

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN / HIPERACTIVIDAD (TDAH)

M. A. Esparza Sánchez. Neuropediatra
Servicio de Pediatría. Hospital General de Castellón
7 de Octubre de 2011

El TDAH es una alteración de origen neurobiológico con gran prevalencia (5-8%) y que influye negativamente en la adaptación escolar, familiar y social a quien la padece.

El TDAH hace referencia a personas inatentas, despistadas, impulsivas, con dificultades para tareas que requieren capacidades organizativas, inconstantes y poco eficientes ante las demandas generadas en el colegio, en la vida laboral y social .

Conocido este trastorno desde hace muchos años, ha recibido diferentes denominaciones, *disfunción cerebral mínima, discapacidad del aprendizaje y de la conducta, hiperactividad*

En las personas que presentan un TDAH se ha observado un menor tamaño del córtex prefrontal, cuerpo calloso, cerebelo así como una disminución global del volumen cerebral, en comparación con grupos control . Algunas de estas alteraciones se observan también en los procesos comórbidos y en otros trastornos del neurodesarrollo.

Causas

Existe la evidencia de una fuerte implicación genética, hasta en un 80%, modulada por su interacción con factores ambientales. Han sido implicados varios genes, algunos de ellos relacionados con la alteración en el funcionamiento de los neurotransmisores, dopamina y noradrenalina.

Puede cursar con un TDAH cualquier lesión del Sistema Nervioso Central (SNC) provocada por infecciones víricas y hábitos tóxicos durante la gestación, asfixia perinatal, prematuridad, bajo peso al nacimiento, convulsiones, traumatismo craneoencefálico

También se observa un TDAH en niños con algunos tratamientos farmacológicos (antiepilépticos, broncodilatadores....), alteraciones nutricionales y endocrinas, síndromes neurocutáneos, trastornos genéticos sindrómicos, alteraciones del sueño....

La aparición de un TDAH podría ser además la primera manifestación de alguna enfermedad neurodegenerativa.

Subtipos:

- **Inatento**, parece que no escucha , sueña despierto, se distrae, le cuesta empezar las cosas, evita el esfuerzo mental sostenido. Pasa por vago, poco motivado, despreocupado, poco inteligente aún teniendo un Coeficiente Intelectual adecuado, no aprende al ritmo que se espera para su edad y el diagnóstico suele retrasarse, sobre todo en las niñas.
- **Hiperactivo impulsivo**, habla y se mueve en exceso, responde precipitadamente, interrumpe a otros, no sabe guardar su turno, cambia de tarea constantemente sin finalizar ninguna, presenta un comportamiento molesto.
- **Combinado**, con síntomas de los dos subtipos anteriores es quien presenta más problemas de aprendizaje y de conducta.

Diagnóstico

El diagnóstico es clínico, en base a los criterios del DSM-IV-TR o CIE-10.

Tabla: Criterios diagnósticos del TDAH según el DMS-IV-TR

A. Deben cumplirse (1) o (2):

1. Seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

FALTA DE ATENCIÓN

- a. a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- b. a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- c. a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- d. a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargo u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender las instrucciones)
- e. a menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades
- f. a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- g. a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (como juguetes, trabajos escolares, lápices, libros o herramientas)
- h. a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- i. a menudo es descuidado en las actividades diarias

2. Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

HIPERACTIVIDAD

- a. a menudo mueve en excesos las manos o los pies o se remueve en el asiento
- b. a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en las que es inapropiado hacerlo
- c. a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo (en los adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- d. a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- e. a menudo 'está en marcha' o actúa como si 'tuviera un motor'
- f. a menudo habla en exceso

IMPULSIVIDAD

- g. a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- h. a menudo tiene dificultades para guardar turno
- i. a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej., se entromete en conversaciones o juegos)

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p.ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o a un trastorno de la personalidad)

Se realiza mediante una entrevista a los padres y a los niños, evaluando además la información remitida por los profesores y psicólogos.

Debe indagarse sistemáticamente sobre cada uno de los trastornos comórbidos posibles, dificultades de aprendizaje, lectoescritura y matemáticas, ansiedad, conductas oposicionistas, estado de ánimo, fobias, tics, conducta disocial . Habilidades de relación social y capacidad de empatía.

Los test de inteligencia son útiles por aportar una idea sobre las capacidades cognitivas globales y en cierta medida sobre las posibilidades académicas.

Es necesaria además una completa valoración médica que nos permita descartar patología asociada o etiología sintomática. Tras realizar la historia familiar y personal, exploración clínica por aparatos, evolución pondoestatural y del perímetro cefálico, se valorará la necesidad o no de realizar pruebas complementarias.

No existe ninguna prueba (analítica, EEG, genética, RM cerebral) que nos dé el diagnóstico de TDAH.

Tratamiento ha de ser multidisciplinar y precoz.

- Intervención psicopedagógica, procura el óptimo desarrollo de los procesos mentales, planificación, programación, funciones ejecutivas. Promueve que se interioricen comportamientos y rutinas que les ayuden a modificar su conducta. Intervenciones familiares individuales y colectivas.
- Fármacos, psicoestimulantes y no psicoestimulantes, mejoran el nivel de neurotransmisores, dopamina y noradrenalina, mejorando el control del impulso inhibitorio y la atención.

Se debe tener muy en cuenta el tratamiento de la comorbilidad, ansiedad, dislexia, depresión, epilepsia, trastornos del sueño, autismo, tourette.....

Conclusiones

Ninguna intervención terapéutica será eficaz si no tenemos una adecuada comprensión de la naturaleza del problema.

Tanto en el ámbito escolar como familiar, al niño debemos darle en cada momento instrucciones claras y precisas, ayudarlo a organizarse y estructurar su trabajo, protegerlo del estrés innecesario y de la frustración, establecer pocas normas pero que sean importantes, mantener unas expectativas realistas, facilitarle la posibilidad de pedir ayuda, promover su participación en actividades en las que pueda ser brillante, no ser críticos con cuestiones triviales, no humillarlo ni ponerlo en evidencia ante otras personas, animarlo a opinar y participar en la toma de decisiones, evitar mensajes negativos como llamarle vago o travieso, fomentar su autoestima, ser indulgentes, tener mucha paciencia, no perder el control, tratarlo siempre con gran respeto.....

Con la ayuda adecuada el niño podrá superar esta situación, crecer y desarrollarse con una buena autoestima y aprovechar sus capacidades de forma óptima.

Bibliografía

1. J.Artigas-Pallarés, J.Narbona. *Trastornos del Neurodesarrollo*. Viguera ed. 2011
2. A. Pardos, A. Fernández-Jaén, D. Martín Fernández-Mayoralas. *Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad*. Rev neurol 2009; 48 (Supl 2): S107-S111
3. F. Mulas, M.C. Etchepareborda, L. Abad-Mas, A. Díaz-Lucero, S. Hernández, A. de la Osa, M.J. Pascuale, R. Ruiz-Andrés. *Trastornos neuropsicológicos de los adolescentes afecto de trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Rev neurol 2006; 43 (Supl 1): S71-S81
4. J.R. Valdizán, A.C. Izaguerri-Gracia. *Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos*. Rev neurol 2009; 48 (Supl 2): S95-S99
5. Josep Cornellà. *Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Una revisión crítica* An Pediatr Contin. 2010;8(6):299-307
6. A. de la Osa-Langreo, F. Mulas, M. Téllez de Meneses, R. Gandía, L. Mattos. *Psicofarmacología de los trastornos comórbidos asociados al trastorno por déficit de atención/hiperactividad*. Rev neurol 2007; 44 (Supl 2): S31-S35
7. R.A. Barkley. *Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V*. Rev neurol 2009; 48 (Supl 2): S101-S106
8. F. Mulas, L. Mattos, A. de la Osa-Langreo, R. Gandía. *Trastorno por déficit de atención/hiperactividad a favor del origen orgánico*. Rev neurol 2007; 44 (Supl 3): S47-S49
9. R. Díaz-Heijt, F. Mulas, H. Forsberg. *Alteraciones de los patrones de los marcadores de la dopamina en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Rev neurol 2006; 42 (Supl 2): S19-S23
10. A. Sans, R. Colomé, A. López-Sala, C. Boix. *Aspectos neuropsicológicos del daño cerebral difuso adquirido en la edad pediátrica*. Rev neurol 2009; 48 (Supl 2): S23-S26