



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 31 JUNIO 2010

“TDAH: UNA PROPUESTA ACTUAL I”

AUTORÍA JULIÁN JORQUERA RUIZ
TEMÁTICA TRASTORNOS
ETAPA EI, EP, ESO y BACHILLERATO

Resumen

Uno de los trastornos más frecuentes en la infancia es el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), hecho que ha facilitado que sea el trastorno neuroconductual mejor estudiado en la edad infantil. Actualmente, gran parte de los autores considera que este trastorno es reflejo de una disfunción ejecutiva, específicamente, un déficit para el control inhibitorio conductual.

Palabras clave

TDAH, HIPERACTIVIDAD, DÉFICIT, ATENCIÓN, TRASTORNO, APRENDIZAJE, ORIGEN NEUROPSICOLÓGICO.

1 INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH en lo sucesivo) constituye el **Tipo IV** de los que integran las Dificultades en el Aprendizaje. Por tanto se trata de una dificultad que se debe a factores personales de carácter grave que frecuentemente se combinan con respuestas inadecuadas del entorno (provocadas por las características de los problemas que se presenta y la incomprensión e incapacidad de quienes rodean a la persona que padece el síndrome), cuando esto ocurre la gravedad del trastorno se incrementa severamente. Las áreas personales afectadas son varias e importantes, no obstante, con el adecuado tratamiento médico-farmacológico y psicoeducativo la cronicidad del problema disminuye significativamente. En la actualidad el TDAH vuelve a ser objeto de atención preferente, diagnosticándose a veces con extrema ligereza, debido a que algunas de sus características más sobresalientes suelen darse también en otros trastornos, aunque con mucha menos gravedad.

Este trastorno se caracteriza por tres síntomas típicos: Déficit de atención, Impulsividad e Hiperactividad motora y/o vocal.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 31 JUNIO 2010

2 TIPOS DE TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

2.1 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo predominante inatento.

En los niños con TDAH el desarrollo de la atención es más lento y se caracterizan por:

- Dificultades para reorientar su atención y para mantenerla de modo sostenido tanto en el trabajo como en el juego.
- Cuanto más rutinaria y/o compleja es la actividad más dificultades de atención.
- Dificultades en la realización de actividades que exigen un procesamiento secuencial.
- Dificultades para prestar atención a dos actividades simultáneamente.
- En actividades que son de su interés la capacidad de atención se incrementa significativamente, de ahí que con frecuencia los padres y profesores piensen que se trata de fallos en la motivación.
- A menudo cometen errores por ignorar los detalles.
- Con frecuencia parecen no oír cuando se les llama.
- Con frecuencia no siguen las instrucciones, y fracasan en la finalización de las tareas y juegos.
- A menudo tienen problemas para organizar las tareas y las actividades.
- Abandonan frecuentemente las actividades que requieren un esfuerzo mental.
- Constantemente pierden cosas que necesita.
- Con frecuencia se distraen con ruidos extraños.
- Están a menudo perdido en las actividades diarias.

Seis o más de estos síntomas de desatención deben de haber persistido por lo menos durante seis meses, con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo del alumno.

2.2 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo predominante hiperactivo-impulsivo.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 31 JUNIO 2010

Este subtipo, se encuentra fundamentalmente en niños de infantil, suele considerarse como un precursor evolutivo del subtipo combinado, que está mucho más representado entre los niños en edad escolar. Para que pueda identificarse como mínimo deben darse seis de las conductas que a continuación se indican; en, al menos, tres escenarios diferentes, y deben haber estado ocurriendo por lo menos durante los últimos seis meses.

– La **impulsividad** se define como un fracaso de control en el procesamiento de la información, que no disminuye con la edad, aunque sí disminuya la actividad motriz. La impulsividad se considera polifacética, de ahí que se hable de impulsividad cognitiva e impulsividad conductual. Ambas predicen problemas de rendimiento, pero sólo la impulsividad conductual es un factor de riesgo de problemas de adaptación social. Manifestaciones de la impulsividad son:

- A menudo se le escapan respuestas antes de terminar las preguntas (aparentemente dice lo primero que se le ocurre).
- Tiene dificultad para esperar su turno.
- Con frecuencia interrumpe o se entromete.
- Aunque conozca las reglas (e incluso pueda explicarlas) es incapaz de pararse a pensar en las consecuencias antes de actuar.
- Con frecuencia recibe castigos de padres y profesores porque consideran que no siguen las normas de modo voluntario.
- Sacan poco provecho de sus experiencias.

– La **hiperactividad** se define en términos de una alta tasa de actividad motriz, incontrolada, inoportuna y sin finalidad concreta. En los sujetos con TDAH la hiperactividad se manifiesta también durante el sueño. De los principales síntomas del TDAH es la que menos repercusiones tiene a largo plazo. Es particularmente importante hasta los 11-12 años, luego disminuye. Las características de hiperactividad de los TDAH varían según las situaciones (de tal modo que es mayor cuanto más exigente, estructurada, compleja, familiar, aburrida, etc. es la tarea) y las personas (es mayor con extraños y en grupo). Manifestaciones de la hiperactividad son:

- Se mueve y/o se retuerce de forma nerviosa.
- Con elevada frecuencia se levanta de la silla.
- A menudo corre o salta cuando no debería (en adolescentes y adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- A menudo tiene dificultades para hacer tranquilamente actividades de ocio y de trabajo.
- Siempre “está en movimiento continuo”, como si tuviera un motor.



ISSN 1988-6047

DEP. LEGAL: GR 2922/2007

Nº 31 JUNIO 2010

- Habla excesivamente
- En adultos con TDAH la hiperactividad suele manifestarse como sentimientos de inquietud física.

2.3 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado.

Si se presentan conjuntamente las conductas hiperactivas- impulsivas e inatentas de acuerdo con los criterios mencionados para ambos subtipos. A continuación se presentan las conductas más frecuentes de los alumnos con TDAH subtipo combinado:

- No puede prestar atención concentrada por mucho rato
- Nervioso, sensible o tenso
- No puede estar quieto
- Exige del entorno mucha atención
- Es desobediente en casa
- Hace las cosas sin pensar
- La gusta llamar la atención
- No hace o hace mal las tareas escolares
- Fuertes brotes de ira, rabietas, llanto
- Se enfada con mucha facilidad
- Discute mucho
- Es testarudo, mentiroso, tramposo
- Ruidoso, grita mucho
- Habla demasiado
- A veces parece que no se entera
- Prefiere jugar con niños más pequeños.

3 CAUSAS DEL TDAH

El TDAH es un trastorno intrínseco a la persona que lo padece, debido a una alteración neuropsicológica que provoca un retraso en el desarrollo de los sistemas que se ocupan del control ejecutivo del comportamiento. La pregunta sobre qué es lo que provoca dicha alteración ha dado lugar



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 31 JUNIO 2010

a muy diferentes respuestas tanto biológicas y hereditarias, como psicosociales. Entre los factores biológicos no genéticos se han apuntado diversas complicaciones prenatales y perinatales, por ejemplo, el consumo materno de alcohol, drogas o tabaco, bajo peso al nacimiento, retraso en la maduración neurológica o las lesiones cerebrales que repercuten negativamente en el control cerebral de las actividades relevantes. Si bien es cierto que aún no se conoce con certeza la causa del déficit de control de los niños con TDAH, los progresos en las técnicas de neuroimagen y en el campo de la genética molecular inducen a pensar que la cuestión se resolverá muy pronto. De hecho, merced a esas técnicas ha sido posible comprobar las diferencias de estimulación y en las distintas áreas cerebrales en que se dan, cuando se observa a sujetos con y sin TDAH. Las distintas explicaciones causales se agrupan en:

- (a) Hipótesis neuroanatómicas y/o funcionales: las personas con TDAH presentan una menor actividad metabólica, menor actividad eléctrica, menor reactividad y menor volumen de materia cerebral. Las diferencias en la actividad han sido comprobadas pero cual o cuales sean sus causas sigue siendo objeto de investigación.
- (b) Hipótesis genéticas: los estudios en los últimos 30 años señalan un coeficiente de heredabilidad. A pesar de la importancia de estos datos no hay que olvidar que las tendencias genéticas se expresan en interacción con el ambiente.
- (c) Hipótesis neuroquímicas: las personas con TDAH sufrirían alteraciones en los genes que se encargan de la recepción y/o transporte de neurotransmisores muy importantes para el Sistema Nervioso Central como la dopamina y la noradrenalina, que intervienen fundamentalmente en los mecanismos de inhibición y de vigilancia. Los resultados de los tratamientos mediante psicoestimulantes apoyan la verosimilitud de estas hipótesis: las personas con TDAH que reciben tratamiento farmacológico basado en el metilfenidato, mejoran significativamente, reduciendo los niveles de actividad (por tanto potenciando los mecanismos de inhibición conductual) y aumentando la atención.
- (d) Hipótesis psicológicas de la sintomatología global del TDAH: las explicaciones psicológicas se centran en todos aspectos fundamentales que caracterizan el trastorno desde la inatención a la hiperactividad, aunque las que parecen tener mayor consenso son, por un lado, la referida a la hipoactividad de los sistemas de inhibición conductual y, por otro, la que se ocupa de los déficit de autorregulación del pensamiento y el comportamiento.

4 DIFERENCIACIÓN CON OTROS TRASTORNOS



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 31 JUNIO 2010

Algunas de las características del TDAH con frecuencia se presentan en otros trastornos dificultando la detección y el diagnóstico. Entre estos trastornos se encuentran:

- 1) Síndrome x frágil.
- 2) Discapacidad intelectual límite y moderada.
- 3) Trastornos de oposición desafiante.
- 4) Trastornos de conducta.
- 5) Trastornos afectivos con hiperactividad, trastornos de ansiedad y/o depresión.
- 6) Autismo, Tourette, Epilepsia y otros trastornos (otras psicosis, etc.).

Para diferenciar, estas patologías del TDAH, exponemos a continuación, una serie de características diferenciadoras de cada una de ellas:

a) El Síndrome X-Frágil (SXF) y el TDAH tienen muchos síntomas similares, por ello es frecuente que se produzcan errores en la detección e, incluso, en el diagnóstico. El SXF se caracteriza, de modo fundamental, por falta de atención, hiperactividad, ansiedad, timidez, problemas de conducta, estereotipias conductuales, impulsividad, demandas de atención, problemas en el rendimiento escolar, sin embargo, a diferencia del TDAH, los alumnos con Síndrome X-Frágil presentan una discapacidad intelectual moderada y problemas de lenguaje con dificultades en el habla y la pronunciación.

b) Discapacidad Intelectual. Las características más acusadas de las personas con Discapacidad Intelectual se resumen en: retraso intelectual, retraso del lenguaje (comprensivo y expresivo, problemas de habla y pronunciación), estereotipias conductuales, tics, inmadurez emocional y afectiva (son tímidos, temerosos e irresolutos, dependientes de los adultos), torpeza motriz, inquietud y tensión, irreflexividad, labilidad de atención (dificultades para concentrarse), graves dificultades en el aprendizaje (con pronóstico muy limitado).

c) Autismo: TDAH y autismo son dos trastornos diferentes, con respuestas diferentes e independientes a los tratamientos con estimulantes y con cambios neuropsicológicos adicionales. También muestran interacciones con el medio diferentes, a diferencia del autista, el alumno con TDAH mantiene una constante relación interpersonal –afectiva, lingüística, social- con la familia, con los maestros, con los compañeros, etc. No obstante, en ocasiones, se presenta una sobreactividad autista, con hiperkinesias, que remiten a TDAH.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 31 JUNIO 2010

d) Trastorno de Oposición Desafiante: Se estima que entre el 40% y el 60% de los niños con TDAH presentan conductas tipificadas en el Síndrome por oposición Desafiante, de ahí las dificultades con que se encuentran los profesionales para realizar diagnósticos acertados. Como se ha señalado en el capítulo tercero, el Trastorno por oposición desafiante se caracteriza por un patrón persistente de negatividad e ira sin que existan precipitantes que lo expliquen, la oposición se manifiesta hacia las figuras de autoridad (principalmente padres y profesores, cosa que no ocurre en el TDAH). Al igual que en el TDAH es más frecuente en varones (aunque con la llegada de la adolescencia la incidencia es igual en mujeres), pero, las diferencias son importantes: además de las ya mencionadas hay que añadir que los alumnos con Trastorno por Oposición Desafiante no muestran labilidad atencional, al contrario, si están interesados por la tarea son perfectamente capaces de concentrarse en ella, tampoco muestran hiperactividad y, en general, proceden de hogares con pautas educativas inconsistentes (sino desestructurados y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad caóticos); finalmente, también como diferencia, el Trastorno por oposición Desafiante no es clínicamente significativo hasta edades de 5/6 años o superiores.

e) Trastornos de Conducta: los alumnos con Trastornos de Conducta también suelen ser confundidos con los que presentan TDAH, especialmente el subtipo hiperactivo/impulsivo (de hecho, se considera que entre el 20% y el 50% de los alumnos con TDAH presentan conductas típicas del Trastorno de Comportamiento), porque las conductas de persistente violación de las reglas sociales y los derechos de los otros, desobediencia y molestias a los compañeros con alteraciones del orden de la clase, desinterés por las tareas escolares (con rendimiento académico bajo), pueden llevar a pensar que se trata de TDAH, máxime si se presentan durante la Educación Primaria. Sin embargo, hay diferencias muy importantes en las que apoyarse para hacer un diagnóstico correcto: los alumnos con trastornos de conducta no presentan dificultades para mantener la atención (de hecho cuando la tarea les interesa, por las razones que sean, su capacidad de atención es normal), ni tampoco presentan incapacidad para la inhibición de conductas; además el trastorno de conducta cursa con comportamientos agresivos (con destrucción de la propiedad ajena), y es situacional, es decir, ocurre en determinados escenarios y no en otros.

f) Trastornos Afectivos con Hiperactividad y Trastornos por Ansiedad y/o Depresión: si bien suelen presentar un patrón persistente de intranquilidad (que se manifiesta a veces como hiperactividad motriz), dificultades para la concentración e irritabilidad; sin embargo, a diferencia del TDAH, los alumnos con trastornos afectivos, ansiedad y/o depresión, suelen mostrar síntomas somáticos (como dolores de cabeza y de estómago, alteraciones del sueño -con crisis de insomnio y de hipersomnia- y alteraciones del metabolismo, agitación, etc.) y conductas de retraimiento y evitación de las situaciones sociales y de las relaciones interpersonales intensas, incluso, a veces, como ocurre con los alumnos con síntomas depresivos, muestran ánimo decaído, apatía. En ningún caso cursan con impulsividad.

En cambio, los alumnos con TDAH: No tienen hostilidad hacia los padres; puede que no sigan las reglas, pero por su incapacidad para controlarse o por inatención, no de modo intencional; no son destructivos; no son agresivos (al menos no desde la perspectiva intencional de la agresividad, es decir,



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 31 JUNIO 2010

de la determinación de hacer daño), no evitan las relaciones sociales, ni las manifestaciones emocionales y afectivas, de hecho suelen ser considerados por sus padres y profesores como niños cariñosos y sociables; no muestran apatía, ni tristeza, ni decaimiento moral; tienen, en general, una dotación intelectual normalizada; sus dificultades de atención, impulsividad e hiperactividad no son situacionales, se dan en todas las condiciones (hogar, escuela, etc.), es decir, no ocurren en una situación y con unas personas determinadas (la ocurrencia es un factor determinante para el diagnóstico diferencial con el resto de los trastornos mencionados); la desorganización y el estrés en las familias de niños con TDAH suele ser consecuencia de reacciones diferentes al comportamiento del niño (diferencias en el modo de comprender, valorar, aceptar el problema, diferencias en el modo de responder a las exigencias y obligaciones que plantea).

5 FACTORES DE RIESGO DE TDAH

La detección del TDAH debe hacerse a edades tempranas ya que los síntomas fundamentales del trastorno aparecen muy pronto:

- Actividad incesante, sin objetivo aparente (por ejemplo, sacan y meten los juguetes en el cesto una y otra vez).
- Incapacidad para realizar las tareas habituales (comida, vestido, baño, etc.) sin estarse quieto e intentando hacer otras cosas al mismo tiempo.
- Dificultades para mantener la atención.
- Incapacidad para prever las consecuencias de sus actos, de tal modo que dan la impresión de no aprender de una vez para otra (por ejemplo, intentan coger un objeto que desean sin prever que pueden golpearse, caerse, romper algo, aún cuando en ocasiones anteriores esas consecuencias se hayan dado, incluso con resultados dolorosos para el niño). Por ello son niños que constantemente presentan heridas, moratones, y otras lesiones.
- Verbalizaciones de los padres en el sentido de que “no pueden con el niño”, “que los agota”, “que no saben cómo tratarlo”, “que los desespera”, etc. Los padres de niños con TDAH suelen dar pronto muestras de expectativas no cumplidas, de falta de recursos, de pérdida de autoestima (sobre todo en el caso de las madres que por razones culturales, económicas o de otra índole, son las que pasan más tiempo al cuidado del niño, y, por tanto, pueden experimentar más frustración).
- Dificultades de adaptación en la Escuela Infantil.
- En ocasiones suelen mencionarse también como factores de riesgo de TDAH complicaciones prenatales y perinatales, por ejemplo, el consumo materno de alcohol, drogas o tabaco durante el embarazo, el bajo peso al nacimiento y la prematuridad, disfunción cerebral mínima, pero como se



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 31 JUNIO 2010

ha señalado en el apartado 5º la causa del trastorno aún no está suficientemente clara. También se señala como posible predictor el retraso del lenguaje.

6 BIBLIOGRAFÍA

- LUQUE PARRA, D. J. (2006): Dificultades en el Aprendizaje: Unificación de Criterios Diagnósticos (Volumen Iii). Junta de Andalucía, Sevilla.
- ROMERO-AYUSO, D. M. y OTROS (2006): Disfunción ejecutiva en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia. Revista de Neurología (265-271).
- ROMERO PÉREZ, J. F. (2005): Dificultades en el Aprendizaje: Unificación de Criterios Diagnósticos (Volumen I). Junta de Andalucía, Sevilla.
- ROMERO PÉREZ, J. F. (2005): Dificultades en el Aprendizaje: Unificación de Criterios Diagnósticos (Volumen II). Junta de Andalucía, Sevilla.

Autoría

- Nombre y Apellidos: Julián Jorquera Ruiz
- E-mail: julian720@hotmail.com