

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD: CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO.

Isabel Menéndez Benavente¹

RESUMEN

La autora aborda los aspectos referentes a la clínica y al diagnóstico de la hiperactividad en la infancia y adolescencia. Nos expone una revisión actualizada que comprende, igualmente, temas tan interesantes como la comorbilidad y las características de adaptación escolar. (Editores)

PALABRAS CLAVE: Clínica, diagnóstico, comorbilidad, hiperactividad, HDHD

ABSTRAC

The author addresses the clinical aspects and diagnosis of hyperactivity in childhood and adolescence. She presents an updated review that also includes such interesting topics as comorbidity and school adjustment characteristics. (Editors)

KEYWORDS: Clinical, diagnosis, comorbidity, hyperactivity, HDHD

¹ Psicóloga Clínica (Oviedo – España): isabelmenendez@airtel.net
Rev Psiquiatr Psicol Niño y Adolesc, 2001, 4(1): 92-102

INTRODUCCIÓN

El déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es hoy un tema que despierta curiosidad y son muchos los estudios que se están llevando a cabo, tanto a nivel mundial, como español.

En esta revisión, se tratará de dar una visión clínica y diagnóstica del tema, expuesta de una forma clara y resumida.

El síndrome de déficit de atención con hiperactividad, es el término por el cual se conoce un síndrome caracterizado por tres síntomas nucleares de trastornos como son la inatención, la hiperactividad y la impulsividad, aunque como veremos más adelante no siempre tienen que estar presentes conjuntamente, puesto que existen subtipos dentro de esta entidad nosológica.

Empezaremos por una breve aproximación al tema de la hiperactividad desde el punto de vista histórico.

La primera descripción que conocemos de un TDAH la encontramos en Hoffman (1844), un médico alemán que reprodujo parte importante de la sintomatología en el protagonista de un cuento que escribió en esta fecha (Polaino-Lorente, 1997) en el que describía a Phil, un niño inquieto, que no se acostumbra a estar sentado y se movía constantemente. Estaría describiendo pues, la sintomatología hiperactiva, de exceso de movimiento, pero no parece detallar con minuciosidad, la inatención en este caso. Si hablaba, en cambio, de bajo rendimiento (Miranda Casas, 2000), lo que puede indicar deficiencias en la atención y en el control de impulsos. Sin embargo fue el pediatra inglés Still en 1902, quien dio la primera descripción de conductas impulsivas y agresivas, falta de atención y en fin, como el mismo describió problemas conductuales que calificaba de **“defectos del control moral”**. La nomenclatura era lógica para la época, porque como veremos más adelante, los trastornos asociados en este síndrome, son importantes y desde luego muy llamativos. Lo que hacía que fueran niños **“distintos”, incontrolables, problemáticos, adjetivos** estos que aún se manejan en la actualidad para describirlos.

Posteriormente los estudios realizados en todo el mundo en la primera parte del siglo XX, los años 20 y 30 especialmente, especialmente Hohmán en 1922 y de Khan y Cohen en 1934, indicaban que tras una lesión cerebral, encefalitis, etc, se producían los mismos síntomas descritos por Still, con lo que se creyó que se encontraban ante un **“síndrome de lesión cerebral humana”** (Polaino Lorente, 1997), de naturaleza eminentemente neurológica. No fue hasta los años 60 cuando la mayoría de los investigadores comenzaron a darse cuenta de que los niños con la sintomatología hiperkinética o hiperactiva, no presentaban lesión cerebral alguna (Green y Chee, 1994) y suavizaron el nombre denominándolo **daño cerebral mínimo o disfunción cerebral**. De esta forma la etiología no sería una lesión cerebral concreta, sino una disfunción general, en la que el cerebro apareciera absolutamente normal, sin ningún tipo de patología constatable. El término de **La disfunción cerebral mínima**, se acuñó en la década de los sesenta por Clements y Peters (Polaino Lorente, A, 1997), y se iba perfilando con la sintomatología siguiente: Trastornos de la conducta motora, hiperactividad, alteración de la coordinación, trastornos de atención y trastornos perceptivos, dificultades de aprendizaje escolar, trastorno en el control de los impulsos, alteración en las relaciones interpersonales, trastornos afectivos, labilidad, disforia, agresividad, etc... (Ajuriaguerra, J. 1973).

De esta forma fue creciendo el concepto de **“hiperkinesia”**, cuyas características eran principalmente síntomas conductuales totalmente al margen del daño cerebral y el nivel de hiperactividad sería el núcleo de toda la alteración.

Aparece, por primera vez en el manual de diagnóstico y estadística de enfermedades mentales DSM II, publicado por la asociación americana de psiquiatría, en 1968, con el nombre de **“Reacción Hiperkinética de la infancia”**, (Joselevich, E 2000) con los criterios diagnósticos que seguiríamos los profesionales hasta la aparición de nuevos estudios que hicieron que en el DSM III, se modificaran dichos criterios y que como veremos más adelante se acuñara un término distinto para denominar al síndrome.

Fue Douglas, en los años 70, quien argumentó que la deficiencia básica de los niños hiperactivos no era el excesivo grado de actividad, sino la incapacidad para mantener la atención, especialmente la atención sostenida y la impulsividad... es decir una insuficiente autorregulación (Miranda A, 1999) lo que está ya más cerca de la definición actual y que sigue siendo una explicación básica y reconocida aún en la actualidad. Sus estudios e investigaciones documentaron también la utilización del metilfenidato para tratar el trastorno.

Virginia Douglas fue pues decisiva para que la Asociación americana de psiquiatría modificara su descripción en 1980 en su DSM III, en el que se introducen nuevos criterios y cambió el término llamándole ya **“déficit de atención con y sin hiperactividad”**. En 1987 en la revisión del manual de diagnóstico y estadística de enfermedades mentales (DSM. III- R), se vuelve a dar importancia a la hiperactividad, situándola al mismo nivel que el defecto de atención. (Polaino Lorente, 1997).

Había pues mucha disparidad de criterios y en estos momentos, años 80 y 90, es cuando realmente se realizan múltiples estudios e investigaciones que culminan en los criterios diagnósticos con los sistemas actuales de clasificación internacional, y que son los que manejamos en la actualidad. Nos referimos al “Manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales”- DSM –IV- TR (APA.2000) y en el elaborado por la organización mundial de la salud, “Clasificación internacional de los trastornos mentales” CIE- 10 (OMS, 1992). Aunque la mayoría de los trabajos que se siguen en la actualidad se rigen por las versiones del DSM (Caballo, v y Simón, M 2001). Es por ello que en esta exposición vamos a basarnos en los criterios diagnósticos del DSM – IV- TR.

Pero antes haremos un breve repaso de la cronología del trastorno del que nos ocupamos.

Tabla – 1: Resumen histórico

Hoffman	1847	Descripción síntomas en el cuento de Phil F.
Still	1902	Defectos del control moral
Hohman, Kant, Cohen	1920- 1930	Lesión cerebral humana.
Clements y Peters	1962	Disfunción cerebral mínima
DSM II	1968	Reacción hiperkinética de la infancia
DSM III	1987	Déficit de atención con hiperactividad
DSM IV	1994	Introduce tres subtipos.

1. DIAGNÓSTICO

1.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

A continuación expongo los criterios diagnósticos que se resumen en el DSM IV- TR.

Trastornos por déficit de atención con hiperactividad

Según el DSM- IV- TR (APA, 2000).

Véase Tabla - 2

Tabla – 2: Criterios diagnósticos de la DSM-IV-

A) (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: <i>Falta de atención :</i> 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, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones) e) a menudo tiene dificultades 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 (p. ej. juguetes, ejercicios 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 <i>hiperactividad-impulsividad</i> han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa y poco lógica en relación con el nivel de desarrollo: <i>Hiperactividad</i> a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en 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 ocupado” o suele actuar como si “ estuviera impulsado por un motor f) a menudo habla en exceso <i>Impulsividad</i> (g) a menudo emite bruscamente las respuestas antes de haber sido terminadas las preguntas (h) a menudo tiene dificultades para esperar su turno (i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ejemplo se entromete en conversaciones o juegos) B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o 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 y en casa) D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, académico 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.	
---	--

(Caballo y Simón, 2001)

Existen varios subtipos según predomine la hiperactividad o la falta de atención.

- ☐ **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado** ._Si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.

- ☐ **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención**_Si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses
- ☐ **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-**

impulsivo__Si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses.

En el caso de que no se cumplan los criterios establecidos para cualquiera de los subtipos mencionados, se diagnostica

como “ **trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado**”.

A continuación, en el cuadro siguiente pueden verse los criterios del manual CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, elaborado por la Organización Mundial de la Salud.

Tabla – 3: Criterios de investigación CIE –10 para el trastorno hiperactivo

Déficit de atención	1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades. 2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego. 3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice 4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones. 5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades. 6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental sostenido. 7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades , tales como material escolar, libros, etc. 8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos. 9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias
Hiperactividad	1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en su asiento. 2. Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado. 3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas. 4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas. 5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.
Impulsividad	1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas. 2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo. 3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros. 4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.
El inicio del trastorno no es posterior a los siete años	
Los criterios deben cumplirse en más de una situación	
Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social , académico o laboral.	
No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maniaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.	

En el CIE- 10 además se contempla dentro del grupo de trastornos hiperactivos cuatro entidades diferenciadas: el trastorno de la actividad y de la atención, el trastorno

hiperactivo disocial , otros trastornos hiperactivos y el trastorno hiperactivo no especificado.(Miranda,A. 2001)

Pero además existen otras diferencias, comenzando como hemos visto por la misma denominación, para el CIE-10 : *trastorno hiperactivo* y para el DSM IV-TR: *Déficit de atención con hiperactividad*. Además para el CIE-10, deben darse algunos síntomas de los tres síntomas principales (inatención, hiperactividad e impulsividad) para establecer el diagnóstico, como mínimo seis de inatención, tres de hiperactividad y por lo menos uno de impulsividad, mientras que el DSM IV- TR especifica subtipos para el caso de que haya síntomas de un dominio nada más .(Rodríguez Sacristán,J.2000).

El desarrollo de cada uno de los criterios diagnósticos del DSM IV- TR, nos indicarían que los niños que padecen el trastorno son niños que no prestan **atención** y cometen continuos errores por “ despistes”, les resulta muy difícil mantener la atención en actividades escolares e incluso en juegos. Parecen estar en “ la luna”, nunca escuchan y se diría que no oyen por lo que muchos de ellos, no es extraño que sean remitidos al otorrinolaringólogo ante la sospecha de falta de audición. Cambian continuamente de una actividad a otra , pueden pasar de una tarea a otra y a una tercera, sin acabar la primera. Evitan sobretodo las tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, o que tengan que organizar, o que conlleven mucha concentración (en los niños especialmente tareas de papel y lápiz). Suelen perderlo todo, y tratar sus cosas con descuido, suelen ser niños muy desordenados, que se distraen ante estímulos irrelevantes, como el ruido de un coche o una conversación lejana. Se olvidan frecuentemente de todo, dejan el bocadillo en casa, la mochila en el colegio, olvidan que tienen un partido, etc...

La hiperactividad es mucho más llamativa. Y varía según la edad. Los niños preescolares estén constantemente en marcha, lo tocan todo, se precipitan a cualquier sitio, se suben a los muebles, no son capaces de estar sentados ni para escuchar por ejemplo un cuento... en la edad escolar tienen dificultades para estar quietos en la silla, se balancean, se sientan al borde, se levantan mientras comen o ven la televisión, etc..no paran de hablar y suelen hacer mucho ruido. **La impulsividad** les hace ser absolutamente impacientes, hacen comentarios fuera de lugar, interrumpen constantemente, contestan antes de que pregunten, hacen

payasadas, e incluso pueden sufrir más accidentes puesto que no saben prever las consecuencias de sus actos (cruzar la calle, tirarse por un sitio alto, etc)...

Es importante que se sepa claramente distinguir el trastorno que nos ocupa de otros diagnósticos para lo que se deben tener claros los diagnósticos diferenciales.

1.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Al hacer la exploración y la valoración diagnóstica del paciente, es importante descartar otros síndromes, que aunque pueden coexistir con el TDHA, son entidades diferentes y como tal deben clasificarse.

En primer lugar es importante que tengamos en cuanto una serie de alteraciones neurológicas que presentan sintomatología propia del TDHA, como :

- ☐ Alteraciones genéticas cromosómicas, como el síndrome de Turner, el síndrome de X frágil, el síndrome de Klinefelter, que suelen cursar con trastornos de aprendizaje, e inatención
- ☐ Procesos metabólicos como hiper o hipotiroidismo, la enfermedad de Cushing, también deben descartarse.
- ☐ Procesos infecciosos debidos al VIH, encefalitis y meningitis, son excluyentes del diagnóstico.
- ☐ Procesos como neoplasias e hidrocefalia presentan alteraciones conductuales en la primera infancia.
- ☐ Enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Wilson, el corea de Huntington juvenil...

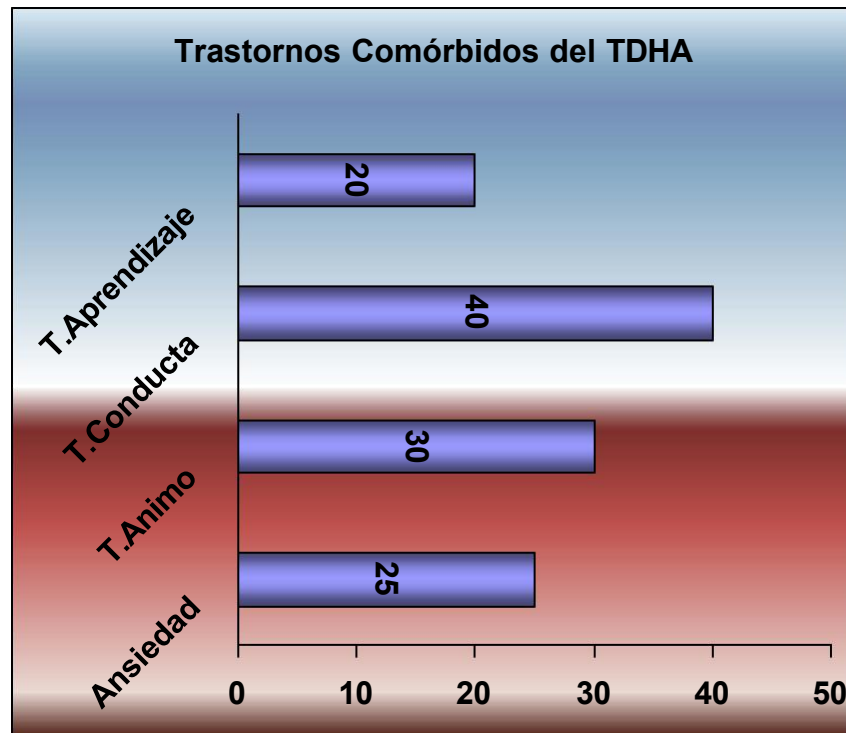
(Arriada- Mendicoa,A y Otero-Sileceo,E. 2000)

Es sin embargo el diagnóstico diferencial algo más complicado cuando se trata de distinguir el TDHA de otras entidades clínicas como son :

1. Trastornos de ansiedad.
2. Trastorno de estado de ánimo
3. Trastornos de conducta
4. Trastornos de aprendizaje

Antes de pasar a una descripción resumida de estos trastornos veremos una imagen de los porcentajes de comorbilidad que se dan entre el TDHA y los síndromes mencionados.

Figura – 1: Comorbilidad en el TDHA



1.3 TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Como vemos en la gráfica al menos un 25% de los niños, especialmente los de trastorno de déficit de atención con hiperactividad, padecen trastornos de ansiedad, que pueden ser de separación, ansiedad excesiva o fobias . (Miranda, A. 1998)

Es evidente que los niños con TDHA son más susceptibles de padecer problemas de ansiedad en cuanto a que les resulta muy difícil responder adecuadamente a las exigencias de su entorno. Esto hace que las situaciones que para los demás son habituales y cotidianas para el pueden suponerle un importante estrés (realizar cualquier examen, hacer los deberes, recoger su cuarto, acordarse de detalles, etc..)

Los trastornos de ansiedad abarcan un grupo de patologías como los temores y las preocupaciones persistentes, la evitación fóbica y episodios agudos de ansiedad. Pueden clasificarse así de una forma resumida:

a) **Fobia simple:** es un miedo específico unido a conductas de evitación; por ejemplo fobia social, cuando el miedo se refiere a la exposición a situaciones de relación con los demás, fobia escolar, con terror a acudir al colegio o centro de estudios, etc.

b) **Ansiedad de separación:** es un temor patológico a separarse de sus padres, suelen tener pesadillas acerca de este tema, tienen miedo que les suceda algo, les cuesta dormirse solos, rehúsan a participar en actividades que les obligue a estar fuera de casa. A veces pueden negarse a ir a la escuela, lo que unido a los problemas de fracaso que experimentan en ella puede convertirse en una **fobia escolar**.

c) **Ansiedad generalizada:** estos tienen preocupaciones excesivas y constantes acerca por ejmplo de su rendimiento escolar, con los amigos o

los deportes, temor exagerado también a quedar en ridículo, están muy tensos y tienden a somatizar (dolores abdominales, cefaleas..) Son muy autocríticos y tienen miedo a fallar ante los demás... esto les hace retraerse y a veces se observa que estos niños pueden por ello no demostrar su hiperactividad en el colegio o frente a extraños, y solamente se relajan en el hogar por lo que su hiperactividad se muestra entonces de una forma exagerada al intentar controlarla en el resto de los ambientes.

Estos trastornos de ansiedad deben diagnosticarse, realizando como hemos indicado anteriormente, un diagnóstico diferencial, según los criterios expuestos en el DSM IV- TR, en el que figuran cada una de las entidades clínicas enumeradas. Es muy importante diagnosticarlos en el caso de que se presenten junto con el Tdha ya que a veces es contraproducente tratarlos con estimulantes y hay que escoger otra elección farmacológica...

1.4 TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO

DEPRESIÓN :Como hemos visto el porcentaje se sitúa alrededor del 30%, que sitúan a los cuadros depresivos en una alta asociación con el TDHA. Es muy frecuente que en los niños con Tdha aparezcan sentimientos depresivos. Este tipo de asociación empeora el pronóstico a medio y largo plazo, y complica la respuesta terapéutica puesto que los estimulantes pueden no tener la misma eficacia, incluso empeorar la depresión(Joselevich E. 2000)

Los sentimientos que priman en los niños con TDHA, al margen del verdadero síndrome depresivo, son sentimientos de minusvalía, impotencia y baja autoestima, con relación al entorno escolar y social. Algunos autores han clasificado esto más que como un síndrome depresivo, como un "verdadero síndrome de desmoralización". (Miranda, A. 1998)

Sin embargo hasta en un 30%, parecen presentar un síndrome depresivo real. Es lógico que un niño con un TDHA diagnosticado, pueda estar decaído y desilusionado porque no puede comportarse, aprender y ser aceptado como los otros niños. El niño deprimido cae en un estado crónico que tiene la siguiente sintomatología y que insistimos, debe confirmarse o descartarse según los criterios establecidos por la comunidad científica, se describen en su mayoría a continuación.

- ☐ Sentimientos de preocupación excesiva, tristeza o deseo de aislamiento.
- ☐ En otros casos se manifiesta por una irritabilidad persistente.

- ☐ Aburrimiento, pérdida de interés por todo.
- ☐ Alteraciones en el apetito o en el sueño.
- ☐ Quejas físicas, dolores abdominales, de cabeza sin causas orgánicas.
- ☐ Cansancio.
- ☐ Disminución de la concentración
- ☐ Ideas de muerte recurrentes...

Como en el caso de la existencia de problemas de ansiedad, hay que diagnosticar claramente ambos trastornos, puesto que si se emplea el tratamiento de estimulantes para el TDAH, estos pueden perder su eficacia al coexistir con el síndrome depresivo, o incluso agravarlo; la asociación de ambas patologías empeora el pronóstico a medio y largo plazo.(Joselevich, E.2000). Es importante que en el caso de que el TDHA coexista con la depresión, debe darse prioridad al tratamiento del trastorno afectivo (Miranda, A, 2001)

1.5 TRASTORNO DE CONDUCTA

Se trata del trastorno oposicionista desafiante y el trastorno disocial. Como hemos visto en la gráfica se asocian al TDHA hasta en un 40% de los casos (Joselevich, E. 2000).

En general la conducta oposicionista está dada por conductas de desafío y antagonismo con otras personas, molestar continuamente, y desde luego una importante agresividad que es el núcleo de ambos trastornos. La diferencia entre ambos estriba en que mientras el primero, el oposicionista a pesar de las conductas de enfrentamiento y de un sistemático patrón de desobediencia a las pautas impuestas por los adultos, actitud provocadora con sus pares, etc, no trasgrede las normas sociales, sí lo hacen en el cuadro antisocial (Joselevich, E.2000), que presenta además un comportamiento francamente agresivo. Los niños con la forma más grave de trastorno disocial parecen tener más probabilidades de acabar en la cárcel, tener accidentes graves, importantes disfunciones sociales, adicciones, etc. (Green y Cheet, 1994). Estos parecen también provenir de ambientes o núcleos familiares más desestructurados, con disfunciones familiares.

Por otra parte y como es lógico, los niños con TDHA combinado presentan mayores problemas emocionales y de comportamiento social, mayor impulsividad y falta de autocontrol (Caballo, V. 2001).

1.6. TRASTORNOS DE APRENDIZAJE.

Los problemas de rendimiento académico y dificultades de aprendizaje son una de las características más claramente asociadas al Tdha. Prácticamente todas las áreas académicas se ven afectadas: aritmética, lectoescritura, lenguaje, etc. Los niños hiperactivos utilizan estrategias memorísticas

muy pobres, y como señala Meichanbaum (1985), existe un déficit cognitivo en cuanto a la resolución de problemas, y en las autoinstrucciones adecuadas para inhibir conductas y controlar la acción. (Caballo,V.2000)

Una de las manifestaciones más frecuente, fue señalada ya por Virginia Douglas en los años 70, que es la **variabilidad** en su rendimiento, puesto que depende del estímulo, del entorno y del momento del niño ante la tarea, que puede hoy realizarla sin problemas, para fracasar estrepitosamente al día siguiente, con el consiguiente desconcierto de los padres y profesores que pueden pensar que es algo que el niño hace volitivamente.

Se considera que al menos un 10 % de la población general puede sufrir de dislexia. En el caso de un niño con Tdha, la probabilidad aumenta hasta un 20%, y hablamos de un trastorno que afecta al desarrollo de la lectoescritura. Cuando ambas patologías se asocian se potencia el fracaso académico. La asociación del TDHA con trastornos de aprendizaje hace que se sitúe alrededor del 40% la repetición de curso de los niños afectados, cuando no la deserción escolar, dependiendo del entorno social y familiar (Arriada- Mendicoa, N, 2000.)

Pasemos ahora a enumerar las dificultades más frecuentes:

- ☐ Dificultades en la comprensión y fluidez lectora.
- ☐ Dificultades e el cálculo y la resolución de problemas matemáticos
- ☐ Dificultades de escritura y coordinación, lo que habitualmente consiste en presentar una clara *disgrafía*.
- ☐ Dificultades perceptivoespaciales
- ☐ Dificultades para seguir instrucciones y mantener la motivación.

(Orjales, I. 1999)

2 . EPIDEMIOLOGÍA Y EVOLUCION

Existe un auténtico baile de cifras en lo que a prevalencia se refiere. Se siguen realizando estudios que pretenden eliminar las variables que hacen que las cifras oscilen. Se puede aceptar que la prevalencia global del TDHA, se sitúa entre el 3 y el 7%, según se empleen criterios europeos (CIE-10) o el americano (DSM – IV- TR) que justifica ese intervalo y otros aún más amplios que arrojan otras

investigaciones. De todas formas ya se admite que es el trastorno infantil más común.

Las variables para estimar las tasas de prevalencia tienen pues que ver con los criterios de diagnóstico, pero también con los instrumentos de detección, las muestras utilizadas y por supuesto el sexo de las poblaciones estudiadas (Rodríguez Sacristán, J.2000).Es también importante el estatus económico de la familia, puesto que entre familia y regiones más desfavorecidas la presencia de hiperactividad puede ser el doble que en niveles socioeconómicos más elevados.

Parece básica la variable sexo, puesto que es probado que los niños son más propensos que las niñas en cifras que varían de 2 a 1 hasta 9 a 1 (Caballo,V.2001). Las niñas presenta con mayor frecuencia, problemas de inatención y cognitivos más que sintomatología de impulsividad o agresividad (Rodríguez Sacristán, J.2000)

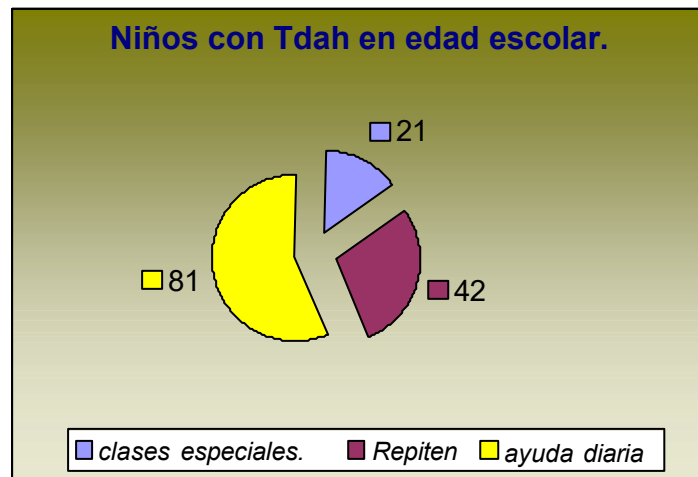
Se estima que más del 80% de los niños que presentan el trastorno TDHA, continuarán presentando el trastorno en la adolescencia, y entre el 30 y el 65% lo presentarán también en la edad adulta (Barckley, R. 1995).

Sin embargo las manifestaciones del síndrome van variando notablemente a lo largo de la vida.

Hasta los cinco años estos niños suelen presentar un desarrollo motor precoz, comienzo temprano de la deambulación y en general son descritos por los padres como niños inquietos, como impulsados por un motor. Son niños de fáciles rabietas, buscan constantemente la atención, no parecen tener noción de peligro, curiosidad insaciable y excesiva actividad motora; son además desobedientes, opositores y desafiantes.
(Joselevich,E. 2000)

Es en la edad escolar donde se detectan más frecuentemente los niños con TDAH, es además cuando comienzan a presentar problemas en la adquisición y aprendizaje de la lectoescritura lo que redundará en un principio de fracaso escolar que se agudizará más cuanto más se fuerce al niño sin tratamiento adecuado. Existen datos que nos hablan de que aproximadamente un 21% de los niños hiperactivos de 9 y 10 años reciben clases

Figura – 2: Niños con TDAH en edad escolar.



En la adolescencia todo cambia. La hiperactividad suele disminuir notablemente hasta llegar a una sensación subjetiva de inquietud... pero todavía el 70% siguen presentando problemas de atención e impulsividad.(Barckley, R. 1995). Los estudios longitudinales parecen estar esta vez de acuerdo, en que la hiperactividad de los adolescentes se desplaza hacia trastornos de conducta, alrededor de un 43 % con el peligro de las conductas de riesgo como adicciones, acciones predelictivas, abandono escolar, accidentes etc...(Miranda,A. 2001.)

Me gustaría acabar esta revisión con una definición que creo es aceptable por lo que tiene de unificadora y clarificadora, realizada por uno de los investigadores más prestigiosos del trastorno: **Barckley**

en 1990, describe así el trastorno por déficit de atención:

“Es un trastorno del desarrollo caracterizado por niveles de falta de atención, sobreactividad, impulsividad inapropiados desde el punto de vista evolutivo. Estos síntomas se inician a menudo en la primera infancia, son de naturaleza relativamente crónica y no pueden atribuirse a alteraciones neurológicas, sensoriales, del lenguaje graves, a retraso mental o a trastornos emocionales importantes. Estas dificultades se asocian normalmente a déficit en las conductas gobernadas por las reglas y a un determinado patrón de rendimiento”.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and statistical manual for mental disorders (DSM IV- TR)*. Washington, D.C. Author.

Ajuriaguerra, J.(1973). *Manuel de Psychiatrie de l'enfant*. Edición en español: *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona. Masson.

Arriada- Mendicoa, A; Otero- Siliceo,E.(2000).Rev neurol 2000; 31 (9):845-851

Barckley,R.A.(1995) *Taking Charge of ADHD*. Nueva York.Guilfor.Edición española:Niños hiperactivos. Paidós.1999.

Caballo,V y Simón, M.A (2001). *Manual de psicología clínica infantil y adolescente*.Madrid. Pirámide

Rodríguez Sacristán, J.(2000) . *Psicopatología infantil Básica*. Madrid. Pirámide.

Green,C y Chee, k.(1994). *Understanding ADHD*. Australia. Transworld.Traducción española.*El niño muy movido o despistado*. Medici. 2000.

Joselevich, E (compiladora).(2000).*Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad*. Buenos Aires. Paidós.

Miranda, A y Santamaría, M. (1986). *Hiperactividad y dificultades de aprendizaje*. Valencia . Promolibro

Miranda, A; Roselló, B; Soriano,M; (1998). *Estudiantes con deficiencias atencionales*.Valencia. Promolibro

Miranda, A; Jarque,SL; Soriano,M; (1999). Rev neurol 1999;28 (Supl 2):S 182-S 188

Miranda, A;Amado,L; Jarque,S. (2001). *Trastornos por déficit de atención con hiperactividad*. Málaga.Aljibe.

Narbona,J.(2001).*Alta prevalencia del TDHA ¿ niños trastornados o sociedad maltrecha?*.Rev.Neurol.2001: 32 (3); 229-231.

Organización mundial de la salud (1992). Madrid. Meditor.

Orjales, I.(1999). Madrid. CEPE.

Polaino Lorente,A y otros.(1997). *Manual de hiperactividad infantil*.Madrid.Unión editorial.