

¿QUÉ ES EL TDAH?

Dr. Russell A. Barkley

ESCUELA PARA PADRES

CAPÍTULO 1

BREVE GUÍA DE SIGNIFICADOS

TDAH – Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad

TDA - Trastorno de Déficit de Atención

TCL- Tempo Cognitivo Lento

TND- Trastorno Negativista Desafiante

TC - Trastorno de Conducta

TGC- Trastorno Generalizado de la Conducta

TGD- Trastorno Generalizado del Desarrollo

TOD – Trastorno Oposicionista Desafiante

TA- Trastorno de Aprendizaje

TOC- Trastorno Obsesivo Compulsivo

FE- Funciones Ejecutivas

ST- Síndrome de Tourette

DSM- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

FDA- Agencia Federal de Alimentos y Drogas

CPF – Corteza Pre-Frontal

AR- Auto-Regulación

TDFE – Trastorno Deficitario de las Funciones Ejecutivas

TDC- Trastorno del Desarrollo de la Coordinación

TEA- Trastorno del Espectro Autista

PSI- Prueba de Índice de Estrés Parental

TLP- Trastorno Límite de Personalidad

ETS – Enfermedad de Transmisión Sexual

TMS – Terapia Multisistémica

TBP- Trastorno Bipolar

TPA – Trastorno Personalidad Antisocial

TCC – Trastorno Cognitivo Conductual

TGD – Trastorno Depresión Grave

BIENVENIDOS

Hola, soy el Dr. Russel Barkley. Soy catedrático de Psiquiatría Clínica en la Universidad de Medicina de Carolina del Sur en Charleston, Estados Unidos.

Bienvenidos a esta charla para padres en Internet. En esta primera charla trataremos de entender la naturaleza del TDAH.

¿QUÉ ES EL TDAH?

Al TDAH se le considera un trastorno del desarrollo, es decir, un trastorno en el que los niños y los adolescentes muestran síntomas que no son adecuados para su edad. Estos trastornos se producen al menos en dos áreas del desarrollo psicológico humano. La primera de estas áreas o dimensiones que no se desarrolla adecuadamente a la edad que corresponde, es la inatención. La segunda es la conducta hiperactiva o impulsiva, a la que a menudo hacemos referencia como dificultades con la inhibición. Estos síntomas se manifiestan pronto en la infancia, siendo relativamente persistentes en el tiempo y constantes en ciertas situaciones, lo que acaba produciendo una discapacidad importante para determinadas actividades principales de la vida cotidiana.

Por otro lado, estos síntomas no pueden deberse a otros trastornos, como un trastorno generalizado del desarrollo, autismo infantil, síndrome de Asperger, retraso mental grave, psicosis u otros tipos de problemas mentales.

¿CUÁNDO SE DESCUBRIÓ?

¿Cuándo se descubrió el TDAH? En realidad se descubrió hace varios siglos. El primer artículo divulgado en literatura médica relacionado sobre el déficit de atención en humanos, fue un capítulo publicado en 1798 en un tratado de medicina escrito por el médico escocés Alexander Crichton. En dicho capítulo, Crichton describía dos tipos de trastornos de la atención denominados hoy en día TDAH, asociado a un patrón de conducta más distraída, hiperactiva e impulsiva, y TDA o trastorno por déficit de atención, al que muchos investigadores actuales se refieren como Tempo Cognitivo Lento. Este segundo trastorno está caracterizado por síntomas como soñar despierto, mirar al vacío, estar en las nubes, confusión mental, y por hipoactividad, más que por hiperactividad. No obstante, este trastorno acumula un largo historial, como pueden ver aquí, al haberse originado hace varios cientos de años.

En 1902 George Still impartió varias conferencias que al final fueron publicadas en la prestigiosa revista médica The Lancet. En estas conferencias, Still describía algunos niños que él había reconocido en el ejercicio de su profesión, de los cuales todos manifestaban diversos síntomas del trastorno. A pesar de que aún no se le denominaba TDAH, Still aludía al trastorno como un déficit de control moral o la incapacidad de regular la propia conducta, considerando con antelación las consecuencias de esa conducta.

En principio se consideró esta serie de artículos como su primer antecedente histórico, hasta que, hace casi 10 años se descubrió el tratado de Alexander Crichton que lo antepuso al 1798. A pesar de ello, las conferencias de George Still son muy importantes para describir no solo una serie de sus síntomas, sino varios problemas clave asociados con dicho trastorno, como por ejemplo, agresividad, problemas para relacionarse con los compañeros, estrés en las relaciones familiares, dificultad con el rendimiento escolar, etcétera.

En los primeros años del siglo XX, fueron apareciendo varios artículos que trataban sobre niños que manifestaban síntomas de TDAH, que aparentemente habían desarrollado las dificultades de conducta como consecuencia de haber padecido alguna enfermedad cerebral o lesiones cerebrales.

Por consiguiente, en esta época se refería a menudo a los síntomas del TDAH como un trastorno de la conducta post-encefálico en los casos en los que se había desarrollado como consecuencia de una infección cerebral a la que el niño había sobrevivido. También podría hacerse referencia a un síndrome del niño con lesión cerebral en los casos en los que las dificultades se habían originado a partir de algún tipo de lesión, trauma, enfermedad o tumores cerebrales. En el caso de algunos niños se hablaba simplemente de padecer un síndrome de inquietud; algunos de estos niños sufrían retraso mental. No obstante, observamos que a principios del siglo XX ya se describían casos, incluso cuando el término de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, no se había inventado todavía.

El nombre de TDAH ha cambiado varias veces a lo largo del siglo pasado. Vamos a ver algunos de estos nombres.

¿CUÁNDO SE CONVIRTIÓ EN TDAH?

En la década de los cincuenta, se referían al TDAH como daño cerebral leve, porque se pensaba que muchos de los niños manifestaban síntomas que apuntaban a un daño cerebral y que se observaban en niños que habían sufrido distintos tipos de lesiones cerebrales, tal y como hemos visto en la diapositiva anterior. Sin embargo, como muchos de los niños no tenían un historial de lesiones cerebrales, los científicos se dieron cuenta de que se estaba haciendo referencia a un síndrome de lesión cerebral, en casos en los que no existía ninguna prueba de tal lesión. Por lo tanto, a principios de los años sesenta comenzaron a denominarlo disfunción cerebral mínima, nombre que refleja el hecho de que el cerebro no funciona con normalidad, a pesar de no disponer de pruebas médicas que demuestren que ese niño haya sufrido algún daño en el cerebro.

A la hora de ponerle nombre al trastorno, otros científicos comenzaban a evitar hablar de las causas y simplemente describían sus síntomas. Una de las primeras descripciones de estos síntomas, fue la reacción hipercinética de la infancia o hiperactividad.

Al centrarse en los síntomas, se minimizaba la causa de un trastorno que en aquella época era un gran desconocido y además, se minimizaba la posibilidad de que una lesión cerebral fuera el determinante de todos estos casos.

Por otra parte, también se centraban principalmente en las manifestaciones conductuales del trastorno, algo que resulta más fácil de describir y confirmar en los estudios de investigación.

En la década de los setenta se cambió el nombre a síndrome del niño hiperactivo y, a pesar de ser la hiperactividad el principal síntoma que le puso nombre, el propio síndrome incluía en realidad otros síntomas, como dificultades por inatención y distracción, problemas de inhibición y un escaso control de impulsos, además de dificultades para controlar las emociones y, en particular, las emociones impulsivas.

En la década de los ochenta se le empezó a conocer como trastorno por déficit de atención. En función de los síntomas que el trastorno presente, a veces se suelen establecer dos subtipos del TDA, con hiperactividad o sin hiperactividad. Sin embargo, en la década de los noventa se volvió a cambiar el nombre a Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, admitiendo que muchos casos del TDAH mostraban síntomas de hiperactividad, sobre todo durante la infancia. En la actualidad el nombre es Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad o TDAH.

¿QUÉ ES EL TDAH? PUNTO DE VISTA CLÍNICO

¿Cómo vemos el TDAH hoy en día?, ¿Cuál es su naturaleza clínica? Como dije antes, está caracterizado por dificultades en dos áreas del desarrollo neuropsicológico, o lo que es lo mismo, que hay dos factores psicológicos que no se desarrollan a la edad correspondiente en el niño con TDAH.

Mencionaba antes que una de estas dimensiones consiste en una inhibición pobre, que con frecuencia se manifiesta en forma de síntomas de hiperactividad o impulsividad. En concreto, se sabe que los niños que padecen el trastorno tienen problemas de impulsividad verbal, hablan cuando no corresponde y en exceso, e interrumpen a los demás. Asimismo experimentan dificultades para controlar su conducta o sus síntomas motores, lo que les conduce a mostrar esa conducta hiperactiva, inquieta y agitada; también reaccionan a los acontecimientos mucho más rápido que otros niños.

Por otra parte, existe un impulso cognitivo asociado con el TDAH en el que apreciamos que la actitud impulsiva que los niños con el trastorno manifiestan a menudo, indica que parecen no tener en cuenta las consecuencias de sus acciones antes de actuar.

Tampoco son capaces de esperar o de aplazar las gratificaciones, lo que significa por tanto, que son incapaces de trabajar más tiempo para obtener mayores recompensas. Parece que prefieren consecuencias menores y mucho más inmediatas.

Los niños afectados no muestran interés por las consecuencias que sus acciones puedan tener en el futuro. Manifiestan también una conducta motora y verbal con exceso de acciones irrelevantes para la tarea. Aquí podemos ver los síntomas de hiperactividad: agitarse, retorcerse, correr, subirse a los sitios y tocar las cosas frecuentemente en determinada situación. Este comportamiento hiperactivo o agitación disminuye significativamente con la edad, a medida que el niño se desarrolla hasta ser casi imperceptible en la adolescencia. De hecho, no sirve para ayudar a diagnosticar el TDAH en adultos. Hay otros problemas coexistentes asociados con el trastorno, que serán más evidentes en la adolescencia y edad adulta.

Los adultos con TDAH con frecuencia cuentan que la inquietud pasa a ser interior o subjetiva de algún modo, en el sentido de que a menudo sienten una sensación de nerviosismo interior, "necesito estar ocupado", "necesito hacer un montón de cosas", incluso aunque no las terminen, pero que no van corriendo ni saltando, ni se comportan de forma especialmente agitada o inquieta.

También apreciamos la impulsividad en sus emociones; las personas con dicho trastorno no pueden inhibir sus sentimientos como lo hacen los demás. Tampoco son capaces de mostrar un mejor autodomínio de las emociones fuertes que experimentan, por lo que muestran sus sentimientos abiertamente con más rapidez y frecuencia que los demás. Dichos síntomas emocionales les generan dificultades o riesgos durante el desarrollo, además de los problemas relacionados con la conducta hiperactiva e impulsiva.

MÁS SOBRE EL TDAH

Bien, como dije antes, existe una segunda dimensión en el desarrollo psicológico que no progresa normalmente en las personas con TDAH, esto es, el dominio de la inatención.

Sin embargo, llamar a alguien "inatento" no es de mucha ayuda clínicamente hablando, para que los profesionales hagan un diagnóstico, puesto que hay muchos trastornos psiquiátricos y del aprendizaje que se

asocian a la falta de atención, por lo que no nos basta para conocer el tipo de trastorno que la persona pueda padecer. Sabemos además que existen por lo menos seis tipos de atención que dependen de distintas redes del cerebro. Tenemos excitación y nivel de alerta. Tenemos también la atención selectiva o la capacidad para elegir o discernir entre lo que es importante y lo que no lo es. Y tenemos la atención dividida, que consiste en la capacidad de realizar varias tareas a la vez, o de compartir o dividir la atención entre varias tareas simultáneas. Lo que mucha gente denominaría hoy en día “multitarea”. Por otro lado tenemos el límite hasta el que podemos procesar una gran cantidad de información de una vez, conocido como “amplitud de aprehensión”.

Sin embargo, el tipo de atención más relevante para entender el TDAH, conocido como persistencia o atención sostenida.

El TDAH no ocasiona problemas en los seis tipos de atención. Principalmente, implica problemas con la atención sostenida o la persistencia en el tiempo hacia objetivos o tareas que se nos han asignado. Los niños y los adultos con TDAH, no pueden perseverar en tareas o actividades largas como otros individuos. A esta incapacidad para la persistencia va asociada la dificultad para resistirse a distracciones, por ejemplo, a acontecimientos que suceden alrededor de uno mismo, pero que pueden ser irrelevantes para la tarea que intentamos realizar.

No se trata de que estas personas perciban las distracciones mejor que los demás, sino que la diferencia entre ellos y las personas normales, está en que los primeros reaccionan a tales distracciones, desviando su atención de la tarea a la distracción, por lo que no pueden terminar el trabajo. Por consiguiente, lo más indicativo del TDAH, radica en la respuesta a las distracciones y no en el hecho de percibir tales distracciones.

Cuando una persona normal se distrae, y muchos de nosotros nos distraemos en el trabajo, sobre todo si la distracción es importante, la persona normal retoma la tarea que aún no había completado. He aquí otro de los problemas de las personas con TDAH, que no son capaces de volver a la tarea que realizaban y continuarla; de hecho, después de distraerse parecen haber olvidado totalmente lo que estaban haciendo y se quedan como esperando que ocurra algo más, así que saltan de una actividad a otra sin retomar ni terminar ninguna de las tareas o actividades anteriores y cambian a algo distinto. Esta dificultad en retomar tareas, responde más a un problema de memoria operativa que a un problema de atención. La memoria operativa es una facultad neuropsicológica muy particular, considerada como una de las

capacidades ejecutivas del cerebro. Las capacidades o funciones ejecutivas del cerebro son aquellas que nos permiten controlar nuestra conducta, permitiéndonos en concreto, guiar nuestra conducta por medio de la información que retenemos activamente en la mente.

La memoria operativa entonces es la facultad de retener en la mente las cosas que vamos a hacer, incluidos el objetivo que perseguimos, los pasos que debemos dar para conseguirlo, más el resto de información que pueda necesitarse, hasta conseguir dicho objetivo.

Por lo tanto, tenemos pruebas de que el TDAH está asociado no sólo con problemas de atención, sino también con una discapacidad en la memoria operativa. Consideren que la memoria operativa es recordar que hay que hacer cosas, recordar lo que vamos a hacer, cuál es el objetivo y cómo pretendemos conseguirlo.

Así, vemos que hay más síntomas implicados que sólo la conducta hiperactiva, impulsiva o inatenta: tiene que ver también con la memoria operativa. Y puesto que la memoria operativa es una de las facultades ejecutivas cerebrales, como ya dije, todo apunta a que el TDAH bien podría tratarse de un trastorno de las funciones ejecutivas del cerebro, más que de un trastorno de la atención.

Muchos investigadores actuales, incluyéndome a mí mismo, estamos convencidos de que el TDAH es realmente un trastorno por déficit de las funciones ejecutivas, en lugar de tratarse sólo de la incapacidad para prestar atención.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA EL TDAH? CRITERIOS DEL DSM-IV

¿Cómo se diagnostica el TDAH? Los profesionales utilizamos lo que llamamos el DSM-IV, el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales; el cuatro, significa que es la cuarta edición, publicada en 1994 por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Este manual contiene criterios de diagnosis específicos que deben utilizarse en Estados Unidos, para diagnosticar diferentes trastornos mentales, y es donde encontramos los criterios recomendados para identificar los casos de TDAH.

Dichos criterios abarcan dos grupos de síntomas. El primero contiene los síntomas de inatención de la lista que ven en la diapositiva. Hay nueve síntomas. Cada uno de los síntomas, describe un tipo concreto de problema de atención. Puede producirse a menudo o con mucha frecuencia y considerarlo entonces un síntoma.

Por consiguiente, si a un individuo le cuesta estar atento parte del tiempo o en raras ocasiones o, por ejemplo, tiene dificultad para prestar atención a los detalles o a seguir instrucciones de vez en cuando, estos no se considerarían síntomas. Los síntomas deben darse a menudo o con mucha frecuencia, para que puedan señalar a un desarrollo inapropiado. Entonces, es preciso manifestar al menos seis de los síntomas de la lista para diagnóstica TDAH, o bien que se estime que el individuo muestra síntomas suficientes de inatención.

MÁS CRITERIOS DEL DSM-IV

En este manual se recoge una segunda lista con nueve síntomas de conducta hiperactiva e impulsiva que aquí pueden ver. De nuevo, estos síntomas deben darse a menudo o muy frecuentemente para que puedan considerarse importantes clínicamente hablando. Por otro lado, recuerden que un niño o un adolescente tienen que manifestar por lo menos seis de los nueve síntomas para un diagnóstico de TDAH.

CRITERIOS DEL DSM-IV (Continuación)

Existen otros criterios que los facultativos están obligados a tener en cuenta, además de identificar los síntomas de las dos listas; deben afirmar que los síntomas están presentes a lo largo de un periodo mínimo de seis meses. El médico también tiene que verificar que los síntomas han ocasionado algún tipo de discapacidad, en una actividad principal cotidiana y que se han desarrollado antes de la edad de siete años. Sin embargo, las investigaciones posteriores revelaron, que siete años no es una buena edad como criterio.

En ediciones posteriores de este manual, el comienzo de los síntomas se pospondrá hasta la edad aproximada de 12 a 16 años, es decir, que los síntomas tienen que desarrollarse en algún momento de la infancia o durante la adolescencia.

Hoy día estos síntomas deben presentarse en diversas situaciones. Si un niño sólo tiene dificultad para concentrarse en hacer los deberes por la noche, o sólo tiene dificultad para ponerse el pijama, no se le diagnosticaría TDAH, puesto que los problemas existen únicamente en una situación concreta.

Los síntomas del trastorno se manifiestan en diferentes situaciones, como vamos a ver más tarde, aunque no aparecen necesariamente en todas las situaciones, con el mismo grado de intensidad.

Ahora otro criterio que debe cumplirse para emitir un diagnóstico de TDAH, es que los síntomas tienen que conducir a una discapacidad. La discapacidad se refiere a una inoperancia funcional, que significa que el individuo no es capaz de funcionar con la eficacia de los demás en distintas actividades principales cotidianas, sobre todo en su vida doméstica, en el cuidado personal y en la interrelación con los miembros de su familia. En el ámbito escolar, se refiere a la relación con los compañeros y a los resultados académicos; y en el ámbito social, a las relaciones con otros niños u otros adolescentes. La discapacidad debe darse por lo menos, en una o más de estas áreas para que al niño se le diagnostique TDAH.

Por último, tal y como dije anteriormente, estos síntomas no se explican más fácilmente por la presencia de otro trastorno mental. Por ejemplo, los niños con depresión maníaca o trastorno bipolar, a menudo muestran síntomas del TDAH.

Los niños autistas a menudo son inatentos, por lo que si otros trastornos justifican convenientemente los síntomas que el médico observa durante su evaluación, no añadiría el diagnóstico de TDAH a la lista de trastornos del niño.

No obstante, si los mismos síntomas hacen descartar otro trastorno que no sucede a menudo, el TDAH es un diagnóstico correcto.

En definitiva, espero que entiendan, que en su diagnóstico participan distintos criterios y no sólo síntomas de inatención u otros esporádicos de inquietud o conducta impulsiva. Los individuos deben manifestar varios síntomas, estos deben presentarse a menudo o muy frecuentemente, deben durar durante un mínimo de seis meses, deben haberse desarrollado en la infancia o durante la adolescencia, deben manifestarse en distintas situaciones y deben provocar discapacidad. Si todos estos criterios se cumplen en un niño, le diagnosticarán TDAH.

PREVALENCIA DEL TDAH

Prevalencia del TDAH. Antes creíamos que se daba sólo entre el 3 y el 5% de la población infantil, pero ahora sabemos que la cifra se encuentra más bien entre el 7 y el 8%. Esta variación se debe a que a principios de los ochenta, los investigadores y médicos, comenzaron a reconocer que existía otro tipo de TDAH, que ahora llamamos tipo inatento o TDA, si es un trastorno por déficit de atención, e incluyeron ese tipo en sus criterios de diagnóstico, de forma que ampliaron su definición para que abarcara otro subgrupo de niños.

De esta manera la prevalencia del TDAH aumentó al 7% aproximadamente en la población en edad escolar de Estados Unidos, al aplicar los criterios del manual DSM-IV que acabo de explicar. Significa que entre 3 y 4 millones de niños en EE. UU., tienen diagnosticado un TDAH.

El trastorno se ha estudiado en diversos países y se ha descubierto que por lo menos entre el 5 y el 6% de la población infantil mundial, padece probablemente TDAH. El motivo por el que las cifras sean algo inferiores en otros países, puede deberse a la calidad de la atención sanitaria, y en particular a la prenatal, pues sabemos que algunos casos el trastorno surgen a partir de complicaciones durante la gestación, como veremos más adelante.

En países que no están bien desarrollados o que carecen de atención sanitaria adecuada, muchos de estos bebés podrían morir, pero en Estados Unidos, así como en otros países occidentales y desarrollados, disponemos de la atención médica apropiada para garantizar que muchos de ellos sobrevivan. Esos bebés sobreviven y acaban desarrollando el TDAH, lo que explica la razón por la que los países desarrollados pueden registrar una cifra algo superior de este trastorno, que los países en vías de desarrollo, por lo que parece estar más relacionado con la calidad y el acceso a los servicios sanitarios de niños y mujeres gestantes.

Sabemos además que hay adultos que padecen TDAH. De hecho, por lo menos las dos terceras partes de los niños afectados, seguirán padeciendo el trastorno a su edad adulta. Este dato explica el hecho, de que podría diagnosticarse TDAH entre el 4 y el 5% aproximadamente de la población adulta de los Estados Unidos. Es decir, alrededor de 12 y 15 millones de adultos.

Estudios realizados en todo el mundo demuestran que muchos otros países registran también casos en el adulto y calculan una prevalencia aproximada del 3 al 4% en todo el mundo.

Les recuerdo que otros países no cuentan con el mismo nivel de TDAH que los países occidentales desarrollados, como Estados Unidos, e insisto en que creo que está relacionado con la atención sanitaria.

A pesar de todo, pueden ver que este trastorno se trata de un fenómeno mundial, universal en el ser humano.

En la actualidad el índice de prevalencia del TDAH de un país varía según el resultado de determinados factores demográficos diferentes, por ejemplo, este trastorno es más frecuente en niños y su prevalencia disminuye en la edad adulta, es decir, que está relacionado con la edad del individuo.

Por otra parte, también se le puede relacionar con las distintas clases sociales, siendo más común en niños de clases sociales inferiores, dígase clase trabajadora o clase obrera, que en las clases sociales más altas o niveles de educación mayores. No obstante, las diferencias entre las clases sociales son poco significativas. Es más frecuente en núcleos de población densa o en núcleos urbanos, por ejemplo, en las zonas deprimidas de las grandes ciudades estadounidenses, donde se da con más frecuencia que en zonas residenciales o rurales. Queda por determinar la razón de la relación que el trastorno tiene con la densidad de la población, aunque se cree que tienen que influir factores como la clase social, la pobreza y la calidad de la atención sanitaria.

Las zonas desfavorecidas del centro de las ciudades tienden a ser más pobres que los barrios residenciales de las afueras y las grandes áreas metropolitanas. Por consiguiente, es posible que se produzca más en estas zonas deprimidas, debido a una asistencia sanitaria prenatal deficiente, o bien de otro tipo.

También sabemos que puede darse con mayor frecuencia en niños con padres de ciertas profesiones. Por ejemplo, es tres veces más común entre los descendientes de militares de Estados Unidos, es decir, los hijos del personal militar. Pero esto no tiene nada que ver con que el ejército provoque TDAH en la infancia, sino más bien con quién se alista en el ejército. A menudo, cuando los niños con este trastorno crecen, eligen no ir a la universidad cuando terminan el instituto y buscan otra opción a la que dedicarse.

Parece que los chicos con este trastorno optan por enrolarse en el ejército con más frecuencia que otra gente. Es una forma de explicar, por qué hay más adultos con TDAH en el ejército que en otras profesiones y, dado el alto factor hereditario de este trastorno, es fácil entender la razón por la que el TDAH es más común en descendientes de personal militar; hay más adultos con TDAH en el ejército, y esos adultos van a tener hijos.

Es más común también entre personas de otras profesiones, por ejemplo, músicos, como músicos de rock, y artistas de espectáculos, como actores o cómicos. Puede darse con más frecuencia en personal de ventas. La razón es de nuevo la misma, que más adultos tienden a desempeñar tales profesiones y, como consecuencia del factor genético del trastorno, lo más probable es que cuando tengan hijos exista mayor riesgo de que estos padezcan el mismo trastorno que los padres con esta profesión.

Vengo a decir que se trata de un trastorno universal que podemos encontrar en todos los grupos humanos y que pueden variar algo en función de la edad, clase social, país de procedencia o densidad de población, pero que el TDAH existe en todos los grupos étnicos. Hasta el momento no hemos podido identificar grandes diferencias étnicas en la prevalencia del trastorno.

¿VARÍAN LOS SÍNTOMAS DEL TDAH SEGÚN EL ENTORNO?

Tal y como dije anteriormente, los síntomas del TDAH no se manifiestan con la misma intensidad en las diferentes situaciones, lo que significa que pueden oscilar significativamente dependiendo del entorno o de la situación en la que se encuentre el niño. Aquí vemos una lista de lugares en los que el niño afectado se suele desenvolver bien. En la lista de la izquierda de la diapositiva. Estos niños se desenvuelven mucho mejor, cuando están realizando actividades que disfrutan, que les divierte, o bien cuando las consecuencias de las acciones que se les indican que realicen se producen inmediatamente. También experimentan menos dificultad, cuando reciben con mayor frecuencia información de los demás de forma continuada. Asimismo, parece que responden bien cuando las consecuencias son muy llamativas, hace que sea muy importante para el niño. Los niños que sufren TDAH se comportan mejor por la mañana y empeoran a medida que avanza el día. Aparte, parece que se desenvuelven mejor en situaciones supervisadas que sin supervisar.

Si un niño está tratando solamente con una persona, se comportará mejor que si se encuentra en un entorno de grupo, por ejemplo, una clase. Estos niños también se desenvuelven mejor si la situación es relativamente nueva y, en cambio, si están muy familiarizados con la situación o esta es muy aburrida, pueden experimentar más dificultades para controlar sus síntomas. Por varios motivos, los niños que padecen este trastorno, parecen comportarse mejor con sus padres que con sus madres. No quiere

decir que las madres estén haciendo algo mal. En primer lugar apunta al hecho de que todos los niños, incluso los normales, en general se portan mejor con sus padres que con sus madres, hecho que ocurre porque los padres suelen ser más grandes, más fuertes y disciplinan a los niños más rápido en comparación con las madres. Las madres tienden más a hablar a sus niños, a razonar con ellos, e intentan utilizar el vínculo entre ellos, con el fin de animarles a que se porten bien. Debido a numerosas razones, esta estrategia que usan las madres no es particularmente efectiva con el niño, y es porque este trastorno está asociado con problemas a la hora de seguir normas e instrucciones, es decir, a la hora de utilizar el lenguaje para controlar su conducta. Y, puesto que las madres parecen hablar más con los niños que los padres, ellas van a experimentar más dificultades, porque el lenguaje que utilizan con él y, en concreto las instrucciones y directrices que les marcan, no va a ejercer ninguna influencia de control sobre la conducta de ese niño.

Decimos que parece que los niños con TDAH se comportan mejor cuando están con personas desconocidas que cuando se encuentran con personas muy conocidas, por ejemplo, sus padres.

Todos los niños se muestran más reservados si están con extraños, por lo que tiene sentido que su conducta sea también distinta cuando están con extraños que cuando están con sus padres u otros familiares.

Por último, la investigación demuestra que los niños con TDAH parecen comportarse mejor cuando los están examinando en la consulta del médico, que cuando están en la sala de espera antes de pasar a la consulta. Como apunté anteriormente, esto parece responder al hecho de que la consulta está asociada a encuentros “persona a persona” con el médico, mientras que en la sala de espera hay más gente, a menudo otros niños, lo que suscita una conducta más disruptiva.

Las situaciones de la derecha del diagrama implican que el niño necesita mostrar más autocontrol o autorregulación, que durante las situaciones de la lista de la izquierda. Tal y como dijimos antes, el trastorno va asociado a un problema de las funciones ejecutivas, que no es más que otra forma de llamar a la capacidad del hombre de conseguir el control de uno mismo, o de autorregularse.

EL TDAH ES ALGO MÁS QUE INATENCIÓN: LAS FUNCIONES EJECUTIVAS (FE)

Bien, como ya he dicho antes, hay mucho más detrás del TDAH que el simple hecho de ser incapaz de prestar atención. Está asociado a problemas con las capacidades ejecutivas del cerebro, las denominadas funciones ejecutivas. Existen varias funciones ejecutivas, todas ellas sirven para ayudar a un individuo a controlar su propia conducta, a dirigirla en el tiempo para prepararla para el futuro. Una de las funciones ejecutivas más importantes es la conciencia de sí mismo. Imagínenla como el espejo de la mente: ponemos un espejo delante de nosotros para poder examinar nuestra conducta y supervisar lo que hacemos. En realidad, no tenemos ningún espejo delante, pero nos sirve como metáfora para hacernos una idea de lo que es la conciencia de sí mismo, la capacidad de vernos dentro de nuestra mente, de ver lo que hacemos y cómo lo estamos haciendo.

Los niños con TDAH sufren problemas considerables con la conciencia de sí mismos. No parecen siempre apreciar las dificultades que experimentan. Tampoco parece que evalúen muy bien las consecuencias de lo que vayan a hacer. La segunda capacidad ejecutiva es la inhibición; es como si la mente se frenase, como los frenos de un automóvil. El niño no es capaz de detener una conducta tan rápido como los demás, ni de inhibirse durante largos periodos de tiempo, si es necesario hacerlo mientras realizan una tarea concreta, por ejemplo, los deberes.

A otra de las capacidades ejecutivas, se le conoce como memoria operativa no verbal, aunque yo prefiero considerarla como una imagen visual, la capacidad de retener imágenes en la cabeza, conocida como el ojo de la mente. Con frecuencia, utilizamos imágenes del pasado para dictarnos cómo comportarnos en una situación actual y para programar nuestra conducta en el tiempo. Háganse a la idea de que esta función ejecutiva es como un sistema GPS que usamos en el coche, para guiarnos por un camino desconocido. Igual que un GPS, la mente conserva imágenes para poder planificar nuestra conducta en el tiempo.

Igual que usamos las imágenes de la pantalla del GPS del automóvil para ver dónde estamos y hacia dónde nos dirigimos, los humanos utilizan las imágenes visuales para prácticamente lo mismo.

A una cuarta capacidad ejecutiva se la conoce como memoria operativa verbal, aunque no es más que nuestro discurso interior, la voz de nuestra cabeza.

Esta voz interior surge relativamente pronto en la infancia, generalmente entre los 4 y los 10 años de edad, y es la que nos permite hablar a solas con nosotros mismos, sin que nadie nos escuche, para decirnos lo que hacer, pensar en cosas, preguntarnos a nosotros mismos y además, dictar nuestra propia conducta. Usamos nuestra propia voz para hacer todo eso. Otra capacidad ejecutiva, es la facultad de inhibir las emociones fuertes y de utilizar nuestra capacidad de autorregulación con el fin de moderar tales emociones y adaptarlas para que socialmente sean más aceptables, cuando decidamos manifestarlas. Es como si fuera el corazón de la mente. Vemos que los niños con TDAH experimentan mucha más dificultad, a la hora de inhibir y autorregular sus emociones, lo que quiere decir que muestran sus emociones antes y con mayor intensidad que otras personas. Otra capacidad ejecutiva que aquí vemos, es la facultad de planificar y resolver problemas.

No se trata solo de la capacidad de pensar con antelación, sino de la capacidad de concebir varias maneras posibles de hacer algo, varios planes que servirían para conseguir un objetivo, y de evaluar cada opción para establecer cuál es la que con mayor probabilidad nos va a llevar a conseguirlo. A esta capacidad de planificar y resolver problemas, podríamos considerarla como el terreno de juego de la mente, o la capacidad de jugar con la información que conservamos en la mente con respecto al futuro, con el fin de descubrir diversas formas o combinaciones, para hacer cosas con el objetivo de desarrollar el plan más eficaz. Vemos entonces que el sistema ejecutivo del cerebro comprende seis funciones ejecutivas por lo menos. El espejo de la mente o conciencia de sí mismos, el freno de la mente o inhibición, el ojo de la mente o la capacidad de retener imágenes, la voz de la mente o capacidad para hablar con nosotros mismos, el corazón de la mente o la capacidad de controlar nuestras emociones y, por último, el terreno de juego de la mente o la capacidad de jugar mentalmente con la información, para descubrir diferentes opciones de hacer las cosas.

Todas estas funciones ejecutivas nos ayudan a controlar nuestra conducta, o lo que es lo mismo, son la fuente de la autorregulación humana. Se desarrollan lentamente en el tiempo, de una en una y a lo largo de la infancia, hasta que en la edad adulta el humano dispone de un mínimo de seis funciones ejecutivas, como herramientas mentales.

Imaginen el cerebro ejecutivo, como si fuera una navaja suiza de varios instrumentos para hacer cosas.

Pues en eso consiste el sistema ejecutivo, en una combinación de varias herramientas que utilizamos para regular nuestra propia conducta con el fin de prepararnos para el futuro.

El TDAH interfiere en el desarrollo de estas seis capacidades ejecutivas: interrumpe el desarrollo y provoca en el niño con TDAH, un retraso del desarrollo de las funciones ejecutivas de un 30% como mínimo.

Volveré a esta cifra un poco más adelante en la presentación, sobre todo en la segunda parte de la charla sobre el tratamiento del TDAH en la que expondré la regla del 30%, pero, por el momento, si desean entender en qué punto del desarrollo de las funciones ejecutivas se encuentra su hijo, sólo tienen que restarle un 30% a la edad, para hacerse una idea de la edad ejecutiva del niño. Por ejemplo, lo más probable es que un niño de 10 años que padezca TDAH, tenga las funciones ejecutivas, la edad ejecutiva o básicamente el autocontrol, de uno de 7 años, y si tiene esto presente comprenderá mejor la razón por la que su hijo se comporta como lo hace. Esta regla también puede servirle, para rebajar las exigencias con respecto a la conducta del niño, lo que evitará muchos de los conflictos entre ambos.

¿EN QUÉ CONSISTE EL DÉFICIT DE LAS FE?

Ahora que les he explicado las capacidades o funciones ejecutivas, veamos qué podemos esperar observando niños con TDAH, que evidencien tales deficiencias ejecutivas. En primer lugar, como he dicho, estos niños tienen serios problemas con el autocontrol, la autodisciplina, la fuerza de voluntad y la capacidad de regular su propia conducta. Por eso, necesitan que otras personas intervengan con mayor frecuencia para ayudarles a controlarse.

Este hecho explica la razón, por la que son tan difíciles de criar comparados con los niños normales de la misma edad, porque necesitan la intervención de los padres mucho más a menudo, para que éstos les ayuden a controlar su conducta. Podríamos también observar estos déficits ejecutivos en la limitada conciencia de sí mismos que ellos tienen, no aparentan ser conscientes de lo que hacen ni de la impresión que causan a otros niños o adultos, o de las consecuencias inmediatas de lo que vayan a hacer. Simplemente no pueden supervisar su conducta tan rápido, como lo hacen los demás.

Es frecuente que los niños con TDAH acaben diciendo que son mejores haciendo algo de lo que realmente son; es decir, los niños con este trastorno se discriminan positivamente en su autoevaluación y no aprecian el grado de déficit, ni las dificultades que puedan experimentar para una tarea o una situación particular

Se podrían observar dificultades con la imagen visual de hechos acontecidos anteriormente, algo que se manifestaría en una pobre retrospectiva o en la falta de capacidad para mirar atrás a su experiencia pasada, antes de decidir qué hacer en cierta situación. Tendrían también dificultades para mirar hacia delante, prever, para pensar en lo que ocurriría si optan por determinados tipos de conducta. Esto va a conllevar que sean menos capaces de anticiparse y preparar el futuro. Es como decir, que un niño con TDAH parece vivir en el ahora mismo, mientras que otros niños comienzan a desarrollar sentido del tiempo y capacidad para mirar hacia delante y comienzan a anticiparse a lo que les puede ocurrir.

Ahora entenderán la razón por la que los niños con TDAH a menudo carecen del sentido del tiempo y no son capaces de organizar sus tareas con relación al tiempo, igual que otros niños pueden hacerlo. Es posible incluso que se den cuenta de que su hijo no hable mucho sobre el ahora, sobre ayer o mañana, ni sobre cuándo hay que acabar las cosas.

Ocurre porque estos niños ni siquiera piensan en el tiempo.

A consecuencia de las dificultades con la voz de la mente, o seguir las instrucciones verbales, veríamos que a estos niños les costaría seguir órdenes y concluir tareas, siguiendo las instrucciones que otras personas les dan. Les costaría comprender la naturaleza global de lo que ven, oyen o leen.

Por tanto, verá que su hijo con TDAH parece no entender completamente lo que está leyendo, como lo entienden otros niños, y es porque no es capaz de retener en la mente la información que acaba de leer o escuchar con el objeto de asimilarla.

Como ya he mencionado, estos niños van a experimentar dificultades con el autocontrol emocional: no van a poder regular sus emociones como los demás y van a mostrar sus emociones fuertes de forma más impulsiva. Pero esta dificultad viene también asociada a problemas de motivación; es decir, no son capaces de mantener la motivación durante un tiempo, en actividades o tareas particularmente aburridas. No parece que puedan motivarse a ellos mismos y, en cambio, parecen depender de consecuencias externas con respecto a si van o no, y durante cuánto tiempo, a ser capaces de trabajar.

También observaríamos síntomas de una función ejecutiva deficiente, en las dificultades que los niños experimentan, a la hora de resolver problemas en ciertas situaciones. Si se enfrentan a una situación para la que no disponen de una solución inmediata o de medios para resolver un problema, observará que no se le ocurren tantas formas de tratar el problema como a otros niños, es decir, que son incapaces de simular o reflexionar varias opciones posibles para afrontar el problema. Por consiguiente, cabe esperar que la mayoría de los niños con TDAH, no sólo van a manifestar síntomas de inatención, distracción, impulsividad y dificultades por conducta inquieta e hiperactiva, sino que también van a manifestar numerosas dificultades con estas capacidades ejecutivas.

¿QUÉ ES EL TEMPO COGNITIVO LENTO? TCL: UN NUEVO TRASTORNO DE INATENCIÓN

Hace poco tiempo, en concreto a partir de finales de los 90 y hasta la década pasada, los investigadores han detectado lo que parece tratarse de un segundo trastorno de la atención. Hasta hace poco, pensábamos que se trataba solo de un subtipo diferente de TDAH, pero los estudios realizados en estos últimos meses, han demostrado que este otro trastorno de la atención es en realidad distinto del TDAH, y no uno de sus tipos, aunque en algunos casos pueda coincidir. A este trastorno de la atención se le denomina Tempo Cognitivo Lento, debido al lento procesamiento cognitivo. Algunas personas lo llaman TDA, o Trastorno por Déficit de Atención, aunque yo prefiero denominarlo TCL, por Tempo Cognitivo Lento. La explicación está, en que antes se llamaba TDA al trastorno general que ahora denominamos TDAH, por lo que al ser algo confuso, los investigadores prefieren utilizar la sigla TCL. Veamos entonces por qué pensamos que es un trastorno de la atención diferente, a pesar de confundirse a veces con el TDAH.

Pues en primer lugar, porque los síntomas del TCL difieren bastante de los del TDAH. Es cierto que los síntomas incluyen problemas de concentración, pero aquí pueden ver de qué tipo se tratan. Los principales son soñar despierto, estar en las nubes, mirar al vacío a menudo, procesar información de forma muy lenta e inexacta, es decir, que da la impresión de tener la mente nublada o de confundirse con facilidad.

Suelen mostrarse aletargados, lentos, letárgicos, hipoactivos e incluso somnolientos, casi lo contrario que en la hiperactividad, manifestada por un niño con TDAH. Los niños con TCL parecen confundirse con facilidad, y esto sucede porque no parecen prestar mucha atención al mundo exterior, y en su lugar, se muestran como más perdidos en sus pensamientos, soñando despiertos. El resultado es la apariencia de estar en las nubes, como si estuvieran un poco desconectados del mundo que les rodea.

Algunas pruebas muestran que cuando se pide a las personas con TCL que se concentren en una información y la procesen, tienen dificultad para elegir entre lo que es importante y lo que no. Así que creemos que el TCL está asociado con un problema con la atención focalizada, o atención selectiva, mientras que en el TDAH, en cambio, el problema radica en la persistencia en las tareas y la resistencia a las distracciones.

Los niños con TCL aparentan tener dificultades con recordar la información que han aprendido antes. Tienen problemas con la memoria a largo plazo, mientras que en los niños con TDAH se trata más bien de la memoria operativa, o de recordar lo que les han pedido que hagan.

Los niños con TCL parecen estar apartados socialmente; se muestran algo reticentes o aprensivos, a la hora de participar en relaciones sociales y pueden ser algo tímidos, posiblemente incluso ansiosos socialmente. Este patrón de conducta social difiere bastante, de la que hemos visto en niños con TDAH, que suelen ser muy charlatanes, participativos, intrusivos, disruptivos, emotivos, controladores y, en definitiva, mucho más activos socialmente.

MÁS SOBRE EL TCL

Aquí tienen algunas de las características asociadas con el TCL que lo diferencian del TDAH. El TDAH con frecuencia se asocia al trastorno negativista, o al trastorno de la conducta. El trastorno negativista alude a un patrón de conducta hostil, desafiante, discutidora. El trastorno de la conducta se refiere al comportamiento antisocial o delictivo. Los niños con TDAH son mucho más propensos a padecer estos trastornos, mientras que los niños con TCL, parecen mostrar índices menores de agresividad o TND/TC. Los niños con TCL, tampoco experimentan dificultades con la impulsividad o la inhibición, por lo que no les vemos hablar en exceso, interrumpir a otros o actuar, sin tener en cuenta las futuras

consecuencias. Los niños con TCL parecen sufrir más problemas con la auto-organización, esto es, la organización de sí mismos y de los materiales que necesitan para hacer las cosas. Además, les resulta difícil resolver problemas tanto o más que a niños con TDAH; sin embargo, no muestran tantas dificultades con la impulsividad ni con la automotivación o con la gestión del tiempo, como les ocurre a los niños con TDAH.

Las dificultades en el colegio de los niños con TCL, parecen estar relacionadas con el inicio del trabajo, así como con la precisión del trabajo que realizan.

La dificultad con empezar el trabajo, parece deberse que sueñan despiertos en exceso y no prestan atención a lo que les han dicho que hagan. La dificultad con la precisión tiene que ver con el hecho de que no procesan la información con la rapidez y exactitud que otros niños, por lo que cometen más errores en los deberes. En cambio, los niños con TDAH suelen empezar el trabajo, pero nunca lo terminan; se distraen con facilidad, pasan de una actividad a otra y, con frecuencia, se les ve despistados en las actividades y pendientes de lo que sucede alrededor de ellos en el aula. Su problema escolar responde a que no producen tanto como los demás niños y a que no terminan el trabajo que empiezan, es decir, que tienen un problema de productividad, mientras que el problema de los niños con TCL consiste más en la corrección del trabajo que realizan.

Posiblemente, los niños con TCL, encontrarán más dificultades con las matemáticas en clase, mientras que los niños con TDAH tendrán más carencias en caligrafía, lengua, lectura y ortografía.

Algunos estudios, como el que realicé hace 10 años sobre el historial familiar de los niños con TCL, sugieren que los familiares de estos niños son más propensos a sufrir trastornos por ansiedad o discapacidades del aprendizaje, mientras que los familiares de los niños con TDAH tienden más a conductas antisociales, problemas de conducta, dificultades para terminar el instituto y problemas por experimentar con sustancias adictivas, o por abuso de estas sustancias. Es posible que sufran problemas de depresión, aunque hay dudas al respecto. Ambos grupos de niños, con TCL y TDAH, ciertamente muestran una tendencia a desarrollar depresión, y esta, puede darse más entre sus familiares. Por otro lado, comparados con los niños con TDAH y con otros niños, sabemos que es más probable que los niños con TCL manifiesten síntomas de ansiedad o incluso trastornos por ansiedad.

DIFERENCIAS EN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Existen pocos estudios sobre los tratamientos que pueden ayudar a los niños con TCL, pero los pocos que existen, muestran que los tratamientos que pueden funcionar en el TDAH, no producen las mismas mejorías en los pacientes con TCL. Por ejemplo, en los estudios en los que administramos a los niños con TCL fármacos estimulantes que se utilizan para tratar el TDAH, de los cuales el 65% tomó estimulantes, descubrimos que el grado de mejoría de estos niños fue muy inferior en el caso del TCL. A pesar de paliar sensiblemente los síntomas, la mejoría era tan leve que se desaconsejó que continuaran con el tratamiento. Tan solo el 20% de los niños, respondió lo suficientemente bien al tratamiento, como para justificar que se le siguiera administrando después del ensayo clínico.

Por consiguiente creemos que los medicamentos estimulantes no perjudican al niño con TCL, pero que tampoco parece que les ayude mucho.

Mi estudio revelaba que en caso de funcionar los fármacos estimulantes, era preferible administrar pequeñas dosis, mientras que a menudo tenían que subirse de niveles moderados a dosis más altas en los casos de niños con TDAH.

Uno de los fármacos utilizados para tratar el TDAH es conocido como atomoxetina. No existe ningún estudio sobre si la atomoxetina ayuda o no a niños con TCL. Me da la impresión, de que podría merecer la pena intentar tratar a estos niños con este fármaco ya que son más propensos a sufrir ansiedad, y existe algún estudio que sugiere que la atomoxetina puede tratar la ansiedad, cuando coexiste con síntomas de TDAH. Por tanto, la atomoxetina podría ser un medicamento útil para el TCL, aunque aún no lo sabemos.

Existe otro medicamento para el TDAH que se comercializó en 2009, conocido por guanfacina XR, de liberación retardada. No constan estudios en los que se haya administrado guanfacina XR a niños con TCL. No obstante, podría servir como medicamento válido puesto que la guanfacina ciertamente parece mejorar la inatención, y quizá pudiera mejorar el soñar despierto que se aprecia en el TCL. Pero insisto, tampoco lo sabemos porque no se ha investigado.

Los estudios han puesto de manifiesto que los niños con TCL, responden muy bien a los programas de entrenamiento de habilidades sociales.

De hecho, se desenvuelven mejor que los niños con TDAH, a la hora de adquirir nuevas habilidades sociales y utilizarlas para mejorar sus relaciones con los demás. Por otra parte, algunos estudios han observado la modificación de la conducta con TCL y han descubierto, que los niños con este trastorno también responden bien, incluso mejor que con TDAH, a diversas técnicas de tratamiento de la conducta, como pueden ser sistemas de fichas, el método de coste de respuesta y tiempo fuera, u otros conocidos como modificación de conducta. Necesitamos investigar mucho más en los tratamientos que podrían ayudar a niños con TCL, pero por el momento, hay pocos estudios que nos orienten en el tratamiento recomendado.

¿CUÁLES SON LOS RIESGOS ACADÉMICOS DEL TDAH?

Hay numerosos riesgos asociados con el TDAH en la infancia y en la adolescencia. El ámbito en el que este trastorno discapacita más, es en la educación; y aquí pueden ver algunos resultados obtenidos de los estudios sobre los riesgos asociados al trastorno en el ámbito escolar. Es más probable que los niños no rindan lo suficiente en el colegio y que no acaben las tareas. Como ya he dicho antes, suelen mostrar índices bajos de productividad e índices mucho más elevados en conducta escolar inapropiada y en problemas al relacionarse con los compañeros. Como consecuencia de ello, es muy posible que repitan algún curso.

Casi la mitad de los niños con TDAH acaban por recibir algún tipo de apoyo educativo especial. Muchos estudios revelan, que es mucho más probable que estos niños no acaben el instituto. De hecho, si este trastorno no se trata adecuadamente, tienen tres veces más probabilidades de abandonar los estudios durante el instituto, que otros chicos. Alrededor de una tercera parte de los adultos en los Estados Unidos, asiste a la universidad y termina los estudios.

Vemos que sobre un 20% de las personas con TDAH posiblemente asista a la universidad, pero que sólo entre el 5 y el 10% la acaba. Esto se debe a que la universidad es muy exigente con las funciones ejecutivas cerebrales, y estas personas se desenvuelven con mucha dificultad en esta área. Sus logros académicos son inferiores a los de otras personas.

¿HAY OTROS RIESGOS DE DESARROLLO?

Existen otras áreas en cuyo funcionamiento, es posible que el TDAH interfiera. Más del 80% de los niños con TDAH sufre un segundo trastorno psiquiátrico, y más del 50% de esos niños, padecerá probablemente un tercer trastorno; es decir, por lo menos dos trastornos más aparte del TDAH. Los médicos lo llaman comorbilidad, que significa la coexistencia de varios trastornos en un mismo individuo. Por ejemplo, dos terceras partes de estos niños posiblemente desarrollen un trastorno negativista desafiante, el que les expliqué antes, que consiste, en un comportamiento hostil, rabietas, obstinación, protestas continuas, negarse a obedecer. Entonces, es normal ver que los niños afectados sufran más de un trastorno.

Un 25% de los niños con TDAH pueden ser propensos a presentar síntomas de depresión, como aquí ven, y hasta un 25% de ellos propensos a la ansiedad o a una conducta temerosa. A casi la mitad, les cuesta hacer amigos y mantenerlos. Algunos estudios revelan que hasta el 70% de estos niños, no tienen buenos amigos cuando empiezan la secundaria o el instituto, algo totalmente constatable si además acaban desarrollando el trastorno negativista o el trastorno de conducta. Trastorno de conducta es tan solo otra palabra o diagnóstico, para lo que mucha gente no entendida, considera sinónimo de delincuencia.

Los que van a desarrollar un trastorno de la conducta, o delincuencia, son mucho más propensos a experimentar con sustancias ilegales, y abusar de ellas. Y, como aquí pueden ver, entre el 10 y el 20% de los niños con TDAH como mínimo, puede desarrollar algún trastorno debido al uso de sustancias adictivas durante la adolescencia.

¿ESTÁ EL TDAH VINCULADO A PROBLEMAS DE SALUD?

Pueden ver aquí, que el TDAH también va asociado a una serie de problemas de salud. Muchos de los niños sufren un retraso en el desarrollo de la coordinación motora. Es por esta razón, junto con la inatención y la impulsividad, que suelen tener más tendencia a los accidentes y lesiones, que los demás niños y, de hecho, acuden a urgencias con mucha más frecuencia que los demás niños, precisamente por lesiones accidentales.

Durante la adolescencia, cuando dejan de ser niños y comienzan a conducir, observamos de 4 a 5 veces más multas por exceso de velocidad y un índice de accidentes al menos de 2 a 3 veces superior, entre la franja de la adolescencia a la primera juventud de los chicos con TDAH, comparados con otros adolescentes y jóvenes.

Algunas investigaciones realizadas en Suecia revelaron, que tenían más tendencia a desarrollar problemas dentales, debido a que es menos probable que mantengan un cuidado dental diario adecuado, y menos probable que acudan a visitas preventivas al dentista.

Aquí ven que el riesgo de sufrir ataques convulsivos aumenta ligeramente mayor a causa del TDAH, aunque ese riesgo es muy pequeño. Únicamente alrededor del 10 o quizá 15% o menos, puede llegar a desarrollar un trastorno convulsivo. Con respecto a los trastornos del sueño, a menudo están asociados al TDAH, aunque en parte, se deben a los problemas de conducta en la rutina del sueño, a que les cuesta prepararse para irse a la cama y quedarse en el dormitorio a la hora de acostarse. Sí es cierto que alrededor del 20 al 25% de los niños, sufren interrupción del sueño, o un trastorno del sueño real.

Se puede identificar a estos niños por el hecho de que cuando duermen roncan muy alto, parecen respirar con dificultad, padecen apnea del sueño; puede que se despierten muchas veces durante la noche, se despierten muy temprano, se encuentren cansados o somnolientos al día siguiente. Siempre que los padres detecten estos síntomas, deberían llevar a sus hijos a que le hagan pruebas por un posible trastorno del sueño.

La investigación que yo mismo realicé, fue uno de los primeros estudios en revelar que probablemente los adolescentes con TDAH, comiencen a tener relaciones sexuales con coito, alrededor de un año antes que otros adolescentes.

Es probable que estos chicos cambien de pareja a menudo y tengan más compañeros sexuales a lo largo de su adolescencia y juventud, y poco probable que utilicen métodos anticonceptivos o prácticas sexuales seguras. Por dicha razón, la probabilidad de que sean padres o madres adolescentes, es 10 veces mayor. *A grosso modo*, alrededor de un 30% de los niños de mi estudio a los que seguí hasta su edad adulta, fueron padres durante la adolescencia. Como consecuencia también de ese menor uso de contraceptivos, estos adolescentes tienen mayor probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual, que los demás adolescentes.

En general, muestran un patrón de actividad sexual de alto riesgo. Por consiguiente y como pueden ver, el TDAH, está asociado con diversos problemas de salud al margen de las dificultades de desarrollo descritas en las diapositivas anteriores.

CONCLUSIONES

Para concluir, espero que hayan aprendido que el TDAH es un trastorno relativamente prevalente en niños y adolescentes y que lo padecen aproximadamente entre el 5 y 8% de la población infantil de Estados Unidos. En gran parte, es un trastorno de dificultades en el desarrollo de la atención y la inhibición, que origina numerosos síntomas de conducta inatenta, impulsividad y, en algunos casos, hiperactividad. Sin embargo, supone además un problema más profundo en el desarrollo del cerebro y en las funciones psicológicas.

Se debe a que el trastorno está relacionado con déficits en el funcionamiento ejecutivo. Las funciones ejecutivas o capacidades ejecutivas, nos permiten regular nuestra propia conducta, lo que significa que EL TDAH, no se trata sólo de un problema con la atención y la inhibición, sino también con el funcionamiento ejecutivo y la autorregulación. Les he explicado además, que existe un segundo trastorno de la atención conocido con el nombre de Tempo Cognitivo Lento o TCL. Parece que se trata de un trastorno distinto con un tipo diferente de inatención a la que hemos visto con el TDAH, aunque en ocasiones el TCL se camufla con el TDAH, lo que significa que es posible que el niño padezca un conjunto de síntomas o trastornos.

Necesitamos investigar mucho más el TCL; ahora mismo parece que los tratamientos que pueden funcionar en el TDAH, no tienen por qué hacerlo en niños con TCL. También espero haberles dejado claro que si un TDAH no es tratado, puede conllevar más riesgo de discapacidades en muchas de las actividades principales de la vida cotidiana, como el funcionamiento familiar, las relaciones sociales, el rendimiento educativo, etcétera.

GRACIAS

Les agradezco que hayan asistido a esta charla por Internet. Espero que la hayan encontrado informativa. Y les invito a participar en otros de mis cursos de este sitio Web cuando lo deseen.

Les animo por otra parte, a visitar la página web de mi editorial Guilford.com, o cualquiera de las librerías principales, como Amazon y Barnes & Noble, si desean ver otros libros a la venta que he publicado para padres, sobre el TDAH y otros trastornos.

Gracias de nuevo por escuchar esta conferencia. Adiós.