

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/ HIPERACTIVIDAD

T D A H

Dra. Isabel Orjales Villar

*Profesora del Departamento de Psicología
Evolutiva y de la Educación.
Facultad de Psicología (UNED)*

**NIÑOS HIPERACTIVOS,
IMPULSIVOS Y DESATENTOS:**

*¿Cuándo se puede hablar
de un trastorno?*



NIÑOS HIPERACTIVOS, IMPULSIVOS Y DESATENTOS:

¿Cuándo se puede hablar de un trastorno?

En nuestras aulas han existido siempre niños discílos, distraídos, olvidadizos, inconstantes en el trabajo, impulsivos, habladores e inquietos. ¿Tienen todos estos niños una "patología" o se trata de "niños vagos y maleducados"? ¿Existen realmente los niños y niñas llamados "hiperactivos" o se reduce todo simplemente a una nueva moda?

En los últimos años, la expresión "niños hiperactivos" se ha estado utilizando como una mala y confusa reducción de un término que pretende referirse a unos trastornos específicos: "*los trastornos por déficit de atención con hiperactividad*" o TDAH.

De los dos grupos de síntomas que caracterizan este trastorno (la hiperactividad/impulsividad y el déficit de atención) ha sido la hiperactividad, es decir, el exceso de actividad motriz sin objetivo definido, el síntoma más fácil de identificar y el más desadaptativo. De ahí la generalización del calificativo "hiperactivo".

A pesar de que, incluso entre los profesionales, se haya extendido la utilización de esta expresión, el término "hiperactivo" aplicado a los niños no refleja otra cosa que un exceso de actividad motriz, lo que podría darse en niños: normalmente inquietos, ansiosos, aquellos que se encuentran puntualmente ante una situación emocional que les desborda o en otros poco acostumbrados a adaptar su comportamiento a las normas sociales convencionales. Este es el caso, por ejemplo, de niños de desarrollo normal recién adoptados que se esfuerzan por incorporarse a una nueva forma de vida o a muchos niños con falta de límites educativos adecuados.

Por lo tanto, utilizar el término "niño hiperactivo" como sinónimo de niño con un trastorno, el TDAH, es un error que confunde a padres y educadores.

Para aclarar la terminología, a lo largo de los próximos capítulos utilizaremos el **termino TDAH** para designar a aquellos niños y niñas cuyo comportamiento y funcionamiento cognitivo puede considerarse patológico debido a la elevada intensidad de una sintomatología

que puede generar problemas de adaptación social, escolar y/o familiar.

Por otra parte, utilizaremos el término "hiperactividad" para describir el exceso de actividad motora, síntoma que puede ser parte del TDAH, del desarrollo normal o de otros muchos trastornos (la ansiedad, la depresión, el autismo o el hipertiroidismo por poner algunos ejemplos, pueden cursar con síntomas de hiperactividad sin ser en realidad TDAH).

¿Qué son en realidad los trastornos por déficit de atención con hiperactividad?

La Asociación Americana de Psiquiatría incluye Los *trastornos por déficit de atención*



NIÑOS HIPERACTIVOS, IMPULSIVOS Y DESATENTOS: ¿Cuándo se puede hablar de un trastorno?

con hiperactividad (TDAH) entre los trastornos del comportamiento que se dan en la infancia o adolescencia. Se trata de un cuadro con síntomas patológicos que afecta a un 3 hasta un 6% de los niños en edad escolar, lo que supone que, estadísticamente hablando, **en un aula ordinaria podríamos encontrar con facilidad de uno a tres niños con TDAH**.

A pesar de que en los últimos cinco años se ha prestado una inusual atención a este trastorno, el TDAH dista mucho de ser un "trastorno de moda pasajero". La alta incidencia y el elevado riesgo de desarrollo de trastornos asociados y de graves problemas de adaptación social bien merecen la atención que hasta ahora no se le ha dispensado. Existen todavía muchas familias y muchos profesionales de la educación desorientados por la falta de información y formación sobre este trastorno.

Como hemos mencionado antes, dos son los grupos de síntomas fundamentales que se valoran para el diagnóstico de los TDAH:

- (1) el déficit de atención;
- (2) la hiperactividad/ impulsividad.

Para el diagnóstico de los **trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)** la Asociación Americana de Psiquiatría, en su *Manual de Diagnóstico Estadístico (DSM-IV TR; APA, 2002)*, recomienda observar con qué intensidad se presentan los síntomas que se describen en el cuadro 1.

1. Si el niño cumple 6 o más de los síntomas de desatención que se observan en este cuadro, pero ninguno de hiperactividad/impulsividad, PODRÍA tratarse de un niño con **TDAH subtipo predominio déficit de atención**.
2. Si cumple 6 o más de los síntomas de hiperactividad/impulsividad, pero no de déficit de atención, PODRÍA tratarse de un **TDAH subtipo predominio hiperactivo impulsivo**.

3. Si cumple 6 o más síntomas de desatención y de hiperactividad/impulsividad PODRÍA tratarse de un **TDAH de tipo combinado**.

Subrayamos la palabra "podría" porque el diagnóstico de TDAH es mucho más que la simple observación de una serie de síntomas de falta de atención y de hiperactividad. Si sólo aplicáramos esta lista de síntomas como criterio diagnóstico fácilmente podríamos incluir, en uno y otro subtipo, a por lo menos el 20% de los niños en edad escolar.

Por lo tanto y, dado que todos los niños presentan en alguna medida falta de atención, hiperactividad motriz e impulsividad y que estos síntomas pueden deberse a muchos problemas diferentes, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2002) considera que **para poder diagnosticar a un niño con TDAH se deben cumplir, además de los síntomas anteriores, las siguientes condiciones:**

1. Los síntomas de hiperactividad/impulsividad y/o los síntomas de déficit de atención **se deben manifestar por encima de lo que se esperaría del niño o niña dada su edad cronológica, su edad mental y la educación recibida**.
2. **Se deben presentar en dos o más ambientes** (por ejemplo, en el colegio y en casa), aunque puedan manifestarse de forma más moderada en un lugar que en otro.
3. Estos síntomas **deben crear dificultades en su adaptación escolar, social, personal o familiar**.
4. El problema tiene un carácter crónico, es decir, **algunos de los síntomas ya se observaban en el niño o la niña antes de los 7 años**. No son de observación reciente, ni tienen una duración de unas semanas o meses.
5. **Se descarta que los síntomas que presenta puedan deberse o explicarse mejor por la presencia de otro tipo de trastorno como un trastorno generalizado del desarrollo, un trastorno mental, del estado de ánimo o un problema médico específico**.

NIÑOS HIPERACTIVOS, IMPULSIVOS Y DESATENTOS: ¿Cuándo se puede hablar de un trastorno?



con hiperactividad (TDAH) entre los trastornos del comportamiento que se dan en la infancia o adolescencia. Se trata de un cuadro con síntomas patológicos que afecta a un 3 hasta un 6% de los niños en edad escolar, lo que supone que, estadísticamente hablando, **en un aula ordinaria podríamos encontrar con facilidad de uno a tres niños con TDAH**.

A pesar de que en los últimos cinco años se ha prestado una inusual atención a este trastorno, el TDAH dista mucho de ser un "trastorno de moda pasajero". La alta incidencia y el elevado riesgo de desarrollo de trastornos asociados y de graves problemas de adaptación social bien merecen la atención que hasta ahora no se le ha dispensado. Existen todavía muchas familias y muchos profesionales de la educación desorientados por la falta de información y formación sobre este trastorno.

Como hemos mencionado antes, dos son los grupos de síntomas fundamentales que se valoran para el diagnóstico de los TDAH:

- (1) el déficit de atención;
- (2) la hiperactividad/ impulsividad.

Para el diagnóstico de los **trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)** la Asociación Americana de Psiquiatría, en su *Manual de Diagnóstico Estadístico (DSM-IV TR; APA, 2002)*, recomienda observar con qué intensidad se presentan los síntomas que se describen en el cuadro 1.

1. Si el niño cumple 6 o más de los síntomas de desatención que se observan en este cuadro, pero ninguno de hiperactividad/impulsividad, PODRÍA tratarse de un niño con **TDAH subtipo predominio déficit de atención**.
2. Si cumple 6 o más de los síntomas de hiperactividad/impulsividad, pero no de déficit de atención, PODRÍA tratarse de un **TDAH subtipo predominio hiperactivo impulsivo**.

3. Si cumple 6 o más síntomas de desatención y de hiperactividad/impulsividad PODRÍA tratarse de un **TDAH de tipo combinado**.

Subrayamos la palabra "podría" porque el diagnóstico de TDAH es mucho más que la simple observación de una serie de síntomas de falta de atención y de hiperactividad. Si sólo aplicáramos esta lista de síntomas como criterio diagnóstico fácilmente podríamos incluir, en uno y otro subtipo, a por lo menos el 20% de los niños en edad escolar.

Por lo tanto y, dado que todos los niños presentan en alguna medida falta de atención, hiperactividad motriz e impulsividad y que estos síntomas pueden deberse a muchos problemas diferentes, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2002) considera que **para poder diagnosticar a un niño con TDAH se deben cumplir, además de los síntomas anteriores, las siguientes condiciones:**

1. Los síntomas de hiperactividad/impulsividad y/o los síntomas de déficit de atención **se deben manifestar por encima de lo que se esperaría del niño o niña dada su edad cronológica, su edad mental y la educación recibida**.
2. **Se deben presentar en dos o más ambientes** (por ejemplo, en el colegio y en casa), aunque puedan manifestarse de forma más moderada en un lugar que en otro.
3. **Estos síntomas deben crear dificultades en su adaptación escolar, social, personal o familiar.**
4. El problema tiene un carácter crónico, es decir, **algunos de los síntomas ya se observaban en el niño o la niña antes de los 7 años**. No son de observación reciente, ni tienen una duración de unas semanas o meses.
5. **Se descarta que los síntomas que presenta puedan deberse o explicarse mejor por la presencia de otro tipo de trastorno como un trastorno generalizado del desarrollo, un trastorno mental, del estado de ánimo o un problema médico específico.**

Cuadro 1: Síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) según el DSM-IV TR (APA; 2002).

SÍNTOMAS DE DESATENCIÓN

Se consideraría que el niño/a manifiesta síntomas de desatención significativos si muestra 6 o más de los siguientes síntomas:

- A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en su trabajo y en otras actividades.
- A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- A menudo parece que no escucha cuando se le habla directamente.
- A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (sin que se deba a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender las instrucciones).
- A menudo tiene dificultades para organizarse en tareas y actividades.
- A menudo evita, le disgusta o es reacio a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p.ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- A menudo es descuidado en las actividades diarias.

SÍNTOMAS DE HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD

Se consideraría que el niño/a manifiesta síntomas de hiperactividad/impulsividad significativos si muestra 6 o más de los siguientes síntomas:

- A menudo mueve en exceso manos o pies o se "remueve" en el asiento.
- A menudo abandona su asiento en clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
- A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo (¡cuidado!, en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- A menudo está en marcha o suele actuar como si tuviera un motor.
- A menudo habla en exceso.
- A menudo precipita respuestas antes de haber terminado las preguntas.
- A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej., se entromete en conversaciones o juegos).

Subtipos de niños con TDAH

Bajo la denominación común de *trastornos por déficit de atención con hiperactividad*, el DSM-IV TR describe tres subtipos:

1. **Niños con TDAH subtipo predominio déficit de atención.** Estos niños manifiestan conductas significativas de falta de atención pero sin superar los 6 síntomas requeridos de hiperactividad/impulsividad.
2. **Niños con TDAH subtipo predominio hiperactividad/impulsividad** que no presentan o no alcanzan los 6 síntomas de déficit de atención.
3. **Niños con TDAH de subtipo combinado**; es decir, con la presencia significativa de ambos grupos de síntomas.

NIÑOS HIPERACTIVOS, IMPULSIVOS Y DESATENTOS: ¿Cuándo se puede hablar de un trastorno?

Esta subclasificación nos permite detectar niños y, especialmente niñas, que cumplen todos los criterios antes expuestos, pero que su sintomatología se centra única y exclusivamente en la falta de atención, sin rastro o con muy escasa manifestación de conducta hiperactiva e impulsiva. ¿Por qué incluir a estos niños bajo el término *trastorno por déficit de atención con hiperactividad* en su subtipo "predominio déficit de atención" si algunos de ellos se muestran, incluso, hipoactivos? Ciento es que no parece tener mucho sentido y quizás esta situación se deba a la raíz histórica del término.

En el DSM-III, una versión antigua del actualizado DSM-IV, el TDAH incluía los tres síntomas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad, pero su diagnóstico exigía que los niños cumplieran obligatoriamente un mínimo de síntomas de cada grupo (la hiperactividad y la impulsividad eran

valorados entonces por separado). Por lo tanto, hasta hace unos años, el TDAH sólo incluía niños y niñas que tuvieran un mínimo de hiperactividad motriz e impulsividad. Aquellos cuyo comportamiento era similar pero que no presentaban más que falta de atención quedaban excluidos del cuadro y en situación de tierra de nadie.

Dado que algunos niños con déficit de atención parecían mostrar síntomas que entroncaban del mismo modo con aquellos que tenían también hiperactividad e impulsividad y que los tratamientos también son efectivos para ellos, el DSM-IV (versión previa al DSM-IV texto revisado) incluyó el subtipo predominio déficit de atención. Aun así, no parece que tenga sentido incluir a los tres subtipos bajo el término "trastornos por déficit de atención con hiperactividad", suponemos que una revisión de dicha terminología se realizará en las próximas versiones del DSM.

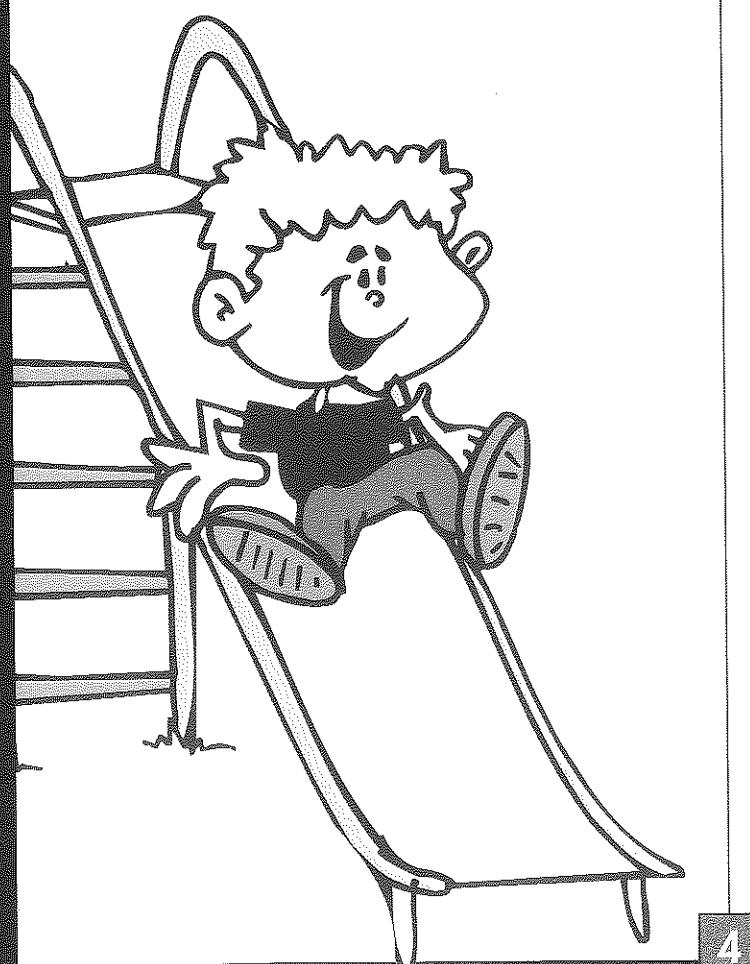
De todo lo expuesto hasta ahora, **¿qué tenemos que tener en cuenta los profesores?**

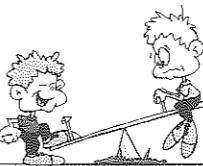
Que en nuestras aulas debemos identificar:

1. Niños y niñas de subtipo combinado que presentan síntomas significativos (más de 6) tanto de hiperactividad/impulsividad como de déficit de atención. Es el grupo más numeroso y claro de todos.
2. Niños y niñas que muestran hiperactividad motriz e impulsividad por encima de los niños de su edad y de forma "crónica" (no algo puntual de unas semanas o un par de meses) pero que, por el momento, no dan señales de tener déficit de atención.

En este punto debemos hacer alguna salvedad. Algunos del subtipo "predominio hiperactivo/impulsivo" pueden tener dificultades para mantener la atención y no ser detectadas por el profesor porque su rendimiento académico es adecuado debido a que:

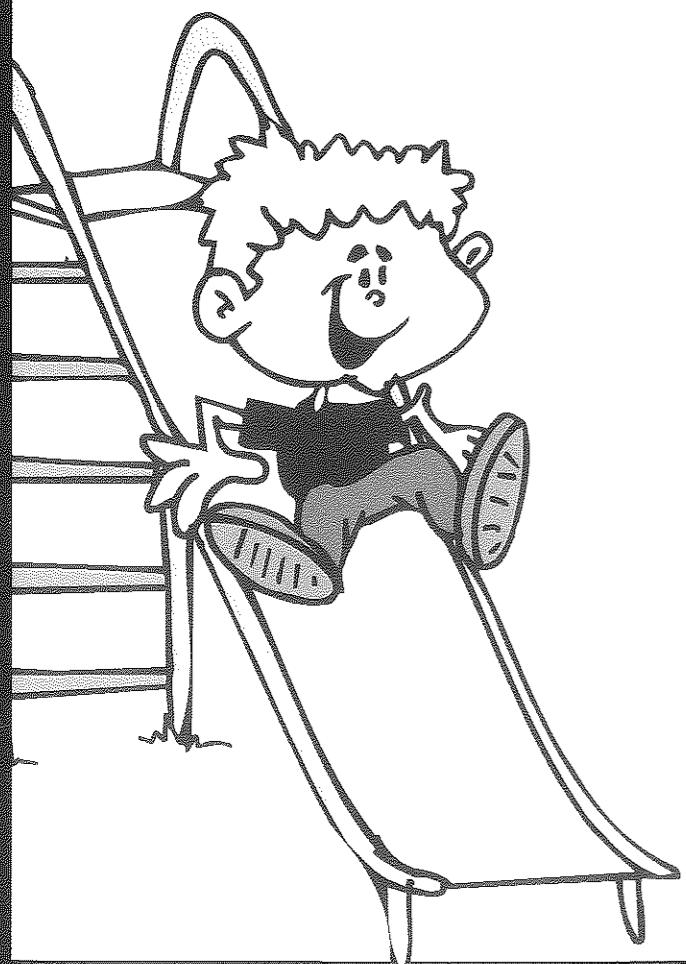
- (a) se encuentra en los primeros cursos escolares donde la exigencia de atención y organización es menor,





Esta subclasiación nos permite detectar niños y, especialmente niñas, que cumplen todos los criterios antes expuestos, pero que su sintomatología se centra únicamente en la falta de atención, sin rastro o con muy escasa manifestación de conducta hiperactiva e impulsiva. ¿Por qué incluir a estos niños bajo el término *trastorno por déficit de atención con hiperactividad en su subtipo "predominio déficit de atención"* si algunos de ellos se muestran, incluso, hipóactivos? Certo es que no parece tener mucho sentido y quizás esta situación se deba a la raíz histórica del término.

En el DSM-III, una versión antigua del actualizado DSM-IV, el TDAH incluía los tres síntomas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad, pero su diagnóstico exigía que los niños cumplieran obligatoriamente un mínimo de síntomas de cada grupo (la hiperactividad y la impulsividad eran



valorados entonces por separado). Por lo tanto, hasta hace unos años, el TDAH sólo incluía niños y niñas que tuvieran un mínimo de hiperactividad motriz e impulsividad. Aquellos cuyo comportamiento era similar pero que no presentaban más que falta de atención quedaban excluidos del cuadro y en situación de tierra de nadie.

Dado que algunos niños con déficit de atención parecían mostrar síntomas que entroncaban del mismo modo con aquellos que tenían también hiperactividad e impulsividad y que los tratamientos también son efectivos para ellos, el DSM-IV (versión previa al DSM-IV texto revisado) incluyó el subtipo predominio déficit de atención. Aun así, no parece que tenga sentido incluir a los tres subtipos bajo el término "trastornos por déficit de atención con hiperactividad", suponemos que una revisión de dicha terminología se realizará en las próximas versiones del DSM.

De todo lo expuesto hasta ahora, ¿qué tenemos que tener en cuenta los profesores?

Que en nuestras aulas debemos identificar:

1. Niños y niñas de subtipo combinado que presentan síntomas significativos (más de 6) tanto de hiperactividad/impulsividad como de déficit de atención. Es el grupo más numeroso y claro de todos.
2. Niños y niñas que muestran hiperactividad motriz e impulsividad por encima de los niños de su edad y de forma "crónica" (no algo puntual de unas semanas o un par de meses) pero que, por el momento, no dan señales de tener déficit de atención.

En este punto debemos hacer alguna salvedad. Algunos del subtipo "predominio hiperactivo/impulsivo" pueden tener dificultades para mantener la atención y no ser detectadas por el profesor porque su rendimiento académico es adecuado debido a que:

- (a) se encuentra en los primeros cursos escolares donde la exigencia de atención y organización es menor,

(b) su buena dotación intelectual le ayuda a compensar la falta de atención,
 (c) recibe un importante apoyo de la familia. Este último subtipo parece ser el menos frecuente de todos y exige que se descarte que los síntomas se deban a una ansiedad generalizada o a otro tipo de trastorno (recuerdo un niño cuyo exceso de actividad se debía, simplemente, a que llevaba mes y medio con "lombrices").

3. Niños y niñas que muestran falta de atención (despistes frecuentes, trabajo inconstante, lentitud exagerada...) con menos de 6 o ningún síntoma de hiperactividad/impulsividad. **Dentro de este grupo podremos distinguir:**

- Niños y niñas claramente **desatentos y nada hiperactivos**. Estos niños confunden a los profesores, quienes normalmente no los identifican como niños con TDAH en el subtipo inatento, puesto que muchos de ellos no sólo no presentan una actividad motriz excesiva, sino que parecen más bien hipóactivos. Trabajan lentamente, comen lentamente, viven lentamente. No es infrecuente encontrar niñas con TDAH inatento que los adultos confunden, erróneamente, como niñas "cortitas intelectualmente que se esfuerzan mucho". Muchas de estas niñas sorprenden en una evaluación intelectual individual con un nivel por encima de la media.
- Niños y niñas que habiendo sido en el pasado niños de tipo combinado (es decir, presentaban síntomas de falta de atención e hiperactividad/impulsividad significativos), en el momento actual, su sistema nervioso ha madurado y la **hiperactividad e impulsividad ha reducido su intensidad** (no cumple ahora los 6 criterios establecidos). Es frecuente en niños con TDHA que tienen ahora 12-13 años.

Desde el punto de vista educativo tenemos que pensar en este grupo de niños como niños de tipo combinado puesto que, normalmente, los síntomas de impulsividad

permanecen, pero quizás más presentes en el plano cognitivo y, más discretamente, en el comportamental (por ejemplo, responden impulsivamente, no se organizan en el trabajo, se disparan emocionalmente con facilidad, les cuesta censurar sus emociones...)

El diagnóstico de los TDAH

El diagnóstico del TDAH se basa en el estudio del comportamiento. Sólo puede determinarse de forma fiable si se valora la intensidad de la conducta hiperactiva-impulsiva y/o el déficit de atención, se confirma que estos síntomas no son propios de la edad y producen un nivel de desadaptación significativa. Por este motivo y porque el trastorno debe manifestarse en más de un ambiente (aunque sea con diverso nivel de intensidad), el **especialista que realice el diagnóstico debe recoger información de los padres y de los profesores**.

Aunque nos gustaría, no disponemos, actualmente, de marcadores biológicos (tests genéticos, análisis bioquímicos, pruebas de neuroimagen, etc.) que puedan determinar si un niño tiene o no tiene TDAH.

Es cierto que si comparamos un grupo importante de personas con y sin TDAH, se encuentran diferencias entre ellos en algunas pruebas neurobiológicas. Por ejemplo, estudios recientes revelan: diferencias anatómicas en el lóbulo prefrontal, los ganglios basales y el cerebro y evidencias en estudios bioquímicos y genéticos de alteraciones en los neurotransmisores que actúan en estas zonas (dopamina y norepinefrina).

Sin embargo, no parece existir una única alteración que sea medible, así que, hoy por hoy, no podemos utilizar ninguna de estas pruebas (PET, SPECT ó EEG) más que como información complementaria. Para que un test o prueba pueda ser utilizada como elemento único de diagnóstico debería ser capaz de diferenciar, sin ningún tipo de duda, entre los niños con TDAH y los niños que padecen otro

NIÑOS HIPERACTIVOS, IMPULSIVOS Y DESATENTOS: ¿Cuándo se puede hablar de un trastorno?

tipo de problema. Lamentablemente, hoy por hoy, no disponemos de pruebas tan concluyentes.

El diagnóstico del TDAH requiere un estudio clínico de la conducta en distintos ambientes, de los antecedentes familiares, de la evolución, etc. En la valoración de la conducta, la utilización de los criterios del DSM-IV TR para el TDAH supone una ayuda pero no está exento de problemas. Revisaremos algunos de ellos:

- A pesar de que se actualizan con frecuencia estos criterios, están, hoy por hoy, pensados para la valoración de niños desde los 6 años hasta la adolescencia. **No existe una adaptación de los criterios para niños en edad preescolar o para jóvenes** y adultos pero se están realizando muchos estudios al respecto.

En educación infantil, por ejemplo, investigaciones recientes apuntan a la aplicación de los criterios pero con una corrección menos exigente (tomando como significativos 4 de falta de atención y 4 de hiperactividad/impulsividad, en lugar de 6 de cada).

Respecto a los estudios con adultos, las investigaciones son muy recientes. Debemos pensar que hasta hace 10 años, en EEUU el país más avanzado en su estudio, no se comenzó a considerar el TDAH como un trastorno de carácter crónico que podría tener manifestaciones en la edad adulta. Lógicamente, el nivel de actividad o la capacidad de atención de una persona normal de 30 años no es el mismo que una persona de 50 ó 60. Por lo tanto, los estudios parecen revelar que el número síntomas del DSM necesarios para el diagnóstico disminuye con la edad.

- El DSM-IV TR plantea que se debe valorar la intensidad con la que se manifiestan los síntomas de falta de atención y/o de hiperactividad/impulsividad. Sin embargo, estos síntomas los tienen todos los niños y dependen de la maduración general del sistema nervioso modificándose por lo

tanto con la edad. Cualquier niño corriente de preescolar es más impulsivo movido y disperso que uno de 4.^º de Primaria, y éste, que uno de 6.^º

Nos encontramos con la dificultad de carecer de estudios evolutivos claros que delimiten dónde termina, para esta sintomatología, lo normal y dónde comienza lo patológico en cada una de las edades.

Esto podría hacernos pensar que el diagnóstico del TDAH tiene bastante de "relativo" y en cierto modo es así. La forma de subsanar este problema es familiarizarse a fondo con el niño y pedir la valoración de quienes más tiempo conviven con él.

Un profesor que lleva unos meses con un grupo de 25 niños durante varias horas al día y viendo cómo realizan actividades que requieren planificación, atención en un espacio reducido y que exige estar mucho tiempo sentado y quieto, puede valorar cuáles de sus alumnos se apartan más claramente de la norma, cuáles son más movidos, más dispersos y más impulsivos de lo que se esperaría para su grupo de edad. Si sólo utilizamos la información de los padres, tendremos una información parcial, no, como se piensa muchas veces, porque los padres sobreprotejan a sus hijos y los valoren subjetivamente, sino porque los valoran en una situación diferente: normalmente en situaciones de trato más individualizado (especialmente en el caso de hijos únicos) y con una exigencia cognitiva menor (tan sólo el momento de los deberes).

- Por otra parte, no debemos olvidar el efecto que la educación tiene sobre la sintomatología del TDAH. Como explicaremos más adelante, este trastorno tiene una base biológica, pero nunca debemos olvidar que el autocontrol y las estrategias cognitivas se educan. Por lo tanto, **el modo en que educamos a un niño con un perfil de TDAH puede contribuir a moderar la intensidad de la manifestación**



tipo de problema. Lamentablemente, hoy por hoy, no disponemos de pruebas tan concluyentes.

El diagnóstico del TDAH requiere un estudio clínico de la conducta en distintos ambientes, de los antecedentes familiares, de la evolución, etc. En la valoración de la conducta, la utilización de los criterios del DSM-IV TR para el TDAH supone una ayuda pero no está exento de problemas. Revisaremos algunos de ellos:

- A pesar de que se actualizan con frecuencia estos criterios, están, hoy por hoy, pensados para la valoración de niños desde los 6 años hasta la adolescencia. **No existe una adaptación de los criterios para niños en edad preescolar o para jóvenes** y adultos pero se están realizando muchos estudios al respecto.

En educación infantil, por ejemplo, investigaciones recientes apuntan a la aplicación de los criterios pero con una corrección menos exigente (tomando como significativos 4 de falta de atención y 4 de hiperactividad/impulsividad, en lugar de 6 de cada).

Respecto a los estudios con adultos, las investigaciones son muy recientes. Debemos pensar que hasta hace 10 años, en EEUU el país más avanzado en su estudio, no se comenzó a considerar el TDAH como un trastorno de carácter crónico que podría tener manifestaciones en la edad adulta. Lógicamente, el nivel de actividad o la capacidad de atención de una persona normal de 30 años no es el mismo que una persona de 50 ó 60. Por lo tanto, los estudios parecen revelar que el número síntomas del DSM necesarios para el diagnóstico disminuye con la edad.

- El DSM-IV TR plantea que se debe valorar la intensidad con la que se manifiestan los síntomas de falta de atención y/o de hiperactividad/impulsividad. Sin embargo, estos síntomas los tienen todos los niños y dependen de la maduración general del sistema nervioso modificándose por lo

tanto con la edad. Cualquier niño corriente de preescolar es más impulsivo movido y disperso que uno de 4.^º de Primaria, y éste, que uno de 6.^º

Nos encontramos con la dificultad de carecer de estudios evolutivos claros que delimiten dónde termina, para esta sintomatología, lo normal y dónde comienza lo patológico en cada una de las edades.

Esto podría hacernos pensar que el diagnóstico del TDAH tiene bastante de "relativo" y en cierto modo es así. La forma de subsanar este problema es familiarizarse a fondo con el niño y pedir la valoración de quienes más tiempo conviven con él.

Un profesor que lleva unos meses con un grupo de 25 niños durante varias horas al día y viendo cómo realizan actividades que requieren planificación, atención en un espacio reducido y que exige estar mucho tiempo sentado y quieto, puede valorar cuáles de sus alumnos se apartan más claramente de la norma, cuáles son más movidos, más dispersos y más impulsivos de lo que se esperaría para su grupo de edad. Si sólo utilizamos la información de los padres, tendremos una información parcial, no, como se piensa muchas veces, porque los padres sobreprotejan a sus hijos y los valoren subjetivamente, sino porque los valoran en una situación diferente: normalmente en situaciones de trato más individualizado (especialmente en el caso de hijos únicos) y con una exigencia cognitiva menor (tan sólo el momento de los deberes).

- Por otra parte, no debemos olvidar el efecto que la educación tiene sobre la sintomatología del TDAH. Como explicaremos más adelante, este trastorno tiene una base biológica, pero nunca debemos olvidar que el autocontrol y las estrategias cognitivas se educan. Por lo tanto, **el modo en que educamos a un niño con un perfil de TDAH puede contribuir a moderar la intensidad** de la manifestación

de sus síntomas hasta que, con la maduración, se suavicen como para poder considerar que se trata más bien de un "rasgo de personalidad" que una patología.

Del mismo modo, **una mala actuación escolar y familiar**, junto con la falta del apoyo social, **puede potenciar los síntomas hacia una patología más severa** que puede generar la aparición de otros trastornos (cuadros de ansiedad, depresión o trastornos de conducta entre otros). De ahí que muchos profesores confundan, en ocasiones, a un niño con TDAH con un niño malcriado.

Educar a un niño con TDAH es muy difícil. Son niños agotadores, que necesitan una supervisión constante a edades que tendrían que ser más autónomos, que parecen no responder a los castigos ni a los premios como los demás niños, que despistan porque son una mezcla de gran inmadurez, muchas veces con una muy buena capacidad intelectual.

La duda eterna para muchos padres y profesores es: **¿lo hace porque quiere o no lo puede controlar?, ¿hasta dónde le debo permitir y hasta dónde le debo exigir?** Por este motivo, es muy frecuente que muchos niños con TDAH especialmente de tipo combinado sean niños mal llevados por sus padres y profesores. Pero no podemos justificar todo su comportamiento por estos fallos educativos. Los niños con TDAH pueden estar "malcriados" pero no dejan de tener TDAH.

- Por otra parte, el DSM-IV TR exige para el diagnóstico que la sintomatología esté generando cierto grado de desadaptación. Este es otro de los problemas de la utilización de estos criterios. **¿Cuándo consideramos que un niño muestra un grado suficiente de desadaptación como para considerar que tiene un TDAH?**

En el TDAH la prevención es muy importante, tanto, que si esperamos para realizar un diagnóstico a que el deterioro sea muy

evidente (por ejemplo, a que el niño haya suspendido de forma reiterada varios cursos, tenga problemas severos en casa y en el colegio o muestre un deterioro grave de la autoestima), estamos actuando tarde.

En el diagnóstico debemos valorar "la interferencia potencial" que tienen los síntomas en el desarrollo del niño y actuar si consideramos que de no hacerlo afectaría en breve y de forma importante a su adaptación personal, familiar, social o escolar. En la literatura americana se ha comenzado a utilizar un término que podría traducirse como "niños de difícil manejo" para designar a niños en edad preescolar que tienen un perfil de TDAH a los que no se atrevan todavía a catalogar como tales. La detección de este grupo de niños en los que se prevé que, de no cambiar su evolución, desarrollarán problemas escolares, personales o familiares debidos a su conducta, es fundamental. Quizá no sea el momento de iniciar todo un programa de intervención completo, pero sí, y de forma urgente, un programa de intervención educativa con los padres y un programa pedagógico de apoyo si es necesario.

En la evaluación de niños de Primaria no debemos tomar el rendimiento académico como único baremo de "adaptación". Muchos niños con TDAH no empiezan a tener suspensos reiterados hasta 5.^º, 6.^º de Primaria o incluso hasta Secundaria, debido al gran esfuerzo que realizan los padres para compensar la falta de autonomía, la desorganización y los despistes del niño. No suspender asignaturas no es garantía de no tener un TDAH, aunque, claro está, es una excelente noticia para su evolución. La ausencia de fracaso escolar favorece un mejor desarrollo personal siempre y cuando no sea a costa del agotamiento de los padres y el deterioro de las relaciones padres/hijo.

- El grado de desadaptación que producen los síntomas del TDAH depende de la

NIÑOS HIPERACTIVOS, IMPULSIVOS Y DESATENTOS: ¿Cuándo se puede hablar de un trastorno?

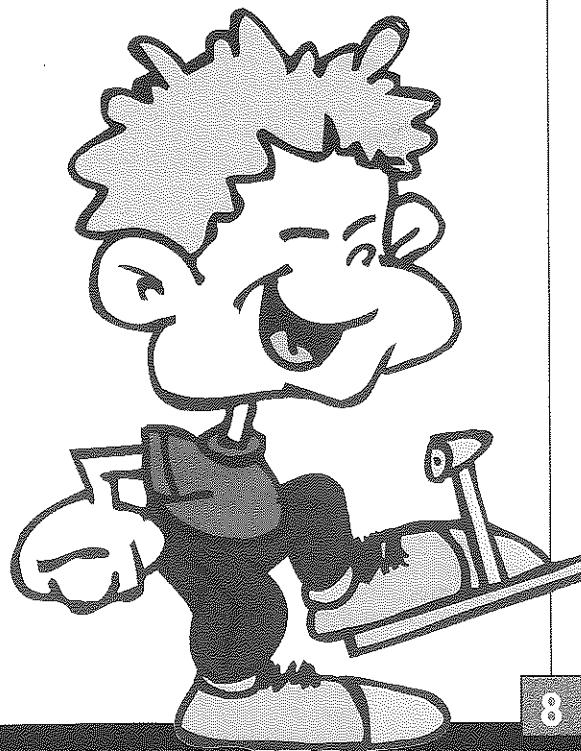
exigencia del entorno. Existen factores culturales y sociales que determinan cuándo se considera una conducta como desadaptativa. Por lo tanto, la valoración de la conducta de un niño depende en gran medida de la exigencia del entorno y del nivel de tolerancia de padres y profesores. Por ese motivo, no es de extrañar que encontremos diferencias en la valoración de un mismo niño por diferentes profesores o entre éstos y sus padres. Existen muchos factores que inciden en el comportamiento del niño.

El TDAH desfavorece el buen rendimiento escolar, pero el niño puede alcanzar un buen rendimiento si le entusiasma la asignatura que imparte un profesor, tiene especiales cualidades para poderla cursar (por ejemplo, una buena memoria para retener datos o muy buena capacidad lógica para las matemáticas) o se siente bien entendido, afectivamente arropado y bien exigido por su profesor (el niño con TDAH suele mostrar mayor dependencia emocional que los niños de su edad). Su actitud con un profesor u otro puede variar, aunque lo normal es que

ambos profesores detecten, en mayor o menor número, síntomas de falta de atención, hiperactividad o impulsividad.

La evaluación de la conducta de un niño que está siendo diagnosticado debe ser realizada por un profesor o profesora que sea lo más objetivo posible y que lo conozca suficientemente. Se recomienda añadir al cuestionario que suelen entregar a los profesores para la evaluación de la conducta del niño comentarios, ejemplos, fotocopias de ejercicios y anotaciones que el profesor crea que pueden ser de utilidad para el especialista que va a evaluar al niño.

- La intensidad y el modo en que un niño manifiesta los síntomas del TDAH depende también de otras características de su personalidad/temperamento. Será más probable que un niño reservado, y con un gran miedo a ser regañado, se esfuerce más en frenar su conducta hiperactiva/impulsiva en el colegio que en casa, donde se siente más seguro.





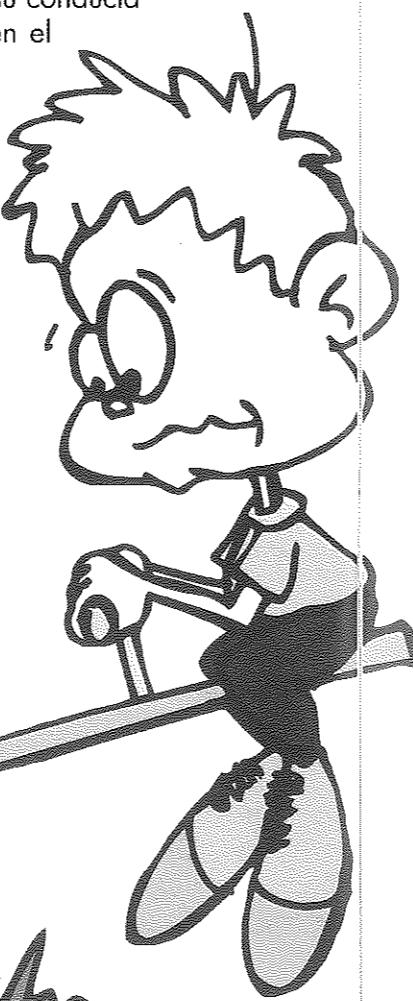
exigencia del entorno. Existen factores culturales y sociales que determinan cuándo se considera una conducta como desadaptativa. Por lo tanto, la valoración de la conducta de un niño depende en gran medida de la exigencia del entorno y del nivel de tolerancia de padres y profesores. Por ese motivo, no es de extrañar que encontremos diferencias en la valoración de un mismo niño por diferentes profesores o entre éstos y sus padres. Existen muchos factores que inciden en el comportamiento del niño.

El TDAH desfavorece el buen rendimiento escolar, pero el niño puede alcanzar un buen rendimiento si le entusiasma la asignatura que imparte un profesor, tiene especiales cualidades para poderla cursar (por ejemplo, una buena memoria para retener datos o muy buena capacidad lógica para las matemáticas) o se siente bien entendido, afectivamente arropado y bien exigido por su profesor (el niño con TDAH suele mostrar mayor dependencia emocional que los niños de su edad). Su actitud con un profesor u otro puede variar, aunque lo normal es que

ambos profesores detecten, en mayor o menor número, síntomas de falta de atención, hiperactividad o impulsividad.

La evaluación de la conducta de un niño que está siendo diagnosticado debe ser realizada por un profesor o profesora que sea lo más objetivo posible y que lo conozca suficientemente. Se recomienda añadir al cuestionario que suelen entregar a los profesores para la evaluación de la conducta del niño comentarios, ejemplos, fotocopias de ejercicios y anotaciones que el profesor crea que pueden ser de utilidad para el especialista que va a evaluar al niño.

- La intensidad y el modo en que un niño manifiesta los síntomas del TDAH depende también de otras características de su personalidad/temperamento. Será más probable que un niño reservado, y con un gran miedo a ser regañado, se esfuerce más en frenar su conducta hiperactiva/impulsiva en el colegio que en casa, donde se siente más seguro.



Por el contrario, un niño extrovertido, temperamental e independiente, probablemente muestre más problemas de conducta cuando trate de adaptarse a un entorno más rígido como es el escolar.

Del mismo modo sucede con factores que actúan sobre el aprendizaje. Es posible que un niño bien dotado intelectualmente o un niño extraordinariamente motivado compense el esfuerzo que su cerebro debe realizar para mantener la atención en determinado tipo de tareas logrando un buen rendimiento. No olvidemos que el déficit de atención no impide que el niño sea capaz de concentrarse bien durante un tiempo breve. El problema reside en que el esfuerzo que debe realizar su cerebro para mantener esa concentración básica en una tarea prolongada es tal, que genera abandono de la tarea por cansancio, mayor número de errores o tiempos de respuesta más lentos. Por lo tanto, el niño mantendrá la atención si está extraordinariamente motivado (por la tarea o el profesor), la tarea es fácil y no excesivamente monótona, o sea muy corta.

Los niños con TDAH muestran una mayor dificultad para mantener la atención ante tareas monótonas, largas y aburridas. Debemos pensar en estos niños como en alumnos que tienen más dificultad que el resto para resistir la frustración, el esfuerzo que suponen para todos los niños realizar este tipo de actividades.

Como hemos visto, el diagnóstico del TDAH exige un estudio a fondo del comportamiento del niño en casa y en el colegio, bucear en su historia clínica, en los antecedentes familiares y completar la exploración con pruebas neurológicas, cognitivas, de aprendizajes y emocionales, para trazar un perfil de la situación del niño en el momento actual y para descartar que los síntomas puedan explicarse mejor por la

presencia de otro tipo de problema (Amen, Paldi y Thisted, 1993).

El diagnóstico del TDAH implica un estudio psicológico, pedagógico y médico con el fin de realizar un diagnóstico diferencial adecuado y poder afirmar que los síntomas que parece cumplir de falta de atención, hiperactividad e impulsividad se deben a un TDAH y no a otro problema.

A pesar de que es relativamente sencillo detectar sintomatología hiperactiva, impulsiva o desatenta, el diagnóstico del TDAH requiere una exploración exhaustiva y de la colaboración de por lo menos dos tipos de especialistas: uno del área psicopedagógica y otro del área médica.

El TDAH no es sinónimo de trastorno grave de la conducta

Los niños con TDAH presentan los problemas de comportamiento lógicos derivados de su impulsividad, hiperactividad y falta de autocontrol.

Por ejemplo, un niño o niña con TDAH de tipo combinado a menudo: pierde cosas, actúa de forma atolondrada y puede provocar accidentes, se levanta con frecuencia o no para quieto en el asiento, no escucha opiniones e interrumpe a los demás, cambia de tema en las conversaciones, olvida dar recados, pierde material, trata de llamar la atención, no obedece (a veces porque olvida las consignas), no censura sus emociones como debería (muestra genio o se ríe e situaciones inapropiadas) y se comporta de forma inmadura.

Algunos niños, presionados por el entorno y saturados de cometer errores de forma constante, comienzan a mostrar baja autoestima, irritabilidad, hipersensibilidad ante situaciones que suponen un riesgo de fracaso, fobia al esfuerzo, rebeldía, etc.

A pesar de ello, debe quedar claro que existe una diferencia entre el TDAH y otros

NIÑOS HIPERACTIVOS, IMPULSIVOS Y DESATENTOS: ¿Cuándo se puede hablar de un trastorno?

dos trastornos del comportamiento que el DSM-IV TR denomina:

- El **trastorno negativista desafiante** que incluye a los niños con conducta abiertamente oposiciónista.
- El **trastorno disocial**, que lo manifiestan niños con conductas consideradas "predelincuentes" como agresiones a personas y animales, destrucción de propiedades, fugas de casa y otros abusos conscientes y planificados.

En algunos niños con TDAH se dan también conductas claramente opositorias. Antes de diagnosticar al niño como TDAH + trastorno negativista desafiante, debemos hacer un estudio a fondo para determinar si la conducta es puramente opositoria o si existen síntomas depresivos.

Los niños deprimidos, al contrario que los adultos, suelen mostrar, entre otros síntomas más claramente asociados a depresión, dos síntomas que no aparecen en los mayores afectados del mismo problema: irritabilidad y problemas de conducta. Un niño o adolescente con síntomas de depresión leve puede mostrarse como un niño con *trastorno negativista desafiante*.

En el caso de que, efectivamente, se observe sintomatología depresiva, el siguiente paso es determinar si ésta es consecuencia lógica de las dificultades de vivir con TDAH o si existe con una intensidad que sugiera que se trata de dos trastornos que evolucionan de forma paralela.

Es posible que un niño pueda recibir más de un diagnóstico conjuntamente, por ejemplo "TDAH + trastorno negativista desafiante" o "TDAH + depresión".

Al margen de lo anterior, si un niño con TDAH no recibe el tratamiento individual adecuado, carece de ayuda escolar, no es comprendido por los profesores y recibe una mala influencia social, aumenta considerablemente la probabilidad de que un niño con TDAH acabe

derivando hacia un trastorno comportamental más grave como es el *trastorno disocial*, cuadros de adicción al alcohol y otras drogas, problemas con la justicia, accidentes de tráfico, embarazos no deseados, etc. Sin embargo, **debemos insistir que TDAH no es sinónimo de trastorno de conducta**.

Bases biológicas del TDAH

El TDAH es un trastorno que se manifiesta en la conducta del individuo y que se produce por una afectación de origen neurológico que se ve modulada por el efecto potenciador o moderador de la educación. No se trata de una lesión propiamente dicha, sino de un peor funcionamiento cerebral relacionado con el área frontal del cerebro. Dicha afectación neurológica puede variar de unas personas a otras y manifestarse, desde un nivel que se puede intuir (porque no se puede medir de forma aislada separándola del efecto del ambiente) "leve", hasta una afectación muy incapacitante y desadaptativa.

Un niño con TDAH, tenga la afectación neurológica que tenga, se ve favorecido por dos procesos:

- (1) el proceso de maduración de su sistema nervioso que puede suavizar los síntomas iniciales con la edad (en la mayoría de los casos siempre estarán presentes pero no serán tan incapacitantes);
- (2) el efecto modulador de la educación que reciben (no olvidemos que la atención, las estrategias de pensamiento y el autocontrol también se educan).

Por este motivo, cuando observamos y evaluamos la conducta de un niño o niña con TDAH, no estamos valorando directamente su afectación neurológica, sino el producto de ésta unido al efecto que la educación está teniendo sobre la sintomatología que provoca.

No debe parecernos extraño, pues, que en nuestra clase podamos encontrar niños muy diferentes. Por ejemplo, un niño con TDAH



dos trastornos del comportamiento que el DSM-IV TR denomina:

- El **trastorno negativista desafiante** que incluye a los niños con conducta abiertamente oposicionista.
- El **trastorno disocial**, que lo manifiestan niños con conductas consideradas "predelincuentes" como agresiones a personas y animales, destrucción de propiedades, fugas de casa y otros abusos conscientes y planificados.

En algunos niños con TDAH se dan también conductas claramente oposicionistas. Antes de diagnosticar al niño como TDAH + trastorno negativista desafiante, debemos hacer un estudio a fondo para determinar si la conducta es puramente oposicionista o si existen síntomas depresivos.

Los niños deprimidos, al contrario que los adultos, suelen mostrar, entre otros síntomas más claramente asociados a depresión, dos síntomas que no aparecen en los mayores afectados del mismo problema: irritabilidad y problemas de conducta. Un niño o adolescente con síntomas de depresión leve puede mostrarse como un niño con **trastorno negativista desafiante**.

En el caso de que, efectivamente, se observe sintomatología depresiva, el siguiente paso es determinar si ésta es consecuencia lógica de las dificultades de vivir con TDAH o si existe con una intensidad que sugiera que se trata de dos trastornos que evolucionan de forma paralela.

Es posible que un niño pueda recibir más de un diagnóstico conjuntamente, por ejemplo "TDAH + trastorno negativista desafiante" o "TDAH + depresión".

Al margen de lo anterior, si un niño con TDAH no recibe el tratamiento individual adecuado, carece de ayuda escolar, no es comprendido por los profesores y recibe una mala influencia social, aumenta considerablemente la probabilidad de que un niño con TDAH acabe

derivando hacia un trastorno comportamental más grave como es el **trastorno disocial**, cuadros de adicción al alcohol y otras drogas, problemas con la justicia, accidentes de tráfico, embarazos no deseados, etc. Sin embargo, **debemos insistir que TDAH no es sinónimo de trastorno de conducta**.

Bases biológicas del TDAH

El TDAH es un trastorno que se manifiesta en la conducta del individuo y que se produce por una afectación de origen neurológico que se ve modulada por el efecto potenciador o moderador de la educación. No se trata de una lesión propiamente dicha, sino de un peor funcionamiento cerebral relacionado con el área frontal del cerebro. Dicha afectación neurológica puede variar de unas personas a otras y manifestarse, desde un nivel que se puede intuir (porque no se puede medir de forma aislada separándola del efecto del ambiente) "leve", hasta una afectación muy incapacitante y desadaptativa.

Un niño con TDAH, tenga la afectación neurológica que tenga, se ve favorecido por dos procesos:

- (1) el proceso de maduración de su sistema nervioso que puede suavizar los síntomas iniciales con la edad (en la mayoría de los casos siempre estarán presentes pero no serán tan incapacitantes);
- (2) el efecto modulador de la educación que reciben (no olvidemos que la atención, las estrategias de pensamiento y el autocontrol también se educan).

Por este motivo, cuando observamos y evaluamos la conducta de un niño o niña con TDAH, no estamos valorando directamente su afectación neurológica, sino el producto de ésta unido al efecto que la educación está teniendo sobre la sintomatología que provoca.

No debe parecernos extraño, pues, que en nuestra clase podamos encontrar niños muy diferentes. Por ejemplo, un niño con TDAH

que parece tener una afectación biológica importante ya que los problemas de atención y las dificultades de autocontrol parecen serias, pero cuyo comportamiento y adaptación son estupendos debido a que recibe el tratamiento adecuado, tiene la suerte de tener un profesor que le sabe exigir y valorar, y una familia, ordenada, estructurada y contenedora que le transmite estabilidad y compensa con organización, algunos de sus déficit.

También podemos encontrar el caso contrario, aquel niño con TDAH cuya afectación biológica se intuye leve pero cuyo cuadro sintomatológico, es decir, la manifestación comportamental del trastorno, es muy escandaloso debido a que le falta el tratamiento, la estabilidad emocional, la contención y los límites educativos adecuados que le permitan canalizar su conducta. Estos niños viven en un entorno escolar o familiar que, en muchas ocasiones sin intención, potencia la conducta impulsiva y explosiva, favorece la inestabilidad emocional y con ella agrava los problemas de conducta. Este tipo de niños son los que confunden a muchos maestros que tienden a pensar que el problema es sólo educativo y que no existe, además, un trastorno como el TDAH, de fondo.

Pero ¿qué sabemos hoy sobre la afectación biológica del TDAH? Estudios neuropsicológicos recientes sugieren en el TDAH un mal funcionamiento del:

1. **Cortex prefrontal** que interviene en la activación de las conductas de las personas, en la resistencia a la distracción y en el desarrollo de la conciencia del tiempo.
2. **Nucleus caudatus y el Globus pallidus**, que ayudan en la inhibición de respuestas automáticas facilitando las actitudes reflexivas y el autocontrol.
3. **Vermis cerebeloso**, cuya función parece estar asociada a la regulación de la motivación.

En los últimos años se han multiplicado investigaciones que tratan de profundizar en este funcionamiento cerebral atípico de las personas con TDAH. Se están realizando estudios, por ejemplo, que tratan de demostrar mediante *tomografía por emisión de positrones* (PET) que existe, respecto a los sujetos sin este trastorno, una disminución en el metabolismo en la zona frontal del cerebro en los adultos y adolescentes con TDAH o la existencia de menor riego sanguíneo en el núcleo estriado y en las regiones prefrontales del cerebro.

Los resultados son todavía poco específicos y difíciles de generalizar entre otras razones porque, bajo el diagnóstico de TDAH, se incluyen una variabilidad muy grande de personas y porque, en muchos casos, el diagnóstico de TDAH no se presenta de forma aislada, sino que coexiste con otros problemas como: trastornos de conducta específicos, trastornos del estado de ánimo, epilepsia, tics, cefaleas, fobias o dificultades de aprendizaje, entre otros. No obstante, los múltiples estudios neuroanátomicos del TDAH han reactivado las investigaciones sobre las hipótesis bioquímicas de este trastorno. Estos estudios parecen sugerir una inmadurez o alteración en la transmisión neuronal debido a un mal funcionamiento de determinados transmisores cerebrales. Se denominan *transmisores* o *neurotransmisores* a aquellas sustancias que permiten que la información pueda ser transmitida de una neurona a otra salvando el espacio sináptico que existe entre ellas. Un desequilibrio en la producción o en la captación de estas sustancias puede suponer un funcionamiento irregular, lento o alterado del cerebro.

Se han formulado hipótesis diferentes basadas en el efecto positivo que algunos fármacos, especialmente estimulantes, tienen sobre el TDAH. Las hipótesis más aceptadas parecen centrarse en el papel de transmisores como la dopamina (que parece influir en la regulación del comportamiento motor) o la noradrenalina (como modulador de la atención, la vigilancia

NIÑOS HIPERACTIVOS, IMPULSIVOS Y DESATENTOS: ¿Cuándo se puede hablar de un trastorno?

y las funciones ejecutivas), pero también sobre la serotonina (implicada en la regulación del estado de ánimo), e incluso en el papel del ácido gamma-aminobutírico (GABA).

El procesamiento de la información en los niños con TDAH podría describirse de forma sencilla como un procesamiento más lento, fatigoso y peor organizado que el de otro niño de su misma edad. Dado que la afectación, como hemos visto, parece centrarse en una alteración en los mecanismos de regulación de algunos transmisores cerebrales, el tratamiento farmacológico complementario al entrenamiento cognitivo-comportamental y el asesoramiento educativo escolar y familiar, resulta, en la mayoría de los casos, muy efectivo: reduce la hiperactividad motriz, aumenta el autocontrol y mejora la capacidad de atención.

¿Por qué se produce el TDAH?

En la aparición del TDAH influyen factores muy variados como:

- la prematuridad;
- la toxicidad con altos niveles de plomo;



- alteraciones durante el embarazo o el parto;
- algunas alergias alimentarias y factores hereditarios.

En el momento actual se considera el TDAH como un trastorno poligénico en cuya manifestación intervienen conjuntamente varios genes relacionados con la recepción y transporte de algunos transmisores cerebrales. La concordancia de este trastorno en gemelos idénticos (gemelos monocigotos) es del 51% respecto a mellizos (gemelos dicigotos), que es del 33%.

Un niño con un padre o madre con TDAH tiene entre 5 veces más riesgo de padecer también este trastorno que un niño cuyos padres están sanos. En la "transmisión del TDAH" no debemos olvidar que no influyen únicamente mecanismos hereditarios, sino también ambientales y aprendidos. Pensemos que un padre o una madre con TDAH, tendrán más dificultades para ofrecer a sus hijos un modelo de conducta reflexivo, les costará más organizarse, mantener la constancia de las normas, la exigencia y las medidas disciplinarias e, incluso probablemente, la serenidad que requiere la educación de un hijo mucho más si, como se plantea en este caso, el niño o los niños tienen, también, TDAH. Desde la escuela debemos comprender y ayudar especialmente a estas familias.

Detección de los primeros síntomas

Por lo general, muchos de los niños hiperactivos, especialmente los que tienen hiperactividad/impulsividad asociada a problemas de conducta, son detectados en Educación Infantil.

Otro segundo grupo se detecta en primero de Primaria, especialmente cuando los problemas de atención afectan al rendimiento escolar, y un tercer grupo se detecta en 4.^º o 5.^º de Primaria, cuando la labor de apoyo de los padres durante los cursos anteriores comienza a ser insuficiente y el currículo



y las funciones ejecutivas), pero también sobre la serotonina (implicada en la regulación del estado de ánimo), e incluso en el papel del ácido gamma-aminobutyrico (GABA).

El procesamiento de la información en los niños con TDAH podría describirse de forma sencilla como un procesamiento más lento, fatigoso y peor organizado que el de otro niño de su misma edad. Dado que la afectación, como hemos visto, parece centrarse en una alteración en los mecanismos de regulación de algunos transmisores cerebrales, el tratamiento farmacológico complementario al entrenamiento cognitivo-comportamental y el asesoramiento educativo escolar y familiar, resulta, en la mayoría de los casos, muy efectivo: reduce la hiperactividad motriz, aumenta el autocontrol y mejora la capacidad de atención.

¿Por qué se produce el TDAH?

En la aparición del TDAH influyen factores muy variados como:

- la prematuridad;
- la toxicidad con altos niveles de plomo;



- alteraciones durante el embarazo o el parto;
- algunas alergias alimentarias y factores hereditarios.

En el momento actual se considera el TDAH como un trastorno poligénico en cuya manifestación intervienen conjuntamente varios genes relacionados con la recepción y transporte de algunos transmisores cerebrales. La concordancia de este trastorno en gemelos idénticos (gemelos monocigotos) es del 51% respecto a mellizos (gemelos dicigotos), que es del 33%.

Un niño con un padre o madre con TDAH tiene entre 5 veces más riesgo de padecer también este trastorno que un niño cuyos padres están sanos. En la "transmisión del TDAH" no debemos olvidar que no influyen únicamente mecanismos hereditarios, sino también ambientales y aprendidos. Pensemos que un padre o una madre con TDAH, tendrán más dificultades para ofrecer a sus hijos un modelo de conducta reflexivo, les costará más organizarse, mantener la constancia de las normas, la exigencia y las medidas disciplinarias e, incluso probablemente, la serenidad que requiere la educación de un hijo mucho más si, como se plantea en este caso, el niño o los niños tienen, también, TDAH. Desde la escuela debemos comprender y ayudar especialmente a estas familias.

Detección de los primeros síntomas

Por lo general, muchos de los niños hiperactivos, especialmente los que tienen hiperactividad/impulsividad asociada a problemas de conducta, son detectados en Educación Infantil.

Otro segundo grupo se detecta en primero de Primaria, especialmente cuando los problemas de atención afectan al rendimiento escolar, y un tercer grupo se detecta en 4.^º o 5.^º de Primaria, cuando la labor de apoyo de los padres durante los cursos anteriores comienza a ser insuficiente y el currículo

escolar exige mayor tiempo de concentración y una forma más reflexiva y planificada de manejar la información.

En España, dado que el conocimiento y difusión del trastorno se ha realizado más tarde que en otros países, es frecuente encontrar adolescentes y jóvenes con síntomas de TDAH no diagnosticados. En estos casos la evaluación debe incidir en un fiel diagnóstico diferencial, puesto que en estas edades es muy posible que el TDAH sea un trastorno menor que acompañe a otros más severos que deben ser también diagnosticados, por ejemplo: trastornos emocionales, de conducta, adicción a sustancias, trastorno obsesivo-compulsivo, etc.

Bibliografía

- AMEN, D.G., PALDI, J.H., y THISTED, R.A. (1993). Brain SPECT imaging. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32, 1080-1081.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002) DSM-IVTR Tr.: Breviario. Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson.
- BARKLEY, R.A. (1990a). Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press.
- BARKLEY, R.A. (1990b). A critique of current diagnostic criteria for attention deficit disorder: Clinical and research implications. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 11, 343-352.
- BARKLEY, R.A. (1991). Attention-deficit hyperactivity disorder. A clinical workbook. New York: Guilford Press.
- BARKLEY, R.A. (1997a). ADHD and the Nature of Self-Control. New York: Guilford Press.
- BARKLEY, R.A. (1997b). Defiant Children a clinician manual for assessment and Parent Training. New York: Guilford Press.
- BARKLEY, R.A. (1999a). Defiant Teens a clinical manual for assessment and family intervention. New York, NY: Guilford Press.
- BARKLEY, R.A. (1999b). Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Buenos Aires: Paidós.
- BIEDERMAN, J.; FARONE, S.V.; KEENAN, K.; BENJAMIN, J.; KRIFCHER, B.; MOORE, C.; SPRINCH, S.; UGAGLIA, K.; JELLINEK, M.S.; STEINGARD, R.; SPENCER, T.; NORMAN, D.; KOLODNY, R.; KRAUS, I.; PERRIN, J.; KELLER, M.B.; TSUANG, M.T. (1992). Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples, Archives of General Psychiatry, 49, 728-738.
- CASTELLANOS, F.X. (1997). Toward a pathophysiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. Clinical Pediatrics, 36, 388-393.
- FUNDACIÓN ADANA (2004). Comportamiento y TDAH. Barcelona: Adana Fundación.
- LOU, H.C.; HENRIKSEN, L., y BRUHN, P. (1990). Focal cerebral dysfunction in developmental learning disabilities. Lancet, 335, 8-11.
- MULAS, F.; TÉLLEZ DE MENESES, M.; HERNÁNDEZ-MUELA, S.; MATTO, L.; PITARCH, I. (2004). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y epilepsia, Revista de Neurología, 39 [2], 192-195.
- MURPHY, K., y BARKLEY, R.A. (1996). Updated adult norms for the ADHD Behavior Checklist for adults. The ADHD Report, 4, 12-16.
- ORJALES, I., y POLAINO-LORENTE, A. (1988). "Evaluación pediátrica de la eficacia terapéutica diferencial en el tratamiento de la hiperactividad infantil". Acta Pediátrica Española, 46 [1], 39-54.
- ORJALES, I. (1991). Eficacia diferencial en técnicas de intervención en el síndrome hiperactivético, Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid.
- ORJALES, I. (1997). Adaptación familiar, desarrollo intelectual y trastornos psicopatológicos en los niños de Adopción Internacional. Psicología Educativa, 3 [2], 189-201.
- ORJALES, I. (1999). Déficit de Atención con Hiperactividad. Manual para padres y educadores. Ed. CEPE. Madrid.
- ORJALES, I. (1999). Las autoinstrucciones de Meichenbaum: una modificación para el tratamiento de niños con déficit de atención con hiperactividad. Comunicación presentada en el III Congreso Internacional de Psicología y Educación. Santiago de Compostela, septiembre.
- ORJALES, I. (2000). Programa de entrenamiento para descifrar instrucciones escritas. Indicado para niños y niñas impulsivos y con déficit de atención con hiperactividad /DDAH. Ed. Cepe. Madrid.
- ORJALES, I., y POLAINO-LORENTE, A. (2001). Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad. Ed. CEPE. Madrid.
- POLAINO-LORENTE, A., y ÁVILA DE ENCÍO, C. (1993). ¿Cómo vivir con un niño hiperactivo? Ed. A.C. Madrid.
- POLAINO-LORENTE, A., ÁVILA DE ENCÍO, C.; CABANYES, J.; GARCÍA VILLAMISAR, D.A.; ORJALES, I., y MORENO, C. (1997). Manual de Hiperactividad infantil. Unión Editorial. Madrid.
- ZAMETKIN, A.J.; LIEBNAUER, L.L.; FITZGERALD, G.A., y col. (1993). Brain metabolism in teenagers with attention-deficit hyperactivity disorder. Archives of General Psychiatry, 50, 333-340.