



LO QUE SABEMOS

El Trastorno Llamado TDA/H

Ocasionalmente, todos podríamos tener dificultad para mantenernos sentados, para prestar atención o para controlar el comportamiento impulsivo. Para algunas personas, el problema es tan generalizado y tan persistente que interfiere con su vida diaria, incluyendo el ambiente del hogar, académico, social y de trabajo.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA/H) está caracterizado por la impulsividad, la inatención y, en algunos casos, por la hiperactividad, que son inapropiadas para la etapa del desarrollo. El TDA/H es un trastorno neurobiológico que afecta de un tres a un seis por ciento^{1,2,3} de los niños en edad escolar. Hasta hace poco, se creía que los niños superaban el TDA/H en la adolescencia. Quizas esto era así porque la hiperactividad frecuentemente disminuye durante los años de la adolescencia. Sin embargo, ahora se sabe que muchos síntomas continúan estando presentes en la adultez. De hecho, la investigación actual refleja proporciones de un dos a un cuatro por ciento entre los adultos.⁴

A pesar de que los individuos con el trastorno pueden ser muy exitosos en la vida, si el TDA/H no se identifica y se trata apropiadamente, el mismo puede traer consecuencias serias incluyendo el fracaso escolar, la depresión, problemas en las relaciones, trastorno de conducta, abuso de sustancias y fracaso en el empleo. La identificación y el tratamiento tempranos son extremadamente importantes.

En el 1902 la ciencia médica documentó por primera vez la existencia de niños que evidenciaban inatención, impulsividad e hiperactividad. Desde ese momento, se le han dado numerosos nombres al trastorno, incluyendo Disfunción Cerebral Mínima, Reacción Hiperkinética de la Niñez y Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. Con el sistema de clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico, 4ta Edición (DSM-IV,

A pesar de que los individuos con el trastorno pueden ser muy exitosos en la vida, si el TDA/H no se identifica y se trata apropiadamente, el mismo puede traer consecuencias serias incluyendo el fracaso escolar, la depresión, problemas en las relaciones, trastorno de conducta, abuso de sustancias y fracaso en el empleo.

por sus siglas en inglés), el trastorno ha sido llamado Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. El presente nombre refleja la importancia de las características de inatención del trastorno, así como la hiperactividad e impulsividad.

LOS SÍNTOMAS

Típicamente, los síntomas del TDA/H surgen en la niñez temprana, a menos que estén asociados a algún tipo de daño cerebral más adelante en la vida. Algunos síntomas persisten hasta la adultez y pueden representar retos durante toda la vida. A pesar de que los criterios diagnósticos oficiales señalan que el inicio de los síntomas debe ocurrir antes de los siete años, los investigadores más destacados en el campo del TDA/H argumentan que los criterios deben ser ampliados para incluir el inicio en cualquier momento durante la niñez.² A continuación se resumen los criterios para los tres subtipos principales:

TDA/H del tipo predominantemente inatento: (TDA/H-I)⁵

- No logra prestar atención a los detalles o comete errores por descuido.
- Tiene dificultad para sostener la atención.
- Parece no escuchar.
- Tiene dificultad para seguir las instrucciones.
- Tiene dificultad con la organización.
- Evita o le disgustan las tareas que requieren esfuerzo mental sostenido.
- Pierde cosas.
- Se distrae fácilmente.
- Es olvidadizo en las actividades diarias.

TDA/H del tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo: (TDA/H-HI)⁵

- Juguetea con las manos o con los pies o se retuerce en la silla.
- Tiene dificultad para permanecer sentado.
- Corretea o se trepa excesivamente.
- Dificultad para involucrarse calladamente en las actividades.
- Actúa como si estuviera impulsado por un motor.
- Habla excesivamente.
- Contesta abruptamente antes de que se completen las preguntas.
- Dificultad para esperar o tomar turnos.
- Interrumpe o se entromete en lo que otros están haciendo.

TDA/H del tipo combinado (TDA/H-C)⁵

- La persona cumple los criterios de ambos grupos de síntomas, los de inatención y los de hiperactividad/impulsividad.

Los jovencitos con el TDA/H frecuentemente experimentan un retraso de dos a cuatro años en el desarrollo, lo cual les hace parecer menos maduros y responsables que sus compañeros. Además, el TDA/H frecuentemente coexiste con otras condiciones, tales como depresión, ansiedad o problemas específicos en el aprendizaje. Por ejemplo, en el 1999, la investigación del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés) indicó que dos terceras partes de los niños con el TDA/H tienen al menos otra condición coexistente.⁶ Cuando alguna condición coexistente está presente, los problemas académicos o de conducta pueden ser más complejos.

Los adolescentes con el TDA/H representan un reto especial. Durante estos años, las demandas académicas y de organización aumentan. Además, estos jóvenes impulsivos enfrentan los asuntos típicos

de la adolescencia: descubrir su identidad, establecer independencia, lidiar con la presión de los compañeros, exposición a drogas ilegales, sexualidad emergente y los retos de conducir un vehículo de motor.

Recientemente, los déficits en las funciones ejecutivas han emergido como factores centrales que impactan el éxito académico y vocacional.² Expresado de manera sencilla, el término funciones ejecutivas se refiere a una “variedad de funciones dentro del cerebro que activan, organizan, integran y manejan otras funciones”.⁷ Algunas preocupaciones importantes incluyen los déficits en la memoria de trabajo y en la habilidad de planificar para el futuro.

EL DIAGNÓSTICO

El determinar si un niño presenta el TDA/H es un proceso de múltiples facetas. Muchos problemas biológicos y psicológicos pueden contribuir a síntomas que son similares a aquellos que exhiben los niños con el TDA/H. Por ejemplo, la ansiedad, la depresión y ciertos tipos de problemas en el aprendizaje pueden causar síntomas similares.

No hay una sola prueba que diagnostique el TDA/H. Por consiguiente, se necesita una evaluación abarcadora para establecer el diagnóstico, para rechazar otras causas y para determinar la presencia o ausencia de condiciones coexistentes. Tal evaluación debe incluir una evaluación clínica del funcionamiento y nivel de desarrollo del individuo en el área académica, social y emocional. Se debe obtener un historial cuidadoso de los padres, de los maestros y, cuando sea apropiado, del propio niño. Frecuentemente, los clínicos usan hojas de cotejo para evaluar los síntomas del TDA/H y para descartar otras incapacidades.

Hay varios tipos de profesionales que pueden diagnosticar el TDA/H, incluyendo el psicólogo escolar, el psicólogo privado, los trabajadores sociales, los neurólogos, los psiquiatras y otros médicos. Aparte de quién haga la evaluación, es necesario el uso los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico IV (DSM-IV, por sus siglas en inglés). Es importante realizar un examen médico y el mismo debe incluir un examen físico completo, que incluya pruebas de audición y de visión, para descartar otros problemas médicos que puedan estar causando síntomas similares al TDA/H. En casos excepcionales, las personas con el TDA/H también pueden tener disfunción tiroidea. Sólo los médicos pueden prescribir medicación si es necesario.

Diagnosticar el TDA/H en un adulto requiere un examen del historial académico y de conducta en la niñez, así como una revisión de los síntomas presentes.

LAS CAUSAS

De acuerdo con un estudio de la AMA de junio del 1997, “el TDA/H es uno de los trastornos mejor estudiados en la medicina, y los datos generales acerca de su validez son más convincentes, por mucho, que aquellos de la mayoría de los trastornos mentales y aún de muchas condiciones médicas”.⁸ Sin embargo, las causas exactas del TDA/H permanecen ilusorias. Al presente, la mayor parte de la investigación sugiere una base neurobiológica. Dado que el TDA/H ocurre en familias, la herencia parece ser un factor importante.⁹ A pesar de que no existe una prueba diagnóstica para el TDA/H, la Declaración de Consenso del Instituto Nacional de Salud del 1998 concluye, “hay evidencia que apoya la validez del trastorno.”¹⁰

Al presente, la mayor parte de la investigación sugiere una base neurobiológica. Dado que el TDA/H ocurre en familias, la herencia parece ser un factor importante.

TRATAMIENTO MULTIMODAL

Pueden haber consecuencias serias para las personas con TDA/H que no reciben tratamiento o que reciben tratamiento inadecuado. Estas consecuencias pueden incluir una autoestima empobrecida, fracaso social y académico, nivel de rendimiento por debajo de lo esperado en el trabajo y un posible aumento en el riesgo posterior de exhibir conducta antisocial y criminal. Los planes de tratamiento deben ser diseñados para suplir las necesidades específicas de cada individuo y de cada familia. Así que el tratamiento del TDA/H en los niños con frecuencia requiere intervención médica, educativa, conductual y psicológica. Este acercamiento abarcador al tratamiento se llama “multimodal” y frecuentemente incluye:

- Adiestramiento a los padres
- Estrategias conductuales de intervención
- Un programa educativo apropiado
- Educación acerca del TDA/H
- Consejería individual y familiar
- Medicación, cuando se requiera

La investigación proveniente del importantísimo Estudio Multimodal de Tratamiento del TDA/H, auspiciado por el Instituto Nacional de Salud Mental, es muy alentadora.⁶ Los niños que reciben medicación, sola o en combinación con un tratamiento conductual, mostraron una mejoría significativa en su conducta y en su trabajo académico, en adición a mejores relaciones con sus compañeros de clase y sus familias.

Los medicamentos psicoestimulantes son el tipo de medicación más usado para el manejo de los síntomas relacionados al TDA/H. Aproximadamente del 70 al 80 por ciento¹¹ de los niños con el TDA/H responde positivamente a la medicación psicoestimulante. Los estudiantes que toman estos medicamentos muestran una mejoría académica significativa: un aumento en la atención y en la concentración, obediencia y esfuerzo en las tareas, cantidad y precisión del trabajo escolar producido y disminución en los niveles de actividad, impulsividad, conducta negativa en las interacciones sociales y hostilidad física y verbal.¹² Otros medicamentos que pueden disminuir la impulsividad, la hiperactividad y la agresión incluyen algunos antidepresivos y antihipertensivos. Sin embargo, cada familia debe sopesar los pros y los contras de tomar medicación.

Las intervenciones conductuales también son un componente primordial de tratamiento para los niños que presentan el TDA/H. Las estrategias importantes incluyen el ser consistente y el usar refuerzo positivo, y enseñar destrezas de solución de problemas, destrezas de comunicación y destrezas para defenderse a sí mismos. Los niños, especialmente los adolescentes, deben involucrarse activamente para que sean miembros respetados de los equipos de planificación escolar y de tratamiento.

El éxito escolar puede requerir una variedad de acomodados en el aula e intervenciones conductuales. A la mayoría de los niños con el TDA/H se le puede enseñar en un aula regular, con ajustes mínimos al ambiente. Algunos niños pueden requerir los servicios de educación especial si se señala una necesidad educacional. Estos servicios se pueden proveer dentro del aula de educación regular, o pueden requerir una ubicación especial que

atienda las necesidades individuales de aprendizaje del niño fuera del aula regular.

Los adultos con el TDA/H pueden beneficiarse de aprender a estructurar su ambiente. Además, los medicamentos que son efectivos para el TDA/H durante la niñez también parecen ser útiles para los adultos que presentan el TDA/H. La consejería vocacional con frecuencia es una intervención importante. La psicoterapia de duración corta puede ayudar al adulto a identificar de qué manera su incapacidad puede estar asociada con un historial de problemas en el trabajo y dificultades en las relaciones personales. La psicoterapia extendida puede ayudar a atender los cambios en el estado de ánimo, a estabilizar las relaciones y a aliviar la culpa y el desánimo.

LA PROGNOSIS

Los niños con el TDA/H están “en riesgo” de problemas potencialmente serios: aprovechamiento académico pobre, fracaso escolar, dificultad para llevarse bien con los compañeros y problemas negociando con las figuras de autoridad.² Más aún, hasta el 67 por ciento de los niños continuarán experimentando síntomas del TDA/H en la adultez.¹³ Sin embargo, con una identificación y tratamiento tempranos, los niños y los adultos pueden ser exitosos. Los estudios muestran que los niños que reciben tratamiento adecuado para el TDA/H tienen menos problemas con la escuela, con los compañeros y con el abuso de sustancias, y exhiben un mejor funcionamiento general al compararse con aquellos que no reciben tratamiento.^{2,6,14} En la adultez, escasamente una tercera parte de los individuos con el TDA/H llevan vidas normales, mientras que la mitad aún tiene síntomas que pueden interferir con sus relaciones familiares o con su ejecución laboral.¹⁵ Sin embargo, los problemas severos persisten en al menos el diez por ciento de los adultos.

LECTURAS SUGERIDAS EN ESPAÑOL

Bauermeister, J. (2002). *Hiperactivo, Impulsivo, Distráido. ¿Me conoces?* New York: Guilford Press.

García Castaño, F. (2001). *Es TDAH y ahora...¿Qué?* San Juan, Puerto Rico: Ediciones Hispalis.

Parker, H. (1996). *Cuaderno de trabajo para padres, maestros y niños sobre el Trastorno de bajo nivel de atención (ADD) o hiperactividad.* Specialty Press

Peña, M. (2000). *Así aprendo...Guía para educadores.* San José, Costa Rica: Fundación DA.

Rief, S. (2000). *Cómo tratar y enseñar al niño con TDA/TDAH*. West Nyack, NY: The Center for Applied Research in Education.

Scandar, R. (2000). *El niño que no podía dejar de portarse mal*. Buenos Aires, Argentina: Distal S.R.L.

BIBLIOGRAFÍA EN INGLÉS

1. American Psychiatric Association. (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, D.C.: author.

2. Barkley, R.A. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorders: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press Barkley R.A. (1998)

3. Wolraich, M.L. Hannah, J.N. Pinnock, T.Y., Baumgaertel, A.I., & Brown, J. (1996). Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 319-324.

4. Murphy, K. R., & Barkley, R.A. (1996) The prevalence of DSM-IV symptoms of AD/HD in adult licensed drivers: Implications for clinical diagnosis. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 393-401.

5. Adapted from the American Psychiatric Association. (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, D.C.

6. MTA Cooperative Group. (1999) A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 12.

7. Brown, T.E. (2000) *Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.

8. Goldman, L.S., Genel, M., Bezman, R, et.al. (1998) Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of the American Medical Association*. April 8, 1998-Vol 279, No. 14, pg. 1105 (1100-1107)

9. U. S. Department of Health and Human Services. (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General (Children and Mental Health)*. Rockville, MD: DHHR, SAMHSA, CMHS, NIH, NIMH.

10. National Institute of Health. (1998). *Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder*. Washington, D.C.: NIH Consensus Statement 1998 Nov 16-18; 16 (2): 1-37.

11. Spencer, T., Wilens, T., Biederman, J., Faraone, S. V., Ablon, J. S., & Lapey, K. (1995). A double-blind, crossover comparison of methylphenidate and placebo in adults with childhood-onset attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 52, 434-443.

12. Swanson, JM, McBurnett K, et al (1993) Effect of stimulant medication on children with attention deficit disorder: a "review of reviews." *Exceptional Children*, 60, 154-162.

13. Barkley, RA, Fischer, M., Fletcher, K., & Smallish, L. (2001) *Young adult outcome of hyperactive children as a function of severity of childhood conduct problems, I: Psychiatric status and mental health treatment*. Submitted for publication.

14. Biederman J., Wilens T, et al (1999) Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics*, 104, 2.

15. Weiss G, Hechtman L., Milroy T, et al (1985) Psychiatric studies of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-yr follow-up of 63 hyperactive children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 211-220.

La información que se provee en esta Lo Que Sabemos fue financiada por el Acuerdo de Cooperación número R04/CCR321831-01 del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). El contenido es responsabilidad total de sus autores y no necesariamente representa la posición oficial del CDC. Esta Lo Que Sabemos fue aprobada por la Junta Profesional Asesora de CHADD en febrero de 2004.

© 2004 Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (CHADD). Todos los derechos reservados.

Para información adicional acerca de TDA/H o de CHADD, favor de ponerse en contacto con el:

CHADD National Resource Center on AD/HD

8181 Professional Place, Suite 150

Landover, MD 20785

1-800-233-4050

www.help4adhd.org

Por favor, visite también el sitio electrónico de CHADD en www.chadd.org.