

¿Qué es la hiperactividad y cómo ven el problema los padres?

Análisis de los motivos de consulta y las estrategias de afrontamiento del TDAH en una muestra de estratos socioeconómicos altos de Bogotá

Rafael Vásquez¹
Manuel Benítez²
Álvaro Izquierdo³
Zulma Dueñas Gómez⁴
Dora L. Gómez M.⁵
Juan Carlos Caicedo Mera⁶

Resumen

Introducción: El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es el diagnóstico más frecuente en la consulta psiquiátrica infantil en distintas sociedades. Clásicamente, la triada de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad es el núcleo y el objetivo de las diferentes estrategias terapéuticas. Sin embargo, son múltiples los motivos de consulta que los pacientes y sus familias establecen, debido al impacto de los síntomas en las dinámicas escolares y de convivencia. *Objetivo:* Conocer cómo se expresan los motivos de consulta en un medio como el de Bogotá (Colombia). *Métodos:* Se analizaron 366 encuestas de padres de niños con TDAH, quienes asisten a la reunión mensual de la escuela para padres HIDEA, especializada en TDAH, en la que relatan sus motivos de consulta y las estrategias con las cuales tratan de mejorar estas dificultades. *Resultados:* Las quejas más frecuentes son la rebeldía, el desacato a la autoridad y el bajo rendimiento escolar. Para ayudar al niño, recurren ante todo a la terapia ocupacional, de acuerdo con la recomendación del colegio. *Conclusiones:* Para los padres la problemática sentida no se relaciona directamente con los rasgos clínicos principales del TDAH, sino con sus consecuencias desadaptativas en el

¹ Psiquiatra de niños y adolescentes. Profesor titular del Departamento de Psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia.

² Neuropediatra, Departamento de Pediatría Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia.

³ Neuropediatra. Coordinador del posgrado de Neuropediatría, profesor asociado de Pediatría, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

⁴ Bióloga PhD. Docente doctorado en Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

⁵ Profesora del Departamento de Psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

⁶ Médico. Docente investigador del área Salud y Sociedad, Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social, Universidad Externado de Colombia. Candidato a doctorado en Ciencias Biomédicas, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

medio escolar. Paradójicamente, también se hace evidente una relativa debilidad de las estrategias de afrontamiento que implican cambios profundos en los patrones de crianza y convivencia.

Palabras clave: TDAH, motivos de consulta, oposicional, pautas de crianza, bajo rendimiento escolar.

Title: What is Hyperactivity and How do Parents View The Problem? Analysis of Chief Complaints and Coping Strategies of Adhd in a Sample of High Socioeconomic Status in Bogotá.

Abstract

Introduction: The most frequent clinical diagnosis in psychiatric child services in different societies is attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Classically, the core symptoms and the main objective of different therapeutic strategies are the triad hyperactivity, attention deficit, and impulsivity. However, the chief complaints that patients and families state are diverse due to the relevant impact of the symptoms on school and social dynamics. *Objective:* To learn how the chief complaints are expressed in the context of Bogotá (Colombia). *Methods:* 366 surveys of parents of children with ADHD were analyzed. They participated in the monthly meeting of the "HIDEA Parent's School", which specializes in ADHD. Surveys summarized the complaints and confrontation strategies used to improve these inconveniences. *Results:* The most frequent complaints were disobedience, defying authority, and low school performance. To help the children the parents turned mainly to occupational therapy as suggested by the school. *Conclusions:* We observed that parents perceived the problem as linked to social annoyance consequences instead of clinical symptoms of ADHD. Paradoxically a relative weakness of confrontation approaches was also evident, involving deep changes in child rearing patterns and social interactions.

Key words: ADHD, chief complaint, oppositional, child rearing patterns, low school performance.

Introducción

El TDAH constituye una categoría diagnóstica caracterizada por la presencia de diversos síntomas, agrupados en tres ejes principales: la hiperactividad, el déficit de atención y la impulsividad. Se han descrito tres subtipos relacionados con la predominancia de alguno de los rasgos centrales: el tipo hiperactivo, el tipo inatento y el tipo combinado (1). En la literatura se reporta que las tasas de prevalencia del TDAH varían en diferentes poblaciones del 3% al 5% hasta el 17,1% (2), y en Colombia, un estudio realizado en 2003 mostró una prevalencia del 15% (3).

Evidencias clínicas describen un importante espectro de comorbilidad del TDAH, expresado principalmente por el trastorno oposicional-desafiante TOD, los trastornos del aprendizaje, los rasgos de ansiedad y los trastornos afectivos, particularmente la depresión, además de alteraciones en la motricidad gruesa y fina (4,5). Existe, además, otra complicación no descrita por la literatura, pero evidenciada en la práctica clínica, la cual se asocia con las dificultades operativas que muestran las familias para resolver las funciones, objetivos y tareas relacionadas con el niño(a) que padece TDAH. Sumado a lo

anterior, la evolución del trastorno muestra que cerca de un 50% de los casos, los complicados, los que se acompañan de comorbilidad, persisten en la edad adulta (6).

Otra observación que surge por medio de la práctica clínica consiste en que la persistencia de los síntomas en edades avanzadas parece relacionarse con la formación de ambientes familiares en los que los rasgos de hiperactividad y déficit atencional probablemente se convierten en factores constitutivos de las dinámicas cotidianas, hecho que podría generar algún nivel de naturalización y tolerancia de los síntomas, y afectar el establecimiento de pautas de crianza y convivencia. En efecto, puede observarse que la presencia de padres con rasgos del trastorno se convierte en un factor de riesgo para la ocurrencia de este en los hijos, sin que pueda discernirse completamente el factor puramente genético de aquel introducido por el ambiente.

Con base tanto en los antecedentes reportados en la literatura como en los obtenidos gracias a las observaciones hechas en la práctica clínica, resulta de gran interés indagar sobre las quejas que llevan a los padres de los niños con TDAH a acudir al servicio médico, lo cual supone, en muchas ocasiones, superar la resistencia al estigma social que implica la patologización del cuadro y el acceso a la atención psiquiátrica, y condensar en el motivo de consulta la forma como los

padres denominan el problema, lo caracterizan y lo comprenden.

De hecho, Nadeem y Jensen muestran que este proceso de decisión familiar, así como las diferentes formas de tratamiento elegidas, podrían estar mediados por instancias externas al núcleo familiar, principalmente la escuela (7). Por otra parte, en la consulta psiquiátrica de niños y adolescentes se observa que muchos de los motivos de consulta se derivan de las condiciones comórbidas al TDAH, cuyo escenario de malestar es la escuela, y la relación de los padres y el niño con esta.

En general, en nuestro país, muchas de las quejas de los padres son traducidas en la práctica clínica a los criterios diagnósticos estandarizados, y, de esta manera, son reducidas a las formas convencionales de entender el trastorno desde las concepciones biomédicas, hecho que podría recaer en un relativo fraccionamiento de aquellas manifestaciones que los padres y los propios pacientes resaltan como las problemáticas prioritarias asociadas con su cuadro clínico, y un desconocimiento parcial de las expectativas que contienen las demandas específicas de apoyo establecidas frente a los servicios de salud.

Además, en cuanto construcciones lingüísticas, las quejas planteadas y su derivación en motivos de consulta configuran una fuente de información potencialmente relevante para el abordaje clínico, pues podrían develar diferentes significaciones,

valoraciones y acciones de sentido común que los sujetos movilizan para hacer frente a su situación; lo cual cobra una mayor importancia en el campo de las problemáticas de salud mental y los complejos entramados socioculturales en las que emergen.

Por lo anterior, el presente estudio tiene como objetivo caracterizar las principales quejas en una muestra de padres de pacientes con TDAH, quienes buscaron ayuda médica, pertenecientes a estratos socioeconómicos 4, 5 y 6, y residentes en Bogotá D. C. Se exploraron tanto en el escenario familiar como en el escolar; igualmente, se pusieron en evidencia sus principales estrategias de afrontamiento en los dos contextos. El propósito final es aportar a la clínica psiquiátrica elementos para un entendimiento detallado de sus necesidades sociales y terapéuticas.

Materiales y métodos

Informantes del estudio: Los informantes fueron 366 padres de niños con diagnóstico establecido de TDAH, asistentes por primera vez a la escuela de padres HIDEA, especializada en TDAH. Todos los padres pertenecen a los estratos socioeconómicos 4, 5 y 6, y proceden de un medio urbano. La escuela de padres HIDEA ofrece una reunión mensual, para informar a los padres de los niños sobre la naturaleza, evolución y tratamiento del TDAH.

Instrumento: Se utilizó una encuesta autoaplicada diseñada por los

autores, la cual debían diligenciar los informantes. Esta encuesta tuvo opciones abiertas de respuesta e indagó por las tres principales quejas en el contexto familiar y escolar, así como la principal estrategia de afrontamiento en cada espacio.

Procesamiento de la información: Las diferentes quejas y formas de afrontamiento referidas por los padres fueron agrupadas y codificadas por criterio de afinidad semántica, en 61 y 33 categorías, respectivamente.

Análisis estadístico: Con la base de datos numérica se realizó un análisis de estadística descriptiva (distribuciones de frecuencia expresadas en porcentajes), apoyado en el *software* STATA 10. Para realizar las gráficas se emplearon los programas Corel Draw y Graph Pad.

Resultados

Descripción de la muestra: De acuerdo con los datos que muestra la encuesta, la mayoría de los informantes que asistieron a las reuniones del grupo HIDEA fueron las madres de los pacientes (69,91%). En segundo lugar se encontraron los padres (17,11%) y en tercero, la pareja de padres (11,21%). En cuanto a la población de niños con TDAH, el 82,51% correspondieron al género masculino y el 17,49%, al femenino. La edad de los pacientes tuvo una media de 8,21 años, con una desviación estándar de 2,96.

Principales quejas de los padres: Se obtuvieron 61 agrupaciones temá-

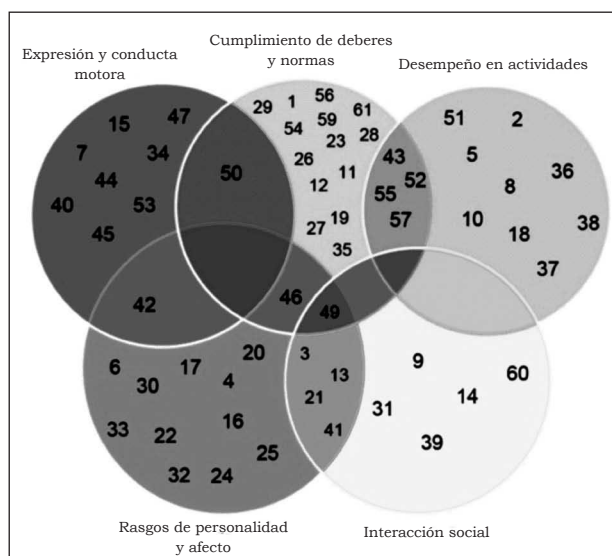
ticas de quejas de los padres en casa y en el colegio, que se muestran en el Cuadro 1. Estas pueden agruparse en diferentes áreas problemáticas (Figura 1).

Principales quejas de los padres en casa: En cuanto a las quejas de los padres en casa, solo un número de 5 a 11, de las 61 categorías (Cuadro 2), concentraron el mayor porcentaje de respuestas. Las demás mostraron un comportamiento de dispersión en la tabla de frecuencias. La queja más importante corresponde a la categoría no obedece instrucciones. Otras de las más destacadas fueron: no cumple con sus obligaciones, falta de atención y es altanero y desafiante. (Figura 2).

Principales quejas de los padres en el colegio: En las quejas reportadas por los padres sobre el desempeño de sus hijos en el colegio, un número de 7 a 9, de las 61 categorías, concentraron el mayor porcentaje de respuestas. Entre ellas ocupó el primer lugar la categoría: Falta de atención, seguida por otras como bajo rendimiento académico, no obedece instrucciones y falta de motivación para estudiar (Figura 3).

Estrategias de afrontamiento: Los datos permitieron extraer 34 estrategias de afrontamiento para el TDAH, implementadas en casa y en el colegio, las cuales pueden agruparse en ocho tipos diferentes (Cuadro 2).

Figura 1. Distribución de las quejas de los padres en cinco áreas problemáticas: expresión y conducta motora, cumplimiento de deberes y normas, rasgos de personalidad y afecto, desempeño en actividades e interacción social



Nota: Los diagramas muestran el número de codificación de cada queja de los padres según el Cuadro 2.

Cuadro 1. Quejas de los padres en la casa y en el colegio

| | |
|--|---|
| 1. No quiere hacer sus deberes/no es responsable de lo que debe hacer. | 30. Se deprime/se frustra/se pone triste. |
| 2. Se demora haciendo sus deberes/requiere más tiempo que otros niños. | 31. Mala interacción social/no tiene amigos/es rechazado por el grupo. |
| 3. Discute mucho/es rebelde/actitud oposicional-desafiante/irrespeto a la autoridad. | 32. Baja autoestima. |
| 4. Es impaciente/intolerante. | 33. Todo el tiempo da disculpas. |
| 5. Se aburre fácilmente en las actividades que debe hacer o en juegos. | 34. Se autoagrede. |
| 6. No le gusta permanecer solo. | 35. Dificultades para vestirse y organizar su ropa. |
| 7. Es inquieto/se mueve mucho/es hiperactivo/no permanece en un solo sitio. | 36. Malos hábitos de estudio. |
| 8. No se concentra en lo que hace/es disperso/es distraído/falta de atención. | 37. Bajo rendimiento académico/problemas de comprensión y aprendizaje. |
| 9. Habla mucho/interrumpe a los demás/distrae a otros niños. | 38. No hace tareas solo/necesita siempre acompañamiento en sus deberes. |
| 10. No termina las actividades que comienza. | 39. Pelea con amigos o compañeros/es conflictivo con amigos. |
| 11. No obedece instrucciones/no hace caso. | 40. Se orina en la ropa/no controla esfínteres. |
| 12. Es desordenado. | 41. Se aísla. |
| 13. Muestra actitud agresiva/tiene juegos agresivos. | 42. Es agresivo con los animales. |
| 14. Habla poco/no se expresa ante los demás. | 43. Hace muchas cosas al mismo tiempo. |
| 15. Grita/hace ruidos extraños o desagradables. | 44. Tiene manierismos (movimientos estereotipados)/posturas inadecuadas. |
| 16. No tolera perder/baja tolerancia a la frustración. | 45. Destruye las cosas. |
| 17. Es manipulador/es mentiroso. | 46. Es voluntarioso/hace solo lo que quiere. |
| 18. Tiene problemas para comer sus alimentos. | 47. Inactividad física. |
| 19. Es desorganizado con el tiempo/no sigue rutinas. | 48. Ninguna queja en particular. |
| 20. Es perezoso/muestra falta de interés por las cosas. | 49. Se burla del profesor o compañeros/hace bromas/molesta a los otros. |
| 21. Pelea con hermanos y familiares/es conflictivo en casa. | 50. Se sale del salón de clases. |
| 22. Es ansioso/es intranquilo/se angustia fácilmente. | 51. Tiene problemas de lectoescritura. |
| 23. Ve mucha televisión/se ocupa demasiado en los videojuegos. | 52. No realiza actividades en clase/no participa en clase. |
| 24. Es malgeniado/se muestra irritable/es negativista/es apático. | 53. Tiene problemas de motricidad fina/ejecución motora. |
| 25. Es impulsivo. | 54. Pierde sus útiles escolares. |
| 26. Es descuidado con sus cosas. | 55. No copia las tareas que le dejan/no maneja su agenda escolar. |
| 27. Es indisciplinado/no acepta normas. | 56. Descuida o daña las instalaciones u objetos del colegio. |
| 28. Sale solo a la calle. | 57. No lleva los cuadernos o libros indicados al colegio. |
| 29. No mide riesgos ni consecuencias de sus actos/no asume su culpa. | 58. Es expulsado del colegio/queda desescolarizado. |
| | 59. Debe cambiar de colegio con frecuencia. |
| | 60. Mala relación con profesores/prejuicios hacia él/muchos llamados de atención. |
| | 61. Problemas para tomar su medicamento para el TDAH |

Figura 2. Porcentaje de frecuencia de las quejas sobre el desempeño de sus hijos en casa reportadas por los acudientes de los pacientes con TDAH en la encuesta autodiligenciada

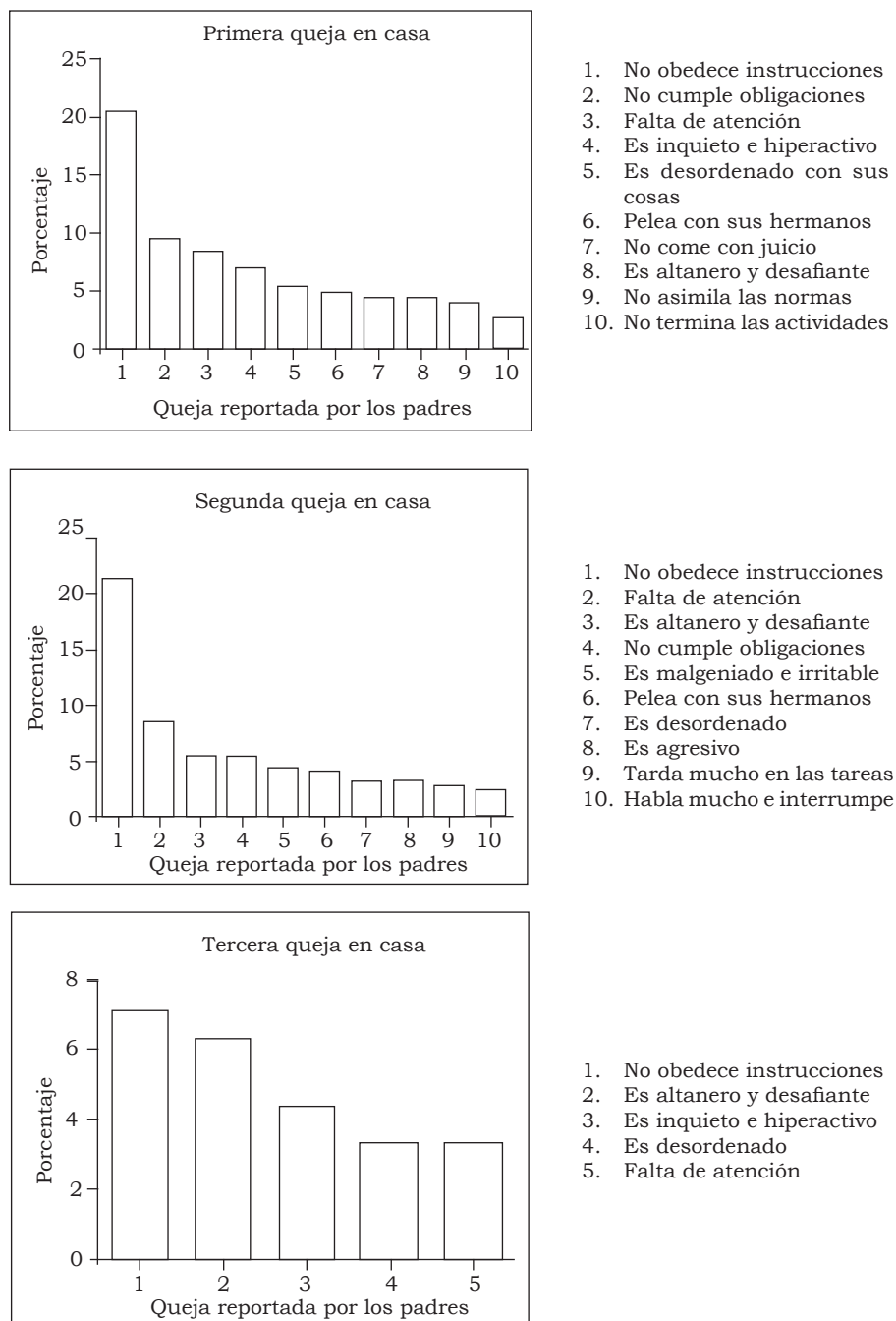
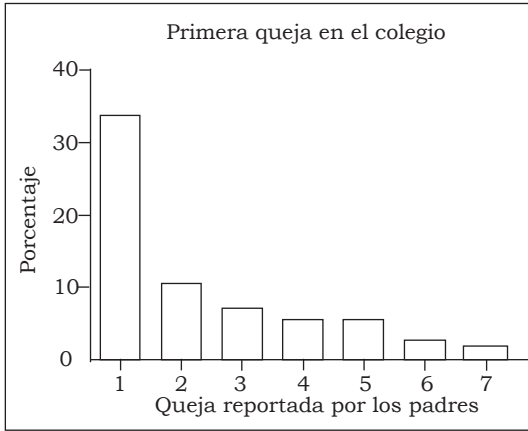
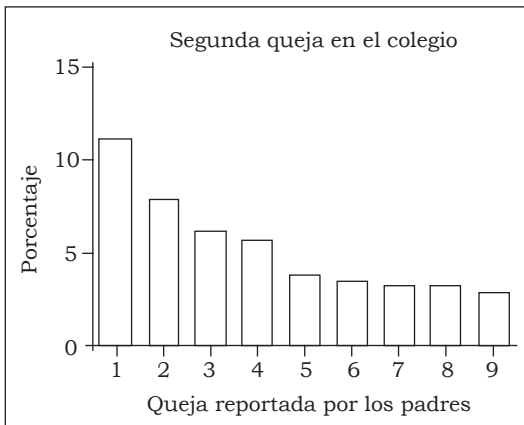


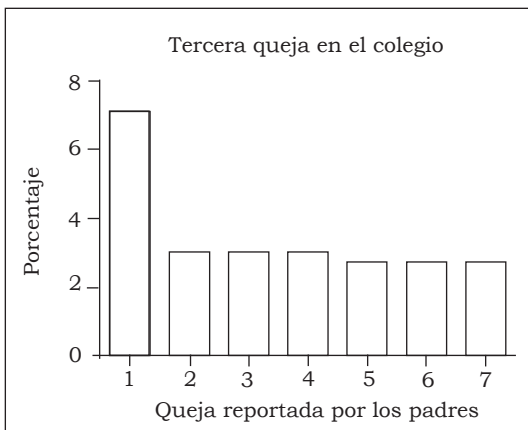
Figura 3. Porcentaje de frecuencia de las quejas sobre el desempeño de sus hijos en el colegio reportados por los acudientes de los pacientes con TDAH en la encuesta autodiligenciada



1. Falta de atención
2. Bajo rendimiento académico
3. Es inquieto e hiperactivo
4. No obedece instrucciones
5. No asimila las normas
6. Habla mucho e interrumpe
7. Es altanero y desafiante

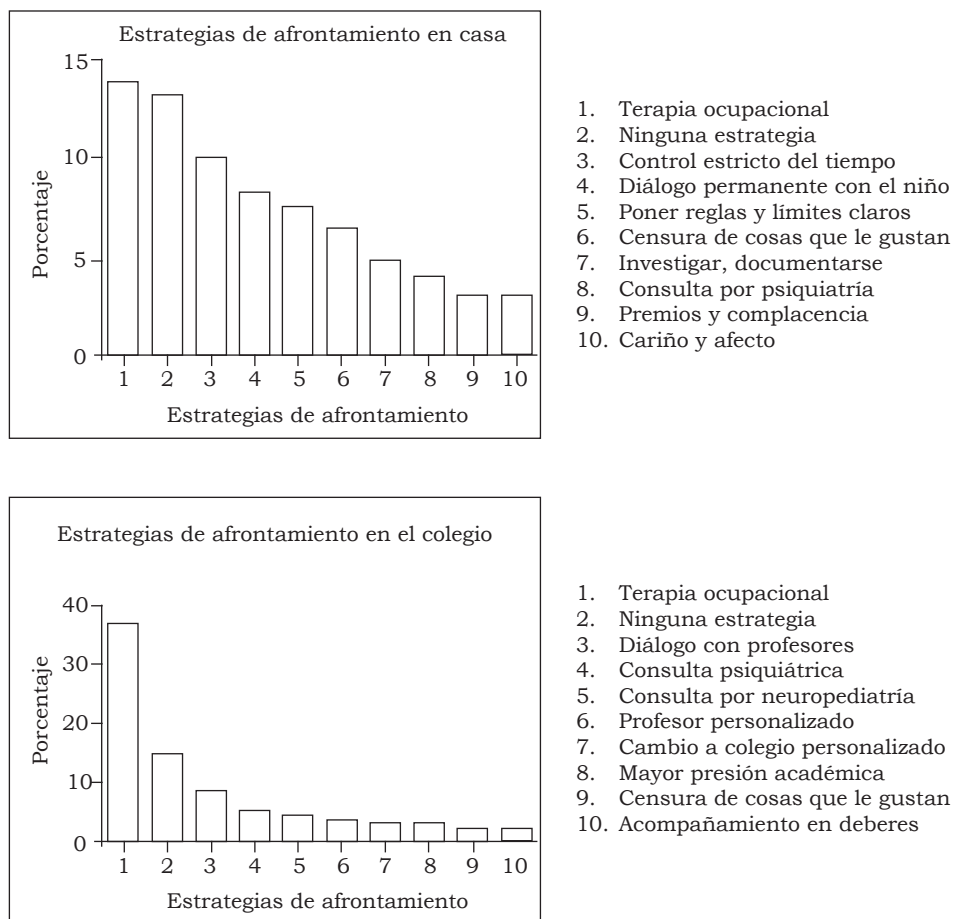


1. Falta de atención
2. No obedece instrucciones
3. Es inquieto e hiperactivo
4. Bajo rendimiento académico
5. Es rechazado por el grupo
6. Problemas de lectoescritura
7. No termina las actividades
8. Indisciplina
9. Pelea con sus compañeros



1. Falta de atención
2. No obedece instrucciones
3. Falta de motivación para estudiar
4. Indisciplina
5. Problemas de lectoescritura
6. Bajo rendimiento académico
7. Pelea con sus compañeros

Figura 4. Estrategias de afrontamiento para el TDAH implementadas en casa y en el colegio, según la información suministrada por los acudientes de los niños en la encuesta autodiligenciada



Estrategias de afrontamiento en casa: La principal estrategia de afrontamiento en casa estuvo dada por acudir a terapia ocupacional. El segundo lugar en orden de frecuencia lo ocupó la categoría ninguna estrategia o la casilla vacía, que se asumió como equivalente. Luego aparecieron las opciones: control estricto del tiempo, diálogo perma-

nente con el niño, poner reglas y límites claros (Figura 4).

Estrategias de afrontamiento en el colegio: La estrategia más usada para hacer frente a las problemáticas en el colegio fue la terapia ocupacional. La ausencia de una estrategia de afrontamiento ocupó el segundo lugar en frecuencias y fue seguida por: diálogo con profesores, consulta

Cuadro 2. Estrategias de afrontamiento en casa y en el colegio

| | |
|---|--|
| <p><i>Servicios e instancias clínicas</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terapia ocupacional o psicología. 2. Consulta psiquiátrica y medicación. 3. Terapias alternativas. 4. Consulta con neurología y neuropediatría. <p><i>Intervenciones sobre el desempeño escolar</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Acompañamiento constante en sus deberes. 6. Monitoreo continuo de sus tareas. 7. Mayor exigencia académica en el colegio. 8. Llamados de atención desde el colegio. 9. Diálogo constante con profesores. 10. Cambio a un colegio personalizado. 11. Profesor personalizado. 12. Llamar a compañeros de estudio. 13. Control estricto de agenda escolar. 14. Dejarle recordatorios y notas en la cartuchera. 15. Apelar a la paciencia de los profesores. <p><i>Ocupación del tiempo libre</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Mantenerlo ocupado. 17. Inscripción en actividades artísticas y deportivas complementarias. 18. Cambio de actividades para el niño. <p><i>Ajustes en las pautas de crianza</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 19. Control estricto de los tiempos y horarios. | <ol style="list-style-type: none"> 20. Llegar a acuerdos con el niño. 21. Instaurar reglas y límites muy claros. 22. Demostrar la autoridad con exigencia. 23. Repetirle las instrucciones, insistencia gestual. 24. Trabajo para reforzar hábitos. <p><i>Estrategias motivacionales y afectivas</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 25. Premios, complacencia con lo que le gusta. 26. Diálogo permanente con el niño. 27. Juegos para mejorar la atención. 28. Estimular al niño resaltando sus cualidades. 29. Utilizar cartelera y fichas con estímulos (ayudas visuales). 30. Cariño y afecto. <p><i>Estrategias coercitivas</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 31. Castigos por censura de lo que le gusta. 32. Regaños verbales. <p><i>Estrategias de soslayo</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 33. No hacerle caso/tratarlo con indiferencia. <p><i>Búsqueda de información sobre el tema</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 34. Investigar y documentarse sobre las manifestaciones y tratamientos del TDAH. |
|---|--|

psiquiátrica, consulta con neuropediatría y profesor personalizado (Figura 4).

Discusión

La información analizada en el presente trabajo pone en evidencia un espectro de quejas de los padres sobre el desempeño de sus hijos que se aparta del núcleo semiológico definido en la clínica del TDAH: desatención, hiperactividad e impulsividad. Consultan por dificulta-

des de convivencia y el desempeño socioeducativo. Uno de los aspectos más sensibles percibido por los padres es su limitado control sobre el comportamiento de los niños y jóvenes con TDAH. La falta de obediencia frente a las instrucciones y el bajo nivel de internalización de las normas en estos pacientes revelan deficiencias en el seguimiento a la autoridad; así, se convierten en el núcleo de la problemática en el contexto del hogar, desde la percepción de los acudientes. Esta descripción,

sin duda, es una complicación del trastorno, que a su vez complejiza su expresión y amplifica la morbilidad (Figura 2).

Este tipo de manifestaciones pueden ser consideradas cercanas al espectro de síntomas del trastorno oposicional desafiante (TOD), uno de los principales elementos de comorbilidad en el TDAH (1). Sin embargo, otros criterios diagnósticos característicos del TOD, como las actitudes claramente desafiantes y el desacato sistemático de las figuras de autoridad, estuvieron presentes solamente en un porcentaje relativamente bajo de las quejas (Figura 2). Por lo tanto, puede pensarse que los problemas de seguimiento a normas e instrucciones en esta población posiblemente no siempre guarden relación con la comorbilidad del TOD, sino que se asocian con el propio déficit de atención y la hiperactividad, los cuales se expresarían en actitudes de aparente desinterés y laxitud frente a las normas, y en las dificultades para cumplir con las tareas impuestas por la dinámica familiar.

Esto podría reafirmarse en el hecho de que otras de las quejas más importantes fueron el incumplimiento de obligaciones, el desorden con sus cosas, los problemas para tomar sus alimentos con juicio y el hecho de que no terminen las actividades que comienzan (Figura 2). Estas manifestaciones pueden asociarse con los problemas para mantener la atención y motivación en una actividad determinada, y

la subsecuente inconstancia en su desempeño.

Al evaluar la prevalencia por edades de la queja referida al incumplimiento de reglas e instrucciones, llama la atención que se concentra en el rango de 4 a 9 años, hasta alcanzar porcentajes superiores al 40% respecto a las otras quejas. En edades más avanzadas se observa una mayor dispersión de las respuestas (no se muestran los datos). Puede existir una relación de esta predominancia entre los 4 y 9 años con el hecho de que estas edades corresponden a las primeras etapas de la vida escolar, que implicarían la necesidad de un mayor direccionamiento de la conducta de los hijos por parte de sus padres.

En cuanto a la comparación de los datos de la encuesta por la variable género, puede observarse que, si bien la proporción de niños y niñas con TDAH en esta muestra (4:1) se acerca a la reportada en otros estudios (8), no existen diferencias significativas entre los dos sexos respecto a las quejas reportadas por los padres (no se muestran los datos), lo cual parece no estar de acuerdo con la noción del dimorfismo en la sintomatología del TDAH, que plantea una predominancia del tipo hiperactivo en niños, y del inatento en niñas.

Una razón posible para este hallazgo podría estar relacionada con el alto nivel de severidad de los síntomas en las niñas de la muestra analizada, que podrían dar lugar a

un espectro de manifestaciones más cercanas a las del género masculino. De hecho, parte de la discusión actual sobre las diferencias de género en TDAH radica en que las niñas parecen exhibir una sintomatología menos pronunciada y que genera menor disrupción en el entorno social, hecho que podría estar asociado con una menor demanda de atención y con el subdiagnóstico del trastorno (9).

Volviendo a la consideración inicial, la relativa baja expresión de quejas en casa relacionadas directamente con la tríada de síntomas primarios del TDAH podría explicarse parcialmente por una posible naturalización de los síntomas en las dinámicas cotidianas del hogar. De hecho, un estudio realizado en Grecia mostró que los padres de niños con TDAH tienden a valorar como menos grave el caso hipotético de un niño con marcados rasgos de déficit atencional e hiperactividad que les es presentado, en comparación con padres de niños que no tenían diagnóstico de TDAH (10).

En todo caso, quedaría por estudiarse si en la población del presente estudio está presente esa naturalización de los síntomas primarios. La importancia de este punto radica en que la detección de dichos síntomas sería un factor predictor del uso oportuno de los servicios clínicos (10). En la práctica clínica se observa la tendencia de los padres a esperar para ver si su hijo mejora sin intervenirlo, de modo

que la consulta se produce cuando aparece la complicación oposicional, habitualmente descrita por personas externas a la familia.

En este sentido, otra investigación señala que tal naturalización de los síntomas se relacionaría con una percepción de autoeficiencia en el manejo de los niños hiperactivos por parte de los padres, que dilataría la búsqueda de ayuda en servicios de salud (11). En la muestra analizada es difícil asumir este tipo de explicación, pues las estrategias de afrontamiento, tanto en casa como en el medio escolar, ponen de manifiesto una relativa falta de empoderamiento frente a la problemática, reflejada en la delegación del tratamiento a instancias externas, como los servicios de terapia ocupacional (Figura 4).

Volviendo a las principales quejas planteadas por los padres, en esta muestra se evidencia que son las consecuencias desadaptativas de los síntomas del TDAH en la dinámica familiar y social las que impulsarían a los acudientes a consultar y a buscar instancias de apoyo. Un estudio realizado por Costello y colaboradores señala que el impacto familiar fue también un factor predictor del uso de los servicios, junto con la percepción de que sus hijos presentaban problemas (12).

Ante esta relativa invisibilidad de los síntomas primarios del TDAH en el hogar, el medio escolar se perfila como un espacio en el que las implicaciones cognitivas y comportamentales del trastorno se torna-

rían más evidentes, y la necesidad de intervención podría adquirir un carácter perentorio. De hecho, los padres reportan como principal queja en la escuela el déficit atencional (Figura 3), y algunas de sus posibles consecuencias, como otros de los principales motivos de consulta, entre ellas el bajo rendimiento académico, los problemas de lectoescritura y la no terminación de las actividades que inician (Figura 3).

En la misma línea de indagación, un estudio realizado por Keenan y colaboradores mostró también que el periodo escolar coincide con una mayor detección del diagnóstico de TDAH. Probablemente, la clásica noción sobre la edad de inicio del trastorno hacia los 7 años —la cual está sujeta a discusión en la taxonomía psiquiátrica actual— guarde relación con esta aparente revelación de los síntomas en el inicio de la vida escolar (13).

Por otra parte, Wirt y colaboradores plantean que las dificultades escolares y el bajo rendimiento académico en niños con TDAH son significativamente mayores que en la población general (14). Llama la atención que los autores señalan las dificultades en el desempeño en lectoescritura como uno de los aspectos más comprometidos de la disfunción escolar en estos pacientes, lo cual también pudo evidenciarse en la muestra de la presente investigación (Figura 3). En contraste, la proporción de padres que acusaron problemas de matemáticas en sus

hijos fue muy baja en el presente trabajo, en comparación con lo referido por los mencionados autores.

Centrándose en el tema de las estrategias que permiten hacer frente a las dificultades asociadas con el TDAH, dos de las más empleadas por los padres encuestados fueron el cambio a colegios especializados en niños con problemas de hiperactividad y la contratación de profesores personalizados. Estas estrategias incluso superaron en frecuencia a otras de tipo autogestión, como el acompañamiento a sus hijos en los deberes escolares (Figura 4). Aunque resulta difícil evaluar el impacto de este tipo de medidas pedagógicas en el desempeño escolar de los niños con TDAH, y aún más extrapolar en este aspecto resultados de otras poblaciones, vale la pena mencionar que DuPaul y colaboradores encontraron que las estrategias personalizadas no mejoraron significativamente el desempeño académico de niños con TDAH, comparándolas con otras estrategias pedagógicas no personalizadas (15).

En todo caso, el cambio a colegios especializados, algunos de ellos más pequeños y con ambientes más controlados, parece responder no solamente a problemas de desempeño académico, sino a las dificultades relacionales y de convivencia escolar con profesores y estudiantes. De hecho, algunas de las quejas en el medio escolar fueron precisamente los conflictos con compañeros, el rechazo del grupo, la indisciplina y

las actitudes hostiles y desafiantes (Figura 3).

Finalmente, como se señaló, estrategias centradas en la delegación de las soluciones a instancias externas, principalmente la terapia ocupacional, fueron ampliamente más frecuentes que otras relacionadas con el ajuste de las pautas de crianza y el acompañamiento cercano de los pacientes en su proceso escolar (Figura 4). Este fenómeno parece ser típico en Bogotá. Los docentes tienden a informar a los padres que el niño es desatento y que puede mejorarse con terapia ocupacional. Para comparación, en Medellín los niños son referidos con mayor frecuencia a neuropsicólogos para evaluación, pero no a terapeutas para tratamiento.

Otras razones para optar por este tipo de estrategias de delegación pueden estar referidas a la sensación de impotencia y confusión que experimentan muchos padres frente a la situación de sus hijos con TDAH, hallazgo que aparece con frecuencia en la práctica clínica. De hecho, es sorprendente observar el desconcierto de los padres cuando el médico les dice que lo observado en el niño es involuntario.

También llama la atención el hecho de que los informantes de esta encuesta, quienes asistieron al grupo de ayuda para niños hiperactivos, fueron mayoritariamente las madres (69,91%), y solo en un bajo porcentaje la pareja de padres (11,21%). Posiblemente esto refleje

una distribución desigual de los roles paterno y materno en lo referente al cuidado y atención de los niños con TDAH, lo que puede observarse también en muchos espacios de la consulta psiquiátrica infantil en nuestro país.

En general, las dinámicas de la atención familiar frente a estos niños constituyen un tópico que requiere indagaciones más profundas. En todo caso, es llamativo que sean reportadas 61 quejas y solo 34 estrategias de afrontamiento (cuadros 1 y 2), lo que se acerca a una proporción 2:1 que podría reflejar una relativa debilidad en el manejo de las situaciones asociadas con el TDAH en las familias del estudio. Esto se reafirma por el hecho de que la segunda respuesta más frecuente señalada por estos padres fue la ausencia de una estrategia de afrontamiento específica para la problemática, tanto en casa como en el contexto escolar (Figura 4).

Conclusiones

La investigación mostró que para los padres de los niños con TDAH el trastorno se expresa principalmente en dificultades cotidianas para la convivencia y el seguimiento de la autoridad y las normas sociales. Resulta sorprendente que para estos padres el motivo de consulta no esté relacionado con la tríada básica del TDAH: inatención, impulsividad e hiperactividad, la cual parece cobrar mayor visibilidad en el contexto es-

colar. Sin embargo, las estrategias de afrontamiento apelan, principalmente, a la búsqueda de instancias externas de apoyo, más que a la transformación de los patrones de crianza y de convivencia.

Es importante señalar que se requieren más investigaciones que indaguen sobre los imaginarios de los padres y sus motivaciones al elegir diferentes medidas que les permitan hacer frente a la sintomatología del TDAH en sus hijos. Dichas investigaciones podrían apelar a la triangulación de métodos cuantitativos y cualitativos, para contribuir a develar la complejidad de las dinámicas sociales subyacentes al trastorno. También, es preciso considerar que las variables de estrato socioeconómico y contexto cultural pueden introducir variaciones importantes en esta temática, y que, por lo tanto, se requieren estudios que abarquen tales diferencias para lograr una comprensión más global del fenómeno. De esta manera, podrían darse pasos para un acercamiento entre las realidades sentidas por la comunidad y las opciones de ayuda que brindan los servicios clínicos y pedagógicos frente al TDAH.

Referencias

1. López-Ibor J, Valdés M. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.
2. Artigas-Pallarés J. Comorbilidad del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*. 2003;36(Suppl 1):68-78.
3. Pineda DA, Lopera F, Palacio JD, et al. Prevalence estimation of attention deficit/hyperactivity disorder: differential diagnoses and comorbidities in a Colombian sample. *Int J Neurosci*. 2003;113:49-71.
4. Cornellá i Canal J. Hablemos sobre aquello que parece TDAH y no es TDAH. Documento presentado en: 11 Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010. Febrero-Marzo 2010. Psiquiatría.com.
5. Artigas-Pallarés J. El trastorno de déficit de atención con hiperactividad en la consulta del pediatra. Algunas sugerencias. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006;8(Supl 4):115-33.
6. McCormick LH. Adult outcome of child and adolescent attention deficit hyperactivity disorder in a primary care setting. *South Med J*. 2004;97:823-36.
7. Nadeem E, Jensen P. Teacher consultation research in attention deficit hyperactivity disorder: a cause for congratulation or consolation? *School Psychology Review*. 2009;38:38-44.
8. Gershon J. A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *J Atten Disord*. 2002;5:143-54.
9. Quinn P, Wigal S. Perceptions of girls and ADHD: discussion. *MedGenMed*. 2004;6:2.
10. Maniadaki K, Sonuga-Barke E, Kakouros E, et al. Parental beliefs about the nature of ADHD behaviours and their relationship to referral intentions in preschool children. *Child: care, health and development*. 2006;33:188-95.
11. Soodak L, Podell D. Teacher efficacy and student problem as factors in special education referral. *Journal of Special Education*. 1993;27:66-81.
12. Costello E, Pescosolido B, Angold A, et al. A family-network based model of access to child mental health services. *Research in Community Mental Health*. 1999;9:165-90.
13. Keenan K, Wakschlag L. Can a valid diagnosis of disruptive disorder be made in preschool children? *Am J Psychiatr*. 2002;159:351-8.
14. Wirt J, Choy S, Rooney P, et al. US National Center for Education Statis-

- tics: The condition of education 2004. Washington: NCES; 2004.
15. DuPaul G, Jitendra A, Volpe R, et al. Consultation-based academic interventions for children with ADHD: effects on reading and mathematics achievement. *Journal of Abnormal Children Psychology*. 2006;34:635-48.

Conflictos de interés: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 27 de febrero del 2011

Aceptado para publicación: 3 de agosto del 2011

Correspondencia

Rafael Vásquez

Departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia

Hospital de la Misericordia

Av. Caracas No. 1-13

Bogotá, Colombia

ravasquezr@bt.unal.edu.co