

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

JESÚS EIRÍS DEL RÍO¹

Universidad de Salamanca

jesuseiris@usal.es

SUMARIO

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la infancia. Constituye un problema crónico con diferentes manifestaciones a lo largo de la vida y si no se aborda adecuadamente puede tener gran impacto desfavorable individual, familiar y social. En este artículo se revisan las causas de este trastorno, su prevalencia, los síntomas y la comorbilidad que puede asociar, así como el modo de diagnosticarlo y su tratamiento.

Palabras clave: Trastorno, Déficit de Atención, hiperactividad, impulsividad, infancia, tratamiento, diagnóstico, comorbilidad.

SUMMARY

The attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) is the most frequent neuropsychiatric disorder on infancy; is a chronic problem that has different manifestations along life. If it is not treated, it has important desfavorable individual, familiar and social consequences. In this article we try to review the etiology of this disorder, its prevalence and symptoms and the comorbidity that can be associated, and also the diagnosis and treatment.

Key words: disorder, attention deficit, hyperactivity, impulsivity, infancy, treatment, diagnosis, comorbidity.

¹ Jesús Eiris del Río es estudiante de 3º de Grado en Terapia Ocupacional en la Universidad de Salamanca.

1. INTRODUCCION

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un importante problema de salud pública por varias razones: su alta prevalencia, su cronicidad (persiste en el tiempo con diferentes manifestaciones), su repercusión a diversos niveles (familiar, laboral, social), su frecuente comorbilidad con otras patologías y sus repercusiones sobre gasto (económico, recursos humanos) entre otras.

Según la clasificación DSM-IV se define el TDAH como un “determinado grado de déficit de atención y/o hiperactividad e impulsividad que resulta desadaptativo e incoherente en relación con el nivel de desarrollo del niño y está presente antes de los 7 años de edad”. Los síntomas deben persistir durante más de 6 meses. El cuadro debe ser más severo que lo observado en otros niños de la misma edad, el mismo nivel de desarrollo e inteligencia. Debe estar presente en varios ambientes como familia, escuela, amigos. Debe producir serios problemas en la vida diaria. Los síntomas varían con el tiempo y no deben ser causados por otro trastorno mental o médico.

Las primeras descripciones de este trastorno datan de 1902, en que Still describía niños con diversos grados de disatención, impulsividad, hostilidad, conducta desafiante, etc. Desde entonces se han empleado diferentes denominaciones como niños con “impulsividad orgánica”, “inestables”, “disfunción cerebral mínima” etc, hasta la denominación actual.

2. PREVALENCIA

Hay varios factores que se miden para determinar la prevalencia de este trastorno, por lo que es difícil de precisar. En España hay escasos estudios al respecto. De un modo global, se estima que afecta al 5-10% de la población en edad escolar. Varía con factores como el tipo de clasificación utilizada, las escalas diagnósticas usadas, las fuentes de información (padres, profesores, entorno social) y según las características socio-culturales de la población. Con criterios del DSM-IV se sitúa entre el 3-7%. Existe predominio en varones en las formas combinadas y en mujeres en las formas solo inatentas. Esto hace que en el sexo femenino los síntomas pasan a veces desapercibidos y se diagnostiquen tarde o nunca.

3. CAUSAS

Se sabe que se trata de un *trastorno multifactorial*, en el que existe una base neurobiológica y una predisposición genética, sobre la que interactúan factores

ambientales. Las hipótesis sobre las causas abarcan distintas áreas: genéticas, factores biológicos adquiridos, diferencias neuroanatómicas, factores psicosociales. Veámoslo.

La *base genética* se postula ya que se ha observado una mayor prevalencia del trastorno entre familiares, así como en gemelos, o también en padres biológicos en caso de adoptados afectados de TDAH. Además, en el 70% de los casos de TDAH existen alteraciones de genes relacionados con el control de la dopamina y la noradrenalina, y estas sustancias son neurotransmisores involucrados en la función atencional, y la dopamina también en el autocontrol y la inhibición motora (lo que está afectado en este trastorno).

Se ha observado afectación en las regiones ricas en dopamina (región anterior o de la función ejecutiva) y de las regiones ricas en noradrenalina (región posterior, de la flexibilidad cognitiva).

Los *factores biológicos adquiridos* que pueden causar o modular un TDAH pueden ocurrir en la etapa prenatal o postnatal, como la exposición intraútero al alcohol, a la nicotina o a diversos fármacos (benzodiacepinas, anticonvulsivantes), la prematuridad o el peso bajo al nacer, las encefalitis o traumatismos que afecten al área prefrontal, la hipoxia, la hipoglucemia o la exposición al plomo.

Los *factores neuroanatómicos* también han de ser considerados en el estudio del TDAH. Las técnicas como la Resonancia Magnética Cerebral o el PET han demostrado diferencias en la anatomía o el volumen de algunas estructuras cerebrales en el TDAH, particularmente a nivel del córtex pre-frontal y ganglios basales. Algunas diferencias se mantienen y otras se van atenuando con el tiempo.

Factores neuroquímicos y neurofisiológicos también influyen en la génesis del TDAH. Se han observado alteraciones en la función y actividad cerebrales como la disminución del metabolismo en ciertas zonas (prefrontal, córtex parietal, striatum, cerebelo) y aumento de la actividad en otras (corteza sensoriomotora).

Por último, también los *factores psicosociales* pueden influir o modular las manifestaciones de TDAH. Se han postulado como factores negativos los trastornos psiquiátricos en los padres, la inestabilidad familiar, las situaciones de adopción de ruptura de vínculos, las relaciones negativas padres-hijos, etc., al actuar sobre individuos genéticamente predispuestos.

4. SINTOMATOLOGÍA

Las manifestaciones clínicas de TDAH son muy diversas y pueden variar mucho en las diferentes personas e incluso en una misma persona a lo largo de su vida.

Los 3 síntomas básicos del TDAH son el déficit atencional, la hiperactividad y la impulsividad. El trastorno por déficit de atención puede presentarse con o sin hiperactividad.

El *déficit de atención* o atención dispersa es la dificultad para concentrarse y perseverar en la tarea, especialmente cuando requiere atención mantenida y se relaciona con dificultades académicas o en el trabajo, y con el logro de la meta propuesta; la dificultad para realizar una tarea aumenta al encontrarse en ambientes con muchos estímulos que le puedan distraer; suelen perderse u olvidar objetos de modo habitual y mostrar problemas para organizarse, así como presentar dificultades en la gestión del tiempo y necesidad de supervisión continua. Las personas con TDAH pueden rendir muy bien durante periodos de tiempo relativamente largos cuando realizan actividades motivantes para ellos (juegos de ordenador, consolas...) por lo que a menudo son calificados como vagos por parte de sus profesores cuando no son capaces de acabar tareas más tediosas o aburridas. El principal problema que presentan es que no son capaces de discriminar los estímulos que le rodean y priorizar a los que hay que atender más, ya que se distraen fácilmente y no son capaces de focalizarse en los importantes, por lo tanto, no es un problema de memoria sino de desorganización y de mantenimiento del esfuerzo cara a metas no inmediatas.

La *hiperactividad* es el exceso de movimiento en el niño, inquietud o desazón en el mayor, así como la tendencia a hablar mucho. Sus síntomas suelen ser reconocidos tanto por los padres como los profesores de manera precoz. Estos niños suelen estar en continuo movimiento y si tienen que permanecer sentados o quietos siempre tiene una parte de su cuerpo en movimiento (mover algo con las manos, tocar constantemente objetos, curiosear...) por lo tanto tendrán tendencia a ser muy ruidosos y revoltosos.

La *impulsividad* es la dificultad en el control de los impulsos, lleva a actuar sin pensar, interrumpir las conversaciones y dificultad para esperar el turno; hiperactividad e impulsividad van ser más causa de dificultades sociales o riesgo de accidentes, errores, conductas de riesgo. Les cuesta tener en cuenta las consecuencias de sus actos y a pesar de conocer bien las normas, el problema reside en la dificultad para inhibir el impulso de llevar a cabo una conducta inapropiada (cruzar la calle sin mirar, ir en bicicleta sin casco, no saciarse al comer o no saber parar cuando algo les gusta, conductas relacionadas con el consumo de drogas en los adolescentes...). A menudo estos niños tienen más accidentes que el resto debido a su impulsividad. La impaciencia les lleva a interrumpir conversaciones o a responder a preguntas antes de que hayan terminado, precipitarse a finalizar un trabajo sin el cuidado adecuado, necesidad de gratificación inmediata y baja tolerancia a la frustración. Es muy común que incidan una y otra vez en los mismos errores y que no

aprendan de los castigos, a menudo es debido a una frustración por no ser capaces de terminar una tarea.

4.1. TIPOS DE TDAH

En la actualidad hay 2 sistemas de clasificación internacional: el Manual de Diagnóstico Estadístico de Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría y la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS). Respecto a la primera y a pesar de la publicación reciente del DSM-5 se mantienen en vigor los criterios del DSM-IV que describe 3 subtipos según los síntomas que predominen:

1. Subtipo con predominio inatento: 20-30% de los casos.
2. Subtipo con predominio impulsivo-hiperactivo: 10-15%.
3. Subtipo combinado, cuando están presentes los 3 tipos de síntomas, es el mayoritario: 50-75%.

Según la CIE-10, deben estar presentes los 3 tipos de síntomas: inatención, hiperactividad e impulsividad, y por ello al ser más restrictivo, se diagnostican menos casos (ej. se excluirían aquellos casos que presentan solo déficit atencional). En la Tabla I se señalan los criterios diagnósticos según el DSM-IV.

Tabla I. Criterios diagnósticos del TDAH según el DSM-IV

<p>Déficit de atención</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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. 2. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas. 3. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente. 4. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza las tareas escolares, encargos u obligaciones en el lugar de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a una incapacidad para comprender instrucciones). 5. A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades.

<ol style="list-style-type: none"> 6. A menudo evita, le disgustan (o es renuente en cuanto a dedicarse a) tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, como trabajos escolares o domésticos. 7. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades. 8. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes. 9. A menudo es descuidado en las actividades diarias.
<p>Hiperactividad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A menudo mueve en exceso las manos o los pies o se remueve en su asiento. 2. A menudo abandona su asiento en la clase o en situaciones en que se espera que permanezca sentado. 3. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud). 4. A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio. 5. A menudo “está en marcha” o suele actuar como “si tuviera un motor”.
<p>Impulsividad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas. 2. A menudo tiene dificultades para guardar su turno. 3. A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros. 4. A menudo habla en exceso.

Las diferentes edades muestran diferentes síntomas: entre los 1-3 años son frecuentes los trastornos del sueño, problemas de llanto, dificultades con la alimentación. Entre los 3-6 años pueden ser muy inquietos y movidos (más de lo normal) y las conductas negativistas; entre los 6-12 años empiezan a ser más llamativos los síntomas y ya son causa de consulta; inquietud motora, distraibilidad, disatención en las clases, conducta impulsiva y perturbadora de los compañeros, rechazo, fracaso escolar, en ocasiones baja autoestima y comportamiento agresivo. A partir de la adolescencia, los síntomas van cambiando y aunque se observa disminución de

la hiperactividad motora sigue persistiendo una inquietud interna. Persisten las dificultades atencionales y de hacer planes de trabajo, recordar las cosas y organizarse. Es frecuente el fracaso escolar, el rechazo de amigos, la baja autoestima y una baja motivación; en ocasiones la impulsividad sumada a lo anterior les hace asumir conductas de riesgo (droga, alcohol, relaciones sexuales precoces). En la edad adulta pueden verse conductas antisociales, delincuencia, mayor prevalencia de accidentes de coche, rupturas de pareja, cambios de trabajo, etc.

4.2. COMORBILIDAD

Las personas con TDAH presentan con una frecuencia algo mayor que la media de la población, una serie de trastornos que afectan a la esfera de la conducta, el estado de ánimo y del aprendizaje. Es lo que llamamos comorbilidad o trastorno comórbido y que significa que dos procesos pueden aparecer juntos con una probabilidad superior a la que se esperaría por puro azar además de que la influencia individual de cada uno modifica la expresividad del otro. Pueden ser de tipo psiquiátrico (trastorno de ansiedad, trastorno depresivo, trastorno de conducta negativista-desafiante, trastorno por abuso de sustancias, trastorno obsesivo-compulsivo, etc.) o trastornos del aprendizaje (la dislexia es el más común aunque existen otros como discalculia, trastorno del aprendizaje no verbal...). No son la excepción sino lo más frecuente y se ha señalado que existe comorbilidad en más del 85% de los casos (Tabla II). Es importante prestar atención a estos trastornos porque frecuentemente precisan tratamiento específico. Es muy frecuente la comorbilidad con diversos tics nerviosos, ya que se sabe que un 40-60% de los niños con tics tienen TDAH, y en un 10-30% de los que tienen TDAH tienen también tics.

Tabla II. Comorbilidad en el TDAH

<p>Muy frecuentes (más del 50%)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastornos de conducta. Conductas inadaptadas que violan normas, reglas y los derechos de los demás. Mayor riesgo de desajuste y rechazo social. - Trastorno negativista desafiante. Desobediencia y hostilidad a figuras de autoridad. A veces, es la consecuencia de frustraciones repetidas.
<p>Frecuentes (hasta el 50%)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastornos específicos del aprendizaje: problemas de lectura (dislexia), en la escritura (disgrafía), alteraciones del cálculo matemático (discalculia), del lenguaje.

<ul style="list-style-type: none"> – Trastorno de ansiedad: por separación, por estrés psicosocial, fobias. – Trastorno del desarrollo de la coordinación: hipotonía generalizada, torpeza en la psicomotricidad fina por impulsividad, inhabilidad para el deporte.
<p>Menos frecuentes (inferior al 20%)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Trastorno de tics. – Trastorno depresivo y trastornos afectivos: se manifiestan por baja autoestima, irritabilidad, falta de energía, somatizaciones y problemas del sueño.
<p>Infrecuentes</p> <ul style="list-style-type: none"> – Trastornos del espectro autista. – Discapacidad intelectual.

5. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de TDAH es clínico. Por lo tanto no se dispone en la actualidad de pruebas o marcadores biológicos que sirvan para sustentar el diagnóstico. Éste, por lo tanto se hace cuando están presentes una serie de síntomas (ver Tabla I) durante un tiempo persistente (mayor de 6 meses), haber aparecido antes de los 7 años y que se manifiesten en varios ambientes diferentes (familiar, escolar o laboral, entorno social). Además, esos síntomas deben causar un deterioro social, académico, laboral en la vida de la persona, es decir, se considera que existe trastorno si la repercusión es negativa e importante sobre la persona o sus posibilidades de futuro. El DSM-5 es más flexible en el criterio de inicio de los síntomas y acepta que estén presentes antes de los 12 años en lugar de los 7 que se proponía en el DSM-IV.

Debe descartarse que los síntomas sean debidos a otras causas por lo que es necesario realizar un diagnóstico diferencial (Tabla III): en el niño pequeño debe distinguirse una hiperactividad e inmadurez normal de una patológica para esa edad. Deben de descartarse causas médicas, los déficits de visión o audición, epilepsias, infecciones o traumatismos, hipotiroidismo o hipertioroidismo, fármacos o situaciones ambientales o familiares adversas. En caso de fracaso escolar ha de descartarse la discapacidad intelectual o la coexistencia de dislexia o trastorno del aprendizaje no verbal si bien recordando que la presencia de estos trastornos no

invalida la posibilidad de que coexistan con un TDAH. Debe estudiarse la existencia de trastornos psiquiátricos (ansiedad, depresión) así como de autismo, o trastorno negativista desafiante sin TDAH.

Tabla III. Diagnóstico diferencial del TDAH

Variante de la normalidad
<p>Trastornos médicos</p> <ul style="list-style-type: none"> – Déficit sensorial: visual, auditivo, que ocasiona un trastorno del aprendizaje. – Déficit nutricional: anemia ferropénica (mayor irritabilidad, déficit de concentración). – Trastornos neurológicos: <ul style="list-style-type: none"> • Epilepsia. • Secuelas de infecciones o traumatismos del SNC. • Procesos expansivos o neurodegenerativos. • Trastorno de tics. – Alteraciones tiroideas. – Trastorno por abuso de sustancias: exposición prenatal al alcohol, tabaco, cannabis, etc. – Efectos secundarios de algunos fármacos: antiasmáticos, antihistamínicos, corticoides, antiepilépticos, benzodiacepinas, fenobarbital. – Trastornos del sueño: apneas del sueño, trastornos por hipersomnolencia. – Trastornos genéticos: cromosoma X-frágil, fenilcetonuria, síndrome de Turner.
<p>Trastornos del neurodesarrollo</p> <ul style="list-style-type: none"> – Discapacidad intelectual. – Trastornos del aprendizaje. – Trastornos del espectro autista. – Sobredotación intelectual.
Trastornos emocionales, afectivos y conductuales
<p>Trastornos ambientales</p> <ul style="list-style-type: none"> – Estrés mantenido, educación inadecuada, maltrato, abuso, acoso, psicopatología en padres y maestros, diferencias socioculturales.

Además, es imprescindible obtener registros de síntomas mediante cuestionarios para evaluar su gravedad e intensidad y demostrar su presencia en varios ambientes.

La utilización de escalas de recogida de síntomas como la SNAP-IV o el cuestionario de evaluación de TDAH de Conners son de utilidad para obtener la información de varias fuentes, en especial colegio y familia.

6. TRATAMIENTO

La finalidad del tratamiento no es curar sino ayudar al niño a madurar mediante el control de sus síntomas, sin que se sobreañadan otros trastornos.

El tratamiento deberá ser individualizado y multidisciplinar e incluirá tanto al niño como a su familia; puede ser farmacológico (medicación específica para el TDAH) o no farmacológico (entrenamiento a los padres y a nivel académico y escolar). Lo más efectivo en la mayoría de los casos se ha demostrado que es la medicación, ya que se reducen significativamente los síntomas (en mayor medida que actuando sobre el entorno y con un tratamiento de intervención psicosocial); sin embargo, los mejores resultados se han obtenido al combinar los dos tipos de tratamiento, a ser posible comenzando en una temprana edad, aunque esto puede ser a veces complicado ya que existen muchos casos que no han sido diagnosticados o de diagnóstico tardío.

Es imprescindible que los profesionales de la salud y educación (psicólogos, trabajadores sociales, profesores, pedagogos, farmacéuticos...) conozcan tanto el trastorno como los beneficios que pueden aportar dichos fármacos para que colaboren en el tratamiento multidisciplinar.

6.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico ha demostrado su eficacia tanto con fármacos estimulantes, que son los de uso más frecuente (metilfenidato en sus diferentes formas de liberación y duración de acción y preparados anfetamínicos) como los no estimulantes (atomoxetina, bupropión y antidepresivos cíclicos). El tratamiento debe ser individualizado en cuanto a frecuencia y dosis en función de las necesidades específicas de cada individuo hasta lograr una respuesta óptima según la tolerancia.

El metilfenidato actúa bloqueando la recaptación de dopamina y en menor medida de la noradrenalina a nivel presináptico. Los más utilizados y eficaces son

el Rubifén (metilfenidato de acción a corto plazo) con el que existe experiencia de más de 60 años, que tiene el inconveniente que se debe suministrar en varias dosis diarias por la corta duración de su efecto; el Concerta (metilfenidato OROS, de liberación sostenida y acción más duradera, hasta 12 horas) presenta la ventaja de una dosis única matinal con efecto a lo largo del día; el Medikinet y Equasym, ambos de liberación intermedia o modificada, con una duración de aproximadamente 7 horas constituyen otras opciones para la administración de metilfenidato. Otras formulaciones de estimulantes (metilfenidato de liberación prolongada o Ritalín, D-metilfenidato o Focalín, dextroanfetamina o Dexedrine, mezcla de sales de anfetamina o Adderall, pemolina o Cylert) no están disponibles en España. Recientemente se ha incorporado en España la lisdexanfetamina, bajo el nombre comercial de Elvanse, primer profármaco para el tratamiento del TDAH. Consiste en un preparado con lisdexanfetamina unido a lisina, lo que la hace inactiva hasta que, ya en la sangre, se libera la lisdexanfetamina en los glóbulos rojos y ejerce su acción a nivel cerebral. Esto la diferencia de otras formas de anfetaminas que pueden ser usadas de modo ilícito o recreativo y al estar sujetas a una liberación muy lenta y duradera, de aproximadamente 13 horas, carece por completo de cualquier posibilidad de adicción. A pesar de su probada eficiencia, ninguno de los fármacos mencionados están exentos de posibles efectos secundarios, que suelen ser transitorios y leves, como la cefalea, reducción del apetito y pérdida de peso, retraso en el inicio del sueño, enlentecimiento temporal de crecimiento de talla o tics transitorios, además de elevar levemente la frecuencia cardíaca y la tensión arterial por lo que se deben monitorizar a los pacientes durante el tratamiento. Si las dosis son excesivas pueden producir malestar general acompañado de irritabilidad y malhumor. Siempre han de valorarse si los beneficios son mayores que los riesgos potenciales.

Dentro de los fármacos no estimulantes usados en TDAH se encuentra la atomoxetina, que inhibe la recaptación de noradrenalina y que aporta como ventajas sobre los estimulantes un mejor control en casos de pacientes con tics y ansiedad comórbida y en adolescentes con TDAH y abuso de sustancias; también se administra una vez al día y puede probarse sobre todo en pacientes que no responden a los estimulantes o que no los toleren por efectos secundarios. Otros fármacos no estimulantes como el bupropión o los antidepresivos tricíclicos son de uso mucho menos habitual.

Debe comentarse que el metilfenidato no solo no provoca adicción, sino que al contrario, protege de la tendencia a conductas adictivas que a menudo presentan las personas con TDAH.

6.2. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

El tratamiento no farmacológico engloba tanto el entrenamiento de los padres en el manejo del niño como la intervención a nivel académico y escolar, así como la terapia cognitiva-conductual dirigida al niño.

- a) *Entrenamiento y psicoeducación de los padres* en el manejo conductual del niño con TDAH: debemos dar herramientas a los padres que permitan un adecuado conocimiento del trastorno, cuanto más sepan o lean sobre el TDAH mejor podrán ayudar a su hijo. Pueden ser útiles los siguientes consejos: definir reglas claras de castigos y premios para ciertos comportamientos, ayudar al niño en las tareas dividiéndolas en pasos menores, procurar orden y estructura en la casa, estructurar el tiempo con rutinas estables y predecibles, hacer listas de tareas y horarios, eliminar posibles distracciones y ruidos, aumentar la disciplina haciendo cumplir las consecuencias si se saltan las normas y tratar de modificar la conducta del niño mediante la motivación y el refuerzo positivo.
- b) *Para ayudar al niño en el manejo de sus síntomas* para mejorar su comportamiento, concentración, en definitiva, su rendimiento global, se le puede aconsejar: dormir suficiente, desayunar bien y tomar su medicación por la mañana, dejar sus cosas del colegio preparadas la noche anterior, hacer listas de cosas que debe recordar, utilizar todo tipo de soluciones que estructuren y organicen mejor el tiempo (relojes, ordenadores, agendas...), dividir las tareas largas en pequeños pasos, etc.
- c) *Intervención a nivel académico y escolar*. Es importante que el profesor comprenda y conozca lo que es el TDAH para que pueda realizar los ajustes necesarios y poder adaptarse a las dificultades individuales de cada niño. Consejos: mantener una rutina predecible (el niño sabrá lo que va a pasar después y así no se distrae), hacer supervisiones frecuentes marcando los tiempos para hacer las cosas, animándole a seguir, dar tiempo extra para escribir despacio o bien cuando lo necesite adaptándose a su velocidad de trabajo, enseñándole a detectar un problema y a que pida ayuda cuando se encuentre atorado, dividir la clase en pequeños grupos buscando el trabajo en equipo y la interacción con los compañeros, dejarle salir del aula haciéndole pequeños encargos si se le ve muy inquieto, colocarle en los primeros sitios para que se distraiga menos y supervisarle mejor, sentarle lejos de los niños que le puedan distraer, reforzar positivamente cuando haga las cosas bien o se esfuerce.

6.3. TRATAMIENTO SIN EFICACIA DEMOSTRADA

Existen gran variedad de tratamientos sin base científica, pese a lo cual son utilizados en ocasiones dado el miedo existente a dar medicación a un niño y el amplio margen de beneficio para profesionales de diferente índole. Nos referimos a tratamientos dietéticos (dietas sin azúcar, sin colorantes, suplementos minerales o de ácidos grasos “omegas”) cuya eficacia no se ha demostrado; tratamientos de neuroterapia con EEG feed-back; terapias de juego; tratamientos de optometría (supuestos beneficios de gafas de colores); tratamientos de lateralidad cruzada (que intentan mejorar supuestos defectos en la lateralización).

7. PRONÓSTICO. EVOLUCIÓN DEL TDAH EN EL ADULTO

Siempre se había considerado que el TDAH era un trastorno únicamente de la edad infantil. Desde los años 70 se empiezan a publicar artículos sobre el TDAH en la edad adulta. Se estima actualmente que en un 50% de los casos, los síntomas persisten en la edad adulta y por ello, teniendo en cuenta la prevalencia del trastorno, las consecuencias negativas sobre los afectados en cuanto a autoestima, fracaso escolar, el riesgo de accidentes o conductas adictivas, la inestabilidad laboral o familiar si no se trata, nos hacen situarlo como un problema importante de salud pública.

En algún grado el TDAH persiste toda la vida. Un 10-20% de los casos tendrán remisión de los síntomas de adultos, pero en el resto persistirán algún tipo de síntomas. La prevalencia global del TDAH entre adultos es del 3-4%.

La repercusión en la vida adulta puede ser debido a síntomas que persisten, a problemas secundarios al trastorno o a las dos cosas. Los problemas secundarios al TDAH pueden ser las consecuencias de un fracaso escolar, problemas sociales, conductas de riesgo, etc. Las manifestaciones clínicas y su repercusión van cambiando a lo largo de la vida.

En la etapa adulta, aunque aparentemente no se aprecie, una persona con TDAH se despista con facilidad, pierde objetos o los olvida, le cuesta organizarse, a menudo no llega a completar las tareas en los plazos establecidos, le cuesta la persistencia en la atención continua (déficit de atención). Su impulsividad se manifiesta por un defecto de autocontrol, tendencia a hablar mucho, a decir sin pensar lo que se le ocurre, a no esperar su turno y a interrumpir. La impaciencia e intolerancia lleva muchas veces a dificultades de relaciones personales y profesionales. Externamente la hiperactividad se hace menos evidente, y más bien se trata de una inquietud interna. Las personas con TDAH son frecuentemente muy creativas e

intuitivas y en cambio tienen que suplir sus dificultades del día a día buscando alguien cercano que le apoye y ayude en organizarse y planificar.

8. BIBLIOGRAFÍA

- A. Lora Espinosa, M. J. Díaz Aguilar, “Aspectos prácticos en la atención del niño y adolescente con TDAH”. *Rev Pediatr Aten Primaria Supl.* 2012; (21): 83-6.
- Eddy L., “Intervenciones no farmacológicas en el entorno familiar de niños con trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad”. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2006;8 Supl 4:S57-67.
- Fernández-Mayoralas M, Fernández-Perrone1 AL, Fernández-Jaén A., “Actualización en el tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad”. *Acta Pediatr Esp* 2012; 70: 239-246.
- Fernández-Pérez M, López Benito M., “Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad: Manejo pediátrico”. *Bol Pediatr* 2006; 46: 249-257.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d’Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/18.
- Herranz JL, Argumosa A., “Trastorno con déficit de atención e hiperactividad”. *Bol Pediatr* 2000; 40: 88-92.
- Hidalgo MI, Soutullo C., “Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)”. En WWW.aep.org
- Quintero Gutiérrez del Alamo FJ, Correas J, Quintero Lumbreras FJ., *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*, tercera edición. 2009.
- Sans A., *¿Por qué me cuesta tanto aprender? Trastornos del aprendizaje*, Barcelona, 2008.
- Txakartegi X, Fernández-Pérez M., “Tratamiento del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad en Atención Primaria: tratamiento farmacológico con metilfenidato y opciones no farmacológicas”. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2006; 8 Supl 4:S39-55.