

# **TRASTORNO DE ATENCIÓN** **CON/SIN HIPERACTIVIDAD**

Correspondencia: Mónica Martín Muñoz.  
Neuropsicóloga Clínica.  
Área Sanitaria Llerena-Zafra.  
Blog: [neuropsicoymas.wordpress.com](http://neuropsicoymas.wordpress.com)  
Twitter: [@neuropsicoymas](https://twitter.com/neuropsicoymas)  
E-Mail: [monica.mar.mu@gmail.com](mailto:monica.mar.mu@gmail.com)

Este documento está registrado a nombre de su autor y no puede ser utilizado salvo por permiso expreso del mismo o nombrando la referencia. [neuropsicoymas.wordpress.com](http://neuropsicoymas.wordpress.com)

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un importante problema de salud pública por varios motivos:

1. Presenta una alta prevalencia, podemos decir que los datos oscilan entre el 3 y el 7%.
2. Es un trastorno que comienza con sintomatología en etapas precoces en la infancia. Esta sintomatología aparece antes de los 7 años de edad.
3. Es un proceso incapacitante y crónico. Incapacitante porque produce serios problemas en la vida diaria, tanto en el ámbito familiar, en la escuela o con los amigos. Y crónico, porque puede durar toda la vida.
4. Presenta una alta comorbilidad, por lo que siempre deben investigarse otras patologías asociadas que conllevan un gran riesgo para el niño, como son trastornos del aprendizaje, problemas de conducta o trastornos emocionales.

## DEFINICIÓN

Según la Asociación Americana de Psiquiatría el Trastorno de atención con o sin hiperactividad se caracteriza por presentar 3 síntomas: Desatención, hiperactividad e impulsividad, afectando a la conducta y al aprendizaje.

Estos niños presentan una atención imperfecta, ya sea por presentar dificultades en la atención dividida, una atención focalizada excesiva, dificultades en mantener la atención), por fácil distrabilidad, que les impide desarrollar una determinada tarea, y por la hiperactividad, siempre reflejada en un comportamiento cognitivo acelerado y muchas veces en un comportamiento motor excesivamente movido.

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Según el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), los síntomas deben darse en dos o más ambientes, antes de los siete años de edad y causar un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

Clasifica TDAH en tres subtipos en función del patrón sintomático que predomine en los últimos seis meses:

5. tipo combinado (TDAH-C)
6. tipo con predominio del déficit de atención (TDAH-I)
7. tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (TDAH-H)

## CAUSAS/ETIOLOGÍA

Aunque la causa del TDAH no está completamente aclarada, sí parece evidente que se trata de un trastorno multifactorial, es decir producido por la interacción de múltiples factores, entre ellos neurobiológicos, genéticos y ambientales.

Cuando hablamos de factores neurobiológicos, hacemos referencia a que diversos estudios con técnicas de imagen cerebral han permitido conocer que en el TDAH existen alteraciones en las redes corticales cerebrales frontales y frontoestriatales.

Igualmente sabemos de la implicación de dos neurotransmisores ( dopamina y noradrenalina) en la función atencional y en la regulación motora, y sí se ha observado afectación de las regiones cerebrales ricas de ambos neurotransmisores en pacientes con TDHA.

En cuanto a los factores genéticos, se ha evidenciado en estudios familiares, una mayor prevalencia de TDAH en los familiares de estos pacientes. Y en estudios de gemelos, hay una concordancia para los síntomas del TDAH del 55% en gemelos monocigóticos y del 33% en dicigóticos.

Respecto a los factores ambientales hablamos de la inestabilidad familiar, problemas con amigos, trastornos psiquiátricos en los padres, crianza inadecuada...etc.

## CLÍNICA.

Las manifestaciones clínicas en el TDAH, varían según la edad del paciente. Vamos a describir como se comportan estos niños en diferentes edades, de esta forma pueden servirle a los padres para poder detectar signos que indiquen que puedan sufrir este trastorno y poder dirigirse a un especialista para el diagnóstico y posterior tratamiento.

### Niños pequeños (1-3 años)

Se pueden apreciar cambios temperamentales, impulsividad y una adaptación social limitada en la interacción del niño con el ambiente y los padres. Son niños que no obedecen, no respetan las normas, molestan y pueden tener alteraciones del sueño, del lenguaje y del desarrollo motor. A esta edad el diagnóstico es muy difícil.

### Preescolares (3-6 años)

Se puede observar una inquietud motriz, menor intensidad y duración en el juego y distintos problemas asociados: déficit en el desarrollo, dificultad en la coordinación motora, conducta negativista desafiante, problemas de adaptación social y accidentes, entre otras.

El diagnóstico sigue siendo difícil ya que la hiperactividad, impulsividad y déficit de atención pueden ser propios de la edad; es importante ver si se afecta la socialización, el aprendizaje y la interacción padres-hijos. A esta edad es muy complicado conocer el rango normal de conducta y no hay instrumentos fiables y válidos para evaluar el TDAH..

### Escolares (6-12 años)

A esta edad suele ser cuando se producen más consultas a profesionales. Son niños que se distraen con facilidad, presentan inquietud motora, conducta impulsiva perturbadora, y con diferentes problemas asociados: trastornos específicos de aprendizaje (lectura, escritura), repetición de cursos, rechazo por los compañeros, relaciones familiares alteradas, baja autoestima y comportamiento agresivo.

## Adolescentes (13-20 años)

Hasta el 70% de los niños con TDAH evolucionarán con manifestaciones clínicas hasta la adolescencia. Con la edad va disminuyendo la hiperactividad motora y se transforma en hiperactividad mental o sensación de impaciencia. Se mantiene el déficit de atención y la dificultad para planear y organizarse lo que conlleva mal rendimiento escolar, rechazo de amigos, disminución de la autoestima y búsqueda de afecto de forma indiscriminada con la implicación en conductas de riesgo: conducta agresiva, antisocial y delincuente, problemas con el alcohol y drogas, problemas emocionales (depresión, ansiedad), embarazos y accidentes que constituyen su principal causa de muerte.

## TRATAMIENTO

El tratamiento del TDA/H es multimodal: implica a padres, médicos, profesores, psicólogos, etc y por tanto implica tratamiento farmacológico, psicológico tanto conductual como cognitivo e intervención psicopedagógica.

### Tratamiento farmacológico.

La decisión de iniciar tratamiento farmacológico debe consensuarse con padres o cuidadores, una vez hayan sido informados por parte del médico de los beneficios que pueden ocasionarle, sus efectos secundarios, y las alternativas terapéuticas que existen.

Los objetivos del tratamiento no sólo se centran en mejorar el rendimiento académico, sino que de forma más amplia busca:

- Reducir la hiperactividad, impulsividad y mejorar la atención.
- Disminuir los síntomas comórbidos acompañantes al TDAH.

Actualmente se dispone de dos tipos de medicación, por un lado los psicoestimulantes, entre ellos el metilfenidato, cuyo nombre comercial es el Rubifén, Concerta y Medikinet. Y por otro lugar, se utiliza un antidepresivo, la Atomoxetina, más conocido como Strattera, siendo la mejor alternativa cuando el metilfenidato no resulta eficaz.

### Tratamiento psicológico.

A nivel psicológico hay que llevar a cabo dos tipos de intervenciones. Por un lado a nivel conductual, donde se identifican los factores que están manteniendo la conducta inadecuada, se delimitan las conductas que se desea incrementar, disminuir o eliminar, llevándose a cabo la observación y el registro de éstas. Hay dos tipos de técnicas:

- Para aumentar conductas positivas: el reforzamiento positivo como la alabanza, la atención positiva, las recompensas y los privilegios.
- Para reducir conductas no deseadas: se utiliza una serie de técnicas como el coste de respuestas, el tiempo fuera y la extinción.

Evidentemente este tipo de intervención debe de ser llevado a cabo por profesionales entrenados, es decir, por psicólogos con experiencia en técnicas cognitivo-conductuales.

Por otro lugar, a que llevar a cabo una intervención a nivel cognitivo. Las alteraciones cognitivas típicas de los niños con TDA/H son los déficit de atención y de funciones ejecutivas.

Para llevar a cabo un programa de intervención cognitiva se deben conocer en profundidad los circuitos cerebrales implicados en cada una de las funciones ejecutivas y atencionales siendo nuestro abordaje diferente en relación a las funciones afectadas, a la edad del paciente y a la repercusión de la sintomatología en la vida diaria del paciente.

La intervención cognitiva debe llevarse a cabo por profesionales con formación específica en neuropsicología, es decir, por neuropsicólogos clínicos, puesto que conocen en profundidad el funcionamiento cerebral y el desarrollo de las funciones cognitivas.

### Intervención psicopedagógica

Consiste en que un profesional en el ámbito escolar, preferiblemente de manera individual, le enseñe a planificar y organizar los deberes y el estudio al niño con TDAH.

### CONCLUSIONES.

- El TDAH es el trastorno del neurodesarrollo más frecuente en la infancia.
- Se caracteriza por presentar déficit cognitivos y conductuales, interfiriendo en la vida diaria del paciente, tanto en el ámbito familiar, escolar y social.
- Padres y profesores son los primeros en observar las manifestaciones clínicas descritas anteriormente.
- El primer paso es llevar a cabo un estudio por parte del EOEP de si existe interferencia en el ámbito escolar.
- Posteriormente los padres acudirían a su pediatra donde a través de la anamnesis, los criterios diagnósticos del DSM-IV, algunas escalas como el test de Conners y el informe del EOEP, se toma la decisión si procede, a la derivación al médico especialista según predomine una sintomatología u otra. En el caso de que las alteraciones conductuales sean las predominantes, se derivaría al paciente al Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil, donde conjuntamente el psiquiatra infantil y los psicólogos clínicos llevarían a cabo las evaluaciones oportunas y se valorarían las opciones terapéuticas, en este caso farmacológica y conductual. En el caso de que las alteraciones cognitivas sean las predominantes, se derivaría a paciente al Equipo de neurología infantil , donde conjuntamente el neuropediatra y neuropsicólogo llevarían a cabo las evaluaciones oportunas y se valorarían las opciones terapéuticas, en este caso farmacológica y cognitiva.

## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2002.
2. M<sup>a</sup> Inés Hidalgo Vicario, César Soutullo Esperón. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)
3. M. Loro-López, J. Quintero, N. García-Campos, B. Jiménez-Gómez, F. Pando, P. Varela-Casal, J.A. Campos, J. Correas-Lauffer. Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Rev Neurol 2009; 49 (5): 257-264