



DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ADULTOS Y NIÑOS. UNA REVISIÓN

Ana Moreno Gómez*; Manuel Álvarez Romero**; Daniel Lobato López***.

* Psicóloga

** Médico

*** Estudiante de Psicología

CENTRO MÉDICO PSICOSOMÁTICO DE SEVILLA

malvarez@psicosomatica.net

RESUMEN:

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos neuropsiquiátricos más frecuentes y mejor estudiados en la población infantil, aumentando su relevancia debido a las interferencias que provoca sobre el desarrollo. Al ser un proceso de larga evolución, el plan de tratamiento debe ser elaborado cuidadosamente, siendo imprescindible considerar las preocupaciones familiares y de los propios pacientes como la psicoeducación. El TDAH causa un notable impacto en la conducta, el aprendizaje y el desarrollo cognitivo de los afectados, por lo que resulta de vital importancia su precoz detección y tratamiento. Existe un menor número de casos en la etapa adulta, en la cual aparecen ciertas diferencias respecto al abordaje del trastorno. La planificación de los objetivos terapéuticos debe considerarse de una forma individualizada, planteando en cada caso, las posibilidades farmacológicas, así como la existencia de comorbilidad con otros trastornos, lo que resulta muy frecuente. En los pacientes resistentes o no respondedores a los tratamientos habituales, es necesaria la evaluación minuciosa de la presencia de otros trastornos comórbidos que puedan estar interfiriendo en la respuesta percibida.

1. DEFINICIÓN TDAH
2. SINTOMATOLOGÍA
3. PREVALENCIA
4. TDAH EN ADULTOS
5. COMORBILIDAD
6. TRATAMIENTO MULTIMODAL
7. BIBLIOGRAFÍA

1. Definición TDAH

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (**TDAH**), **es un trastorno que se inicia en la infancia y se caracteriza por dificultades para mantener la atención, hiperactividad o exceso de movimiento e impulsividad o dificultades en el control de los impulsos.**

El TDAH se ubica en la clasificación de los trastornos mentales del APA (Asociación Americana de Psiquiatría), en el apartado de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador (DSM IV, cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 1994).

De acuerdo con ésta clasificación, **se establecen 3 subtipos del TDAH**, según la presentación del síntoma predominante:

- Tipo con **predominio del déficit de atención.**
- Tipo con **predominio de la impulsividad-hiperactividad.**
- Tipo **combinado**, donde predominan tanto síntomas de desatención como de impulsividad-hiperactividad.

Los principales criterios diagnósticos del TDAH en el DSM-IV se exponen a continuación:

A) Se deben cumplir los criterios (1) y /o (2).

1. **Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad desadaptativa en relación con el nivel de desarrollo.**

Desatención (a menudo...)

- a) No presta atención en los detalles o incurre en errores por descuido en tareas escolares o de otro tipo.
- b) Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
- c) Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d) No sigue instrucciones y no finaliza sus tareas o encargos (no se debe a comportamientos negativistas o a incapacidad para comprenderlos).
- e) Tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- f) Evita o le disgusta tener que dedicarse a tareas que requieren esfuerzo mental sostenido.
- g) Extravía objetos necesarios para tareas o actividades.
- h) Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- i) Es descuidado en las actividades diarias.

2. **Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido durante por lo menos 6 meses con una intensidad desadaptativa en relación con el nivel de desarrollo.**

Hiperactividad (a menudo...)

- a) Mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.

- b) Abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que debería estar sentado.
- c) Corre o salta excesivamente en situaciones inapropiadas (en adolescentes puede limitarse a sentimientos de inquietud).
- d) Tiene dificultades para jugar o dedicarse a situaciones de ocio.
- e) "Está en marcha" o actúa como si tuviera un motor.
- f) Habla en exceso.

Impulsividad (a menudo...)

- a) Precipita respuestas antes de haber sido completadas preguntas.
- b) Tiene dificultades para completar turno.
- c) Irrumpe o se inmiscuye en actividades de otros.

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

C) Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo, en la escuela y en casa).

D) Deben existir pruebas claras de deterioro 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 (por ejemplo, trastorno de estado de ánimo, de ansiedad).

2. Sintomatología

La característica esencial del TDAH es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar.

Las dificultades primarias se dan principalmente en tres áreas, tales como atención, impulsividad y sobreactividad motora.

Uno de los primeros síntomas característicos a destacar son los problemas de atención. En este sentido, dentro de la atención se distinguen tres funciones: atención selectiva, atención sostenida y atención dividida. **En los casos de TDAH, la más afectada es la atención sostenida**, como puede apreciarse en el mal rendimiento de estos niños en tareas de vigilancia y rendimiento continuo, que se convierten para ellos en tareas aburridas, repetitivas y largas.

De forma secundaria, otro grupo de síntomas donde se manifiestan problemas pertenece al área de la impulsividad. Así, se asocia con déficits en los procesos de solución de problemas, con impulsividad social, que se convierte en dificultades para adaptarse a las normas, con impulsividad conductual, que propicia comportamientos precipitados y errores constantes.

Todo esto conlleva dificultades para demorar las gratificaciones y los estímulos reforzadores, así como para seguir instrucciones. Un punto importante a considerar, muy ligado a la propuesta de intervención, es el hecho de que estos niños son poco sensibles al error, al fracaso y al castigo en general.

Por último, respecto al comentario de los grandes grupos de síntomas, estaría la **sobreactividad motora**, la cual tiende a decrecer de forma espontánea conforme avanza la edad del niño. Esta característica, **por sí sola, no es indicativa de TDAH.**

Según el DSM-IV, para diagnosticar el TDAH en cualquiera de sus categorías, hay que tener en cuenta una serie de aspectos que se enumeran a continuación.

Algunas alteraciones provocadas por los síntomas, **se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo en casa y en la escuela).**

Algunos de estos síntomas que causan alteraciones, estaban presentes antes de los 7 años de edad. Debe haber pruebas claras de **deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral**, es decir de que los síntomas interfieren de forma significativa la vida de la persona.

Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Por último, destacar que, **como problemática asociada, estarían los trastornos de conducta, las dificultades del aprendizaje, los déficits cognitivos y los trastornos emocionales.**

3. Prevalencia

El TDAH es un trastorno con una **prevalencia elevada.**

Cerca del 7 por ciento de los niños y el cinco por ciento de los adultos sufren TDAH, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Respecto a la incidencia según el sexo, existen datos que afirman que **los niños padecen el trastorno en una proporción tres veces superior a las niñas.**

4. TDAH en adultos

Los síntomas del TDAH que aparecen en la infancia evolucionan, siendo su manifestación en la adolescencia de forma distinta.

Aparentemente, la hiperactividad tiende a disminuir, acentuándose, por el contrario, el déficit atencional. Pueden aparecer conductas de evitación o fobias ante actividades que requieren esfuerzo cognitivo, además de dificultades en aquellas que exijan realizar una serie de pasos planificados.

La impulsividad puede traducirse en síntomas neuróticos como depresión o ansiedad, o bien como tendencia disocial, tal como delitos, drogas, fugaz y/o sexo precoz.

Con respecto a la etapa adulta, un 97 por ciento de los casos en nuestro país no son diagnosticados. Según la OMS, es un problema que afecta entre un 5 y un 7 por ciento de la población adulta. **Uno de los motivos es que a estos pacientes se les proporciona un diagnóstico erróneo, enmascarando así la verdadera patología. Esto conlleva, además, una falta de concienciación del paciente respecto a su verdadero problema.**

El porcentaje de hombres que padecen este trastorno triplica al de mujeres

Los principales motivos de consulta a los que se debe enfrentar el profesional que atiende a estos pacientes se relacionan con trastornos de personalidad, conducta antisocial, trastornos oposicionistas, abuso de sustancias, conductas adictivas, trastorno bipolar, bulimia nerviosa, trastornos ansioso-depresivos,...

Los problemas de inhibición conductual desencadenan una serie de consecuencias que impiden el desenvolvimiento adecuado el paciente en su contexto, y que se manifiestan

principalmente con dificultades en las relaciones interpersonales, entre otras.

5. Comorbilidad

El TDAH es uno de los trastornos neuropsiquiátricos con mayor prevalencia en la infancia, asociándose a él elevadas cifras de comorbilidad con otros trastornos.

En cuanto a la comorbilidad de trastornos con el TDAH, los tipos más frecuentes que podemos encontrar son los trastornos negativista desafiante, de aprendizaje, de conducta y de ansiedad, principalmente.

Diversos estudios arrojan que los **síntomas de comorbilidad aumentan su severidad en relación a la edad, presentando el mayor efecto en el período final de la adolescencia.**

Adolescentes con TDAH muestra una mayor predisposición en el futuro a la búsqueda activa de estimulación y al consumo de drogas.

Hay diferencias en la comorbilidad en función del subtipo que se manifiesta. En esta línea, **los niños con Trastorno por déficit de atención (TDA) de tipo combinado presentan mayor conducta agresiva, inestabilidad emocional y fluctuaciones en el control de la conducta.**

Los niños con TDA en los que predomina la inatención, presenta menores problemas de conducta, predominando en ellos la pasividad conductual.

En cuanto a características en la conducta social, **los niños con TDA con predominio de hiperactividad-impulsividad presenta índices mayores de conducta desafiante y menor predominio de habilidades sociales.** Una de las principales dificultades de este grupo de niños es la incapacidad para inhibir las respuestas impulsivas en tareas o situaciones sociales que requieren control y organización de la conducta.

Se de también un rechazo a la regulación de su conducta por medio de reglas, la búsqueda inmediata de gratificación, la falta de estimación en las consecuencias de sus actos y los bajos umbrales de motivación para realizar tareas estructuradas.

6. Tratamiento multimodal

El tratamiento para abordar los TDAH debe plantearse desde una perspectiva multimodal, incluyendo desde aspectos farmacológicos hasta aspectos psicoterapéuticos.

Se debe mantener una continua comunicación entre profesionales médicos, psicólogos y profesores, así como **proporcionar psicoeducación a los familiares del niño y personas del entorno cercano, además de al propio niño.**

Aspectos a considerar previamente antes de hacer la planificación del tratamiento son:

- Considerar al TDAH como un problema que habitualmente se presenta crónico.
- Valorar la comorbilidad existente con otros trastornos.
- Plantear los tratamientos más eficaces y su evidencia.
- Abordaje multimodal en la intervención.
- Considerar las preferencias de los pacientes y sus familiares.
- Continúa revisión y modificación del plan de intervención si fuese necesario.

En aquellos casos en los que se ha intervenido de forma multimodal, se ha obtenido un mayor nivel de respuesta al tratamiento que en casos en que se ha aplicado una sola modalidad

de tratamiento, lo que **no implica que la terapia conductual no pueda realizarse sola para el TDAH en determinadas situaciones clínicas.**

A nivel farmacológico, se emplea el uso de psicoestimulantes como el metilfenidato, la dextroanfetamina y las sales de anfetaminas.

La evidencia científica sugiere que el metilfenidato junto con las sales de anfetamina son igualmente eficaces en el tratamiento.

Aunque el empleo de psicoestimulantes presenta alta eficacia, el 20-35 por ciento de los pacientes no responde a estos tratamientos.

Numerosos estudios respaldan la eficacia del **metilfenidato, el cual induce mejoras en la atención, impulsividad cognitiva, tiempo de reacción, memoria a corto plazo y aprendizaje de material verbal y no verbal en pacientes con TDAH.**

Asimismo, **se ha demostrado eficacia en un amplio espectro de las alteraciones conductuales asociadas con este trastorno, entre las cuales cabe citar impulsividad, oposicionismo, aumento del ruido, conductas disruptivas y las relaciones madre-hijo.** Esta eficacia mantiene una continuidad contextual, extendiéndose a los entornos educativos, terapéuticos y del hogar.

No obstante, el tratamiento farmacológico conlleva una serie de **efectos secundarios**, la mayoría de los cuales son transitorios y se resuelven sin tratamiento. Entre ellos están la **disminución del apetito con su consecuente pérdida de peso, insomnio, cefalea y gastralgia y, con menor frecuencia, tics, labilidad o irritabilidad emocional.**

El tratamiento farmacológico casi siempre es necesario, pero en numerosas ocasiones se presenta como insuficiente, debiendo entonces ser una intervención no farmacológica.

El tratamiento no farmacológico está indicado para comenzar con el plan terapéutico, cuando los síntomas de TDAH son leves o no están produciendo un deterioro notable en la vida del niño, cuando el diagnóstico de TDAH es incompleto o parcial, cuando existen discrepancias significativas entre padres y profesores y en aquellos casos en los que los padres se muestran reticentes a emplear medicación farmacológica.

El empleo de psicoterapia en niños resulta eficaz para los síntomas asociados a los trastornos comórbidos con el TDAH, y no tanto para los síntomas nucleares.

También está indicado en aquellos casos en los que el trastorno se diagnostica de forma tardía, incluso en pacientes adolescentes, además de en la adultez.

El tratamiento cognitivo-conductual es el tratamiento no farmacológico más recomendado en niños. **Parte de la base de que la conducta es modificable a través de la intervención en las contingencias contextuales que el niño ha establecido con respecto a su conducta.**

Con este tipo de intervención, las ventajas no sólo son apreciables en el rendimiento y conducta del niño, sino en los resultados que se obtienen en padres y educadores.

Lo primero que se debe realizar es un adecuado análisis funcional, a fin de hacer un detallado análisis sobre aquellas variables que mantiene o desencadenan los comportamientos que deseamos extinguir. Posteriormente emplearemos las denominadas **técnicas operantes**, que en función de nuestros objetivos a conseguir, serán seleccionadas de una forma u otra.

Entre las técnicas existentes para la adquisición de conductas adecuadas, también denominados reforzadores, está la Alabanza, la Atención, el Contacto Físico, las

Recompensas y los Privilegios. Estas técnicas deben aplicarse considerando una serie de características:

- El refuerzo deberá ser aplicado de forma inmediata a la conducta que deseamos consolidar, nunca de manera previa ni con excesiva posterioridad.
- La aplicación del refuerzo debe ser consistente.
- Debe variarse con cierta frecuencia para evitar el aburrimiento o la saturación, pues constituyen casos en los que el reforzador pierde eficacia.
-

En cuanto a técnicas para reducir o eliminar conductas no deseadas, estarían las siguientes:

- **Coste de respuesta.**
- **Tiempo fuera.**
- **Sobrecorrección.**
- **Extinción.**

En la aplicación de estas técnicas debe saberse que cualquier atención puede resultar reforzadora para el niño, a pesar de ser gritos o regañinas. A veces, la aplicación de esta técnica conlleva un aumento en la conducta que precisamente deseamos eliminar, por lo que es importante considerar la aplicación de la misma según las características del niño y /o la conducta a extinguir.

También es importante resaltar que la aplicación de las técnicas encaminadas a la disminución o eliminación de conductas no deseadas debe seguir una secuencia determinada. Así, se debe comenzar por ignorar la mala conducta, siempre que sea posible. Se proseguirá con el alejamiento del niño con la finalidad de no prestarle ningún tipo de atención. A continuación se alabarán las conductas deseadas. Si tras esto la mala conducta continua, dar señales de aviso y, por último, emplear el castigo.

Otra de las opciones, en cuanto a técnicas se refiere, consiste en el empleo de **técnicas combinadas**. En este ámbito estarían:

- **Programa de economía de fichas.**
- **Contratos de contingencias.**
-

Como **técnicas de tratamiento cognitivo**, cabría citar:

- Autoinstrucciones.
- Entrenamiento en autocontrol.
- Solución de problemas.
- Orientación general y reconocimiento de problemas.
- Definición, formulación y análisis del problema.
- Búsqueda de posibles soluciones. Generar alternativas.
- Toma de decisiones.
- Elaborar planes precisos de acción.
- Llevar a cabo la solución elegida y evaluar los resultados.

Otras técnicas menos usadas, pero que también forman parte del abanico terapéutico son la **técnicas de neurofeedback y la estimulación cognitiva**.

Actualmente existen, como se puede apreciar, un **amplio abanico de posibilidades de intervención, que deberá venir determinado en función de las características individuales de cada caso, ya que no existe un tratamiento universal con eficacia para los TDAH.**

7. Bibliografía

American Psychiatric Association, APA (1994). DSM-IV.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (trad. Cast., 1995). Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association, APA (2000). DSM-IV.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (trad. Cast., 2002). Barcelona: Masson.

Barkeley, R. (1999). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona. Paidós (Ed. orig. 1995).

Barkeley, R. (1997). *Niños desafiantes: materiales de evaluación y folletos para los padres* (trad. Al cast. Por J. J. Baumeister y cols.) (2º ed.). New Cork: Guilford.

Sevilla, 4 de enero de 2010.