



Tribuna Libre. *«Las características principales del TDAH son inatención, hiperactividad e impulsividad. Los niños con TDAH pueden presentar una, dos o las tres características.»* → Ana Figueroa / Psiquiatra infantil y del adolescente

## ¿Está de moda la hiperactividad?

de ansiedad (con ansiedad por separación o ansiedad social, sobre todo), trastornos del humor (depresión o enfermedad bipolar) y abuso de tóxicos (alcohol, tabaco y cannabis, fundamentalmente).

El TDAH consiste en una alteración de la función ejecutiva, es decir, de la capacidad para planificar y organizar una tarea compleja, reflexionar sobre las consecuencias de comentarios o actos, e inhibir la respuesta automática (por ejemplo sentarse a ver la tele) cambiándola por otra más apropiada (por ejemplo, estudiar el examen del día siguiente).

El TDAH afecta en torno al 5% de la población pediátrica en todo el mundo: no es una enfermedad de los americanos o los ingleses. Según el Instituto Estadístico de Canarias, en Canarias la población pediátrica (entre 0 a 19 años) gira en torno a 420.000 personas, por lo que en nuestra Comunidad probablemente haya casi 21.000 niños y adolescentes con TDAH.

El diagnóstico del TDAH es clínico, y se basa en una historia clínica detallada. En la entrevista con los padres es importante valorar la presencia, intensidad y frecuencia con que aparecen los síntomas de TDAH, y la persistencia en el tiempo y en diferentes situaciones. También son importantes los datos aportados por otras fuentes como profesores, profesor particular, orientador del colegio, entrenador, etc. Además deben valorarse: historia del desarrollo psicomotor, antecedentes personales médicos y psiquiátricos, antecedentes familiares, ambiente familiar, relaciones sociales y evolución de su escolarización. Es importante valorar la presencia de conflictos (aunque no causen el cu-

rir negativamente). También es preciso averiguar el cociente intelectual (CI) del niño (para descartar retraso mental, superdotación (poco frecuente) o diferencias significativas entre CI verbal y CI manipulativo). Otras exploraciones y pruebas (audiación, visión, analítica general) sirven para descartar causas orgánicas de hiperactividad, impulsividad e inatención. Sólo si el clínico sospecha la presencia de un trastorno epiléptico, una alteración cerebral o un síndrome genético (como Síndrome de Turner o Síndrome X frágil) está indicado un electroencefalograma (EEG), una Resonancia Magnética Cerebral (RMC) o un cariotipo, respectivamente.

Muchos padres acuden a la consulta con gran sentimiento de culpa: «no he sabido manejarle» o «no he sido suficientemente firme» o «en el colegio han permitido que pierda el tiempo». El TDAH no es culpa de que ambos padres trabajen, de que el niño tenga demasiados hermanos, de que su tutora no le preste suficiente atención, o circunstancias similares. El TDAH no es culpa de los padres, ni de los profesores, ni del niño.

El TDAH es un trastorno biológico de origen cerebral. Se han descrito causas biológicas y ambientales, aunque no está completamente aclarado. Se trata de un trastorno fundamentalmente genético. Si uno de los padres tiene TDAH el riesgo de que un hijo también lo presente aumenta entre 2 y 8 veces. Si se trata de un hermano, el riesgo aumenta entre 3 y 5 veces (mucho más si es un gemelo homocigótico). Estos factores genéticos alteran los receptores y transportadores de dos sustancias cerebrales fundamentalmente, dopamina y noradrenali-

prefrontal, responsables de la atención y control de la impulsividad.

Los factores ambientales relacionados con el TDAH, pero no considerados causa suficiente, son: exposición in-utero a tabaco o alcohol, complicaciones perinatales graves, adversidad psicosocial importante, padres con trastorno psiquiátrico grave, haber permanecido institucionalizado (e hipo-estimulado) mucho tiempo y haber sufrido traumatismos craneoencefálicos severos.

Si el TDAH no se trata, aumenta la probabilidad de que los síntomas interfieran en todas las facetas del niño y presente problemas con los compañeros y profesores en el colegio, con los padres y hermanos en casa, notas por debajo de su capacidad, autoestima baja y síntomas depresivos, y comportamientos arriesgados como consumo de tóxicos, conducción temeraria, relaciones sexuales precoces y con múltiples parejas, etc.

**«Si el TDAH no se trata, aumenta la posibilidad de que los síntomas interfieran en todas las facetas del niño y presente problemas»**



El tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención de Hiperactividad tiene cuatro pilares:

Primero, psicoeducación que consiste en informar a padres y profesores sobre las causas, la clínica y el tratamiento del TDAH, porque cuanto más sepan, más podrán ayudar al niño. Las asociaciones de padres ofrecen una gran labor de información sobre los recursos disponibles en cada región, y de apoyo. Segundo, entrenamiento en el manejo conductual a padres y profesores (recomendaciones conductuales que ayudan a controlar los síntomas). Tercero, apoyo esco-

los debe si lo nece fuerzo e en las rendimí tratami co. En la sos el fá desde el

El es tante re ra sobre es el M ment o vado a e nales de 1990. En nes del M medicac va que conduct concluy combina farmaco vención ra la efe miento.

Los fa ra elec adolesce disponib metilfen na. Con ciente p ción clín de inter para val sitándola

Para es la ent trica m edad esc valencia todo el no es cu los profe paciente una alte rotransn nados ci implicac ción, at impulsio cerebral mentalm diagnós clínico, para evi gativo er to famili mico, y p caciones consiste ción, ma apoyo a miento f

Las n ponibles niños y TDAH se y la aton importa nóstico f tamiento fíos con 7