAH repercute claramente en el aprendizaje de colores, letras, números y formas. También en su habilidad para coger el lapicero, siendo más susceptibles los que presentan retraso del lenguaje.

Si tras la exploración nos encontramos ante un preescolar con distractibilidad, hiperactividad, retraso del lenguaje y torpeza motora, mantendremos un alto índice de sospecha, ya que la probabilidad de que cumpla los criterios diagnósticos para TDAH en edades posteriores según DSM V es muy alta.

No se debe olvidar que la presencia de hiperactividad, inatención y desobediencia en niños muy pequeños sin que produzca deterioro funcional, puede reflejar un trastorno madurativo y por tanto transitorio.

Es de gran relevancia durante la entrevista la evaluación no sólo del niño, sino de los padres. Unos padres competentes a la hora de modular la conducta de su hijo, de dirigir su atención mediante la palabra y el gesto, pueden atenuar los síntomas hipercinéticos. Por el contrario, la presencia de psicopatología en uno o ambos progenitores (ansiedad, depresión), violencia intrafamiliar, maltrato infantil, nos obligarán a efectuar un correcto diagnóstico diferencial.

Para el estudio, diagnóstico y seguimiento del TDAH a partir de los seis años es absolutamente imprescindible la estrecha colaboración y coordinación con el equipo escolar. El abordaje del TDAH que no cuente con el equipo escolar está abocado al fracaso. En algunas autonomías se han establecido cauces institucionales para este necesario trabajo en equipo; en otras se debe instar urgentemente a las autoridades sanitarias y educativas, y a todos los profesionales implicados, para que se haga. Sigue siendo muy importante insistir en que el tratamiento y seguimiento del TDAH en la edad infantojuvenil debe ser interdisciplinar y multimodal.

Bibliografía.

Rodríguez, L., López, J.A., Garrido, M., Sacristán, A.M., Martínez, M.T., Ruiz, F.: "Estudio psicométrico-clínico de pre-valencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). Rev. Pediat. A. Primaria. 2009; 11:251-70.

Flora de la Barra, M.: "Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. Rev. Chil. Neuro-Psiquiat. 2009; 47(4):303-14.

Fernández, M., Hidalgo, I, Lora, A., Rodríguez, L., Sánchez, L, Eddy L. et al. "La atención primaria y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH): Consenso multidisciplinar y evidencias para la puesta en práctica". Acin-des. Madrid, 16 de enero de 2009 [consultado 1 Dic. 2010]. Disponible en: <http://www.aepap.org/atencion/documentos/tdahconsenso.pdf>

Coghill, D., Soutullo, C., D'Aubuisson, C., Petrus, U., Lindback, T., Silverberg M. Impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on the patient and family: results from a European survey. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 2008; 2:31-46.

Programa de Salud Infantil (PSI). Aepap.Ed. Exlibris. Madrid, 2009

Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, 2004, 4(2): 127-144.

Duelo Marcos, M., Arroba Basanta, M.L.: ¿Estamos los pediatras preparados para detectar y prevenir los problemas psicológicos de nuestros pacientes?. Rev. Pediatr. At. Primaria vol.13 no.52 Madrid oct.-dic. 2011.

Ortiz Soto, P., Duelo Marcos, M., Escribano Ceruelo, E.: La entrevista en salud mental infantojuvenil. Rev. Pediatr. At. Primaria vol.13 no.52. Madrid oct.-dic. 2011.

Fernández Pérez, M., Gonzalvo Rodríguez, C.: Diagnóstico precoz del trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad mediante el cribado de la Academia Americana de Pediatría para la atención primaria en las cohortes de 8 años. An. Pediatr. (Barcelona). 2011. doi:10.1016/j.anpedi.2011.10.004.

Viser et al.: National Estimates and Factors Associated With Medication Treatment for Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Pediatrics, 119: s99-s106, 2007.

Mulas F.: I Reunión Andaluza de Neuropsicología. 2011

Cardo, E., Nevot, A., Redondo, M., Melero, A., De Azúa, B., García-de la Banda, G., et al.: Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿un patrón evolutivo? Rev. Neurol. 2010; 50 (Supl. 3): S143-7.

J. Vaquerizo-Madrid: Claves para comprender las manifestaciones clínicas del TDAH en el lactante, preescolar y niño mayor. Curso práctico online de TDAH para pediatras.

Greene, R.W.: The explosive child. 2ª ed. New York: Quill; 2001

J.Vaquerizo-Madrid: Evaluación clínica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Modelo de entrevista y controversias. Rev. Neurol. 2008; 46(Supl 1): S37-S41.

Pelham y col.: Handbook of Infant, Toddler and Preschool Mental Health Assesment. Oxford 2004.