

CONTENIDO

1. Introducción.
2. Tipo de estudios epidemiológicos.
3. Epidemiología del TDAH.
4. Aspectos evolutivos del TDAH.

1. Introducción.

Solemos desconcertarnos cuando aparecen índices de prevalencia sobre cualquier patología que se contradicen con otros aportados por fuentes supuestamente fiables. De aquí que considero muy importante que antes de abordar este tema, igual que hicimos con el anterior, sepamos qué significan conceptos como prevalencia, incidencia, morbilidad, estudios longitudinales, de cohortes etc. Intentaré dar unas nociones que puedan ser comprendidas por cualquier lector no experto, ya que estos conocimientos son importantísimos para saber distinguir lo que nos dicen, cómo nos lo dicen y hasta que punto son ciertos, o no.

2. Conceptos básicos de epidemiología.

Hablaremos sucintamente de la metodología en investigación clínica aportada por la epidemiología y seguidamente describiremos algunos conceptos básicos sobre las diferentes modalidades de estudios epidemiológicos.

A) Diseños EN investigación epidemiológica.

La investigación en clínica está orientada tanto al diagnóstico de un determinado problema de salud como a la elucidación diagnóstica o de factores de riesgo con relación al mismo. Sin embargo, dependiendo de los planteamientos del estudio, así deberemos utilizar un diseño u otro para que nuestros resultados sean fiables y válidos. Toda investigación en epidemiología sigue un a secuencia de interrogantes a los que, según la respuesta, decidimos el tipo de diseño.

La primera pregunta, en nuestro caso, sería el estudio de un **EFEECTO (E)**, el TDAH y los **FACTORES (F)** que condicionan o determinan su aparición en una población dada. En la Figura - 1 exponemos la secuencia de etapas que debemos plantearnos antes de decidir el tipo de diseño: En un primer momento la pregunta sería *¿Es el TDAH un problema de salud?* Posteriormente, realizaremos una descripción exhaustiva del mismo: se mide la envergadura del problema y se realizan las observaciones necesarias en cuanto a las diferencias entre grupos por edad, género, antecedentes personales etc. De la descripción se desprenderán una serie de hipótesis sobre la posible, o posibles, asociación o asociaciones entre diferentes factores o variables estudiadas. Dependiendo de estos datos "brutos" se decidirá el tipo de investigación: ecológica, transversal, analítica o experimental.

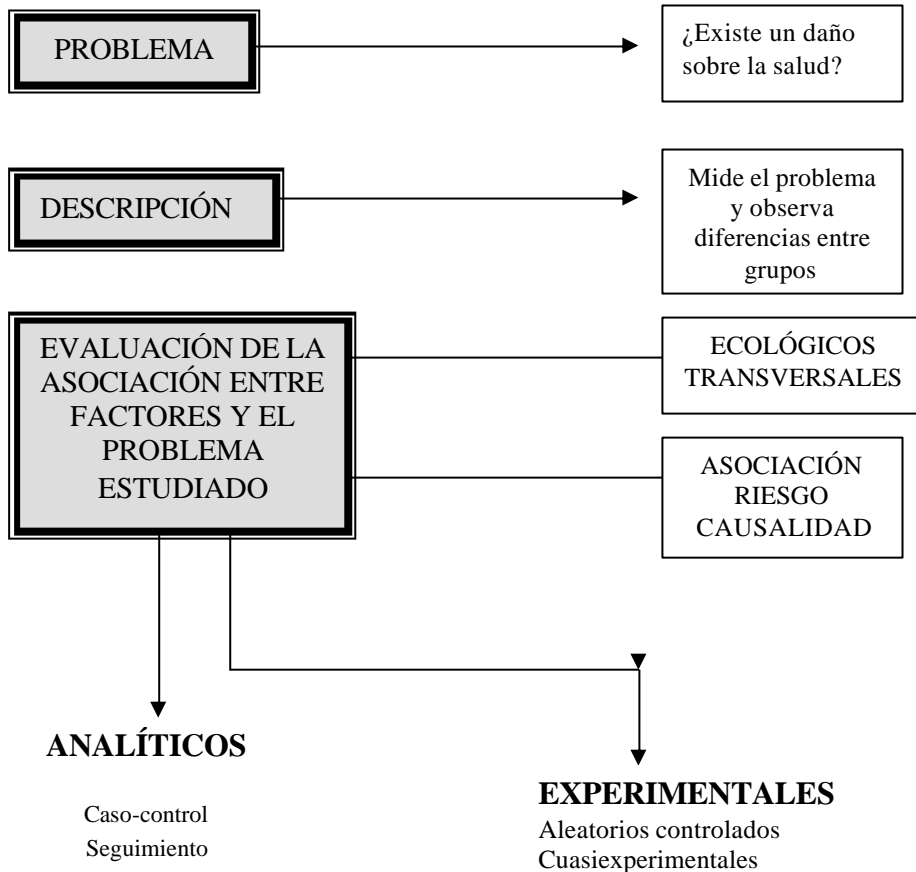
Cuando el conocimiento del problema que deseamos estudiar es escaso y/o vago en cuanto a los factores que lo produce, lo más indicado es realizar estudios descriptivos sobre el mismo, antes de decidir realizar diseños más complejos: cuanto más sepamos sobre el problema, más fácil nos resultará controlar en el diseño todos aquellos aspectos relacionados con el mismo... También ahorraremos recursos económicos en la realización de los mismos. Los estudios descriptivos que con mayor frecuencia se utilizan en clínica son los **ecológicos** y los **transversales**. Estos estudios nos proporcionará la información suficiente como para poder decidir el paso siguiente.

¿Qué son los **Diseños Ecológicos**? Se trata de investigaciones sin que exista control de asignación y sin intervención, de tipo descriptivo y en donde la información se extrae de la población y no de lo sujetos: por ejemplo, cuando realizamos un estudio sobre el suicidio recogiendo la información de las estadísticas oficiales. Son los estudios con menor control sobre las variables en estudio.

¿Qué son los **Diseños Transversales**? Igual que en el anterior diseño, se trata de estudios observacionales y descriptivos, aunque aquí los datos se estudian sobre los sujetos. Ejemplo: Cuando pasamos un cuestionario de TDAH en una población general

de niños y niñas. El problema de la inferencia de los resultados obtenidos sobre la población general queda resuelto si la muestra es aleatoria y representativa de la población de donde se ha extraído. Este aspecto es muy importante y muchas veces obviada.

Figura 1. Secuencia en el estudio de un problema de salud.



Dependiendo del control de asignación, la aleatorización y de la intervención en el diseño por parte del investigador, se podrá realizar una u otra investigación y, consecuentemente, podremos hablar de diagnóstico del problema, de asociación entre el factor y el efecto, de riesgo o de causalidad. En la Figura 2 se exponen resumidamente las circunstancias en las que se recoge la información y los diversos diseños a los que da lugar.

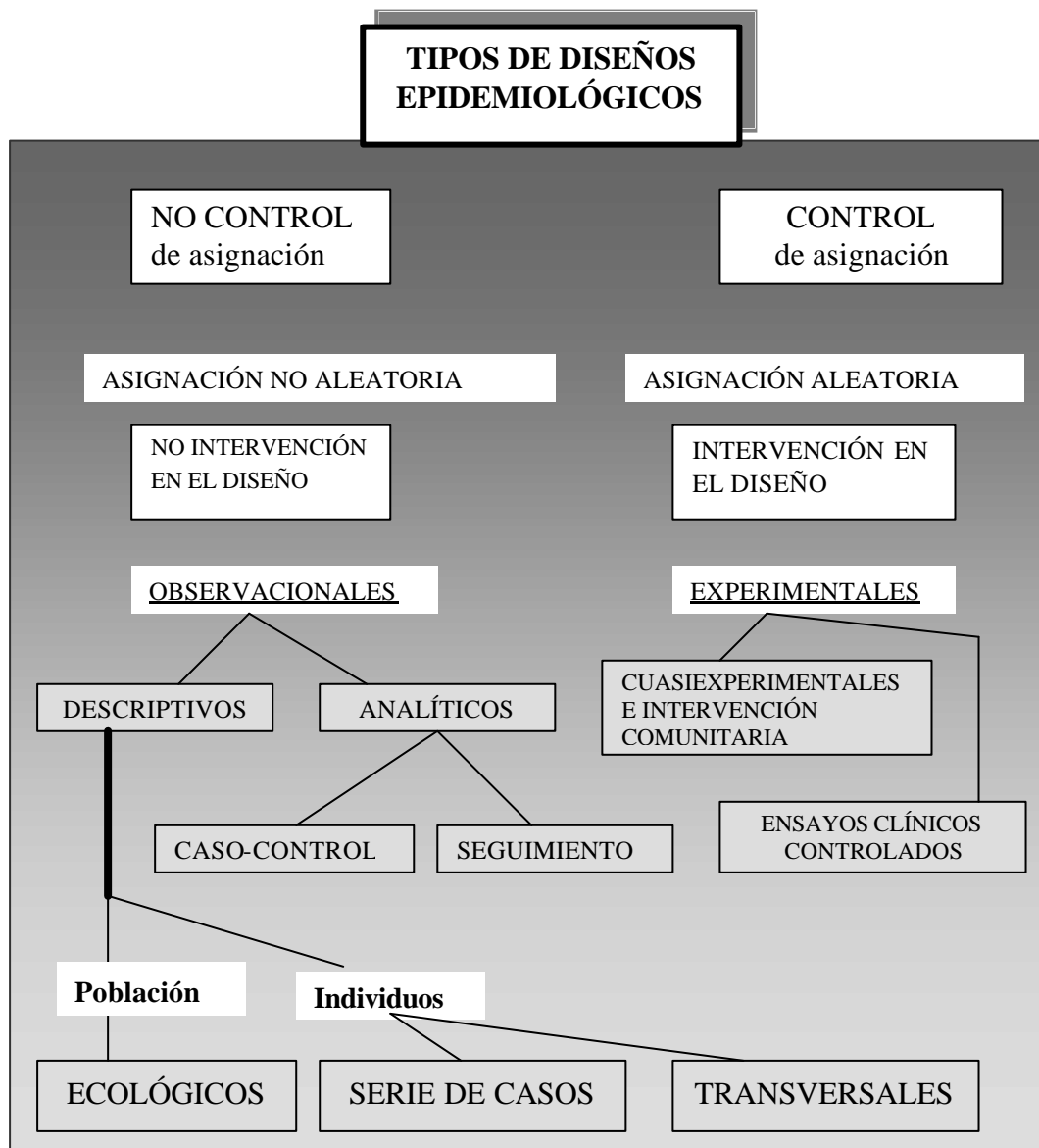
B) Información epidemiológica en función del diseño.

Una vez realizada esta resumidísima exposición sobre los diferentes diseños en epidemiología clínica y de campo, exponemos el tipo de información que nos puede dar cada uno de ellos. Como reflejamos en la Figura 3, la variable tiempo asociada al estudio es muy importante para el tipo de información epidemiológica que podemos extraer del mismo.

- Los estudios de prevalencia o transversales: Solo informan de la importancia o fuerza de asociación entre uno o varios factores y el

efecto. En nuestro caso, por ejemplo, los antecedentes obstétricos (el factor) y el TDAH (el efecto). No debemos confundir asociación con el concepto de riesgo, algo habitual en el lenguaje de los no epidemiólogos. Si en un estudio transversal encontramos que existen puntuaciones estadísticamente significativas entre antecedentes obstétricos y TDAH con respecto a un grupo control sin el efecto TDAH, no podemos afirmar que los antecedentes obstétricos sea un factor de riesgo específico para el TDAH. Igualmente, los estudios transversales nos dan información sobre la frecuencia del problema estudiado en un momento dado: prevalencia puntual. Es el número de casos encontrados en una población dividido por el número total de sujetos que la forman en ese momento. Por tanto es una proporción.

Figura 2. Tipo de diseños epidemiológicos.



- Los estudios de seguimiento o de cohortes pueden darnos información sobre la incidencia o casos nuevos durante un periodo determinado de tiempo. Igualmente, estos estudios son los que podemos utilizar para hablar de riesgo. Este puede ser calculado utilizando una tabla 2x2 como la que aparece en la Figura 4. Los conceptos más utilizados son:

Figura 3. Tipo de diseño y tiempo

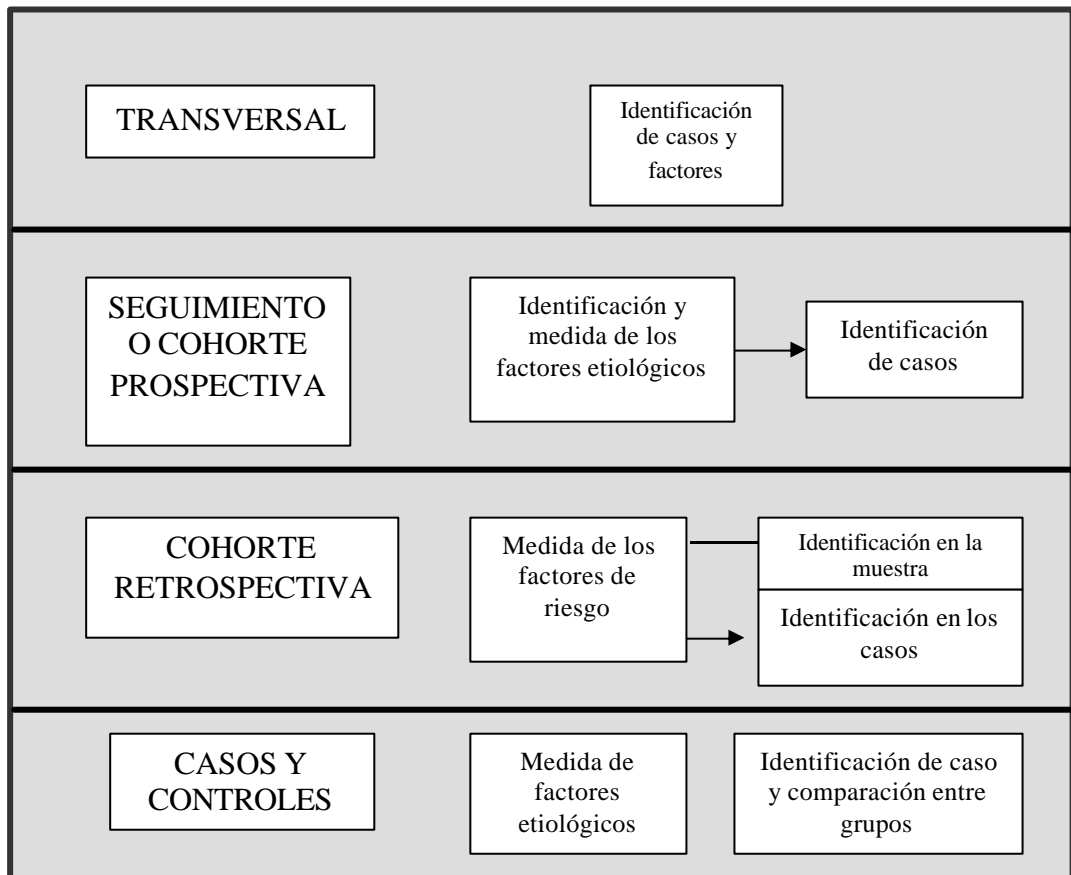


Figura 4. Tabla 2x2 para la evolución del riesgo

PRESENCIA DEL FACTOR		PRESENCIA DEL EFECTO		TOTAL
		SI	NO	
SI	a	b	a+b	
NO	c	d	c+d	
TOTAL	a+c	b+d	a+b+c+d	

- Si disponemos de los datos suficientes para completar las casillas de la tabla anterior, podemos saber cual sería Riesgo en expuestos (por ejemplo en riesgo de padecer TDAH en niños con antecedentes obstétricos:

$$RExp. = a / (a+b)$$

- Riesgo en no expuestos: (riesgo de padecer TDAH en niños sin antecedentes obstétricos):

$$\text{RnoExp.} = c / (c+d)$$

- Riesgo Relativo o Razón de riesgo (RR):

$$\text{RR} = \text{RExp.} / \text{RnoExp.}$$

- Los estudios de casos-control nos proporcionan también la posibilidad de calcular el grado de asociación y de riesgo a través de la *Razón de Ventajas, la Odd Ratio o Razón de Riesgo*:

$$\text{OR} = ad/bc$$

El riesgo Relativo solo es posible calcularlo cuando conocemos si el factor precede al efecto.

3. Epidemiología del TDAH

Tal como hemos visto, hablar de epidemiología supone que conocemos con suficiente precisión los criterios diagnósticos de la enfermedad que deseamos estudiar, así como que todos los investigadores están de acuerdo en la definición del problema que investigan. Sin embargo, hasta 1975 ninguno de estos supuestos existían. Con la publicación de DSM-III en 1980 se comienzan a definir unos criterios operativos bastante útiles para la investigación epidemiológica, aunque estos no eran aceptados por igual en Europa, más propensos a utilizar los criterios clínicos de la organización Mundial de la Salud o, simplemente, a no admitir la hiperactividad como trastorno psiquiátrico.

A pesar de las dificultades metodológicas anteriormente reseñadas existen algunas investigaciones epidemiológicas anteriores a la publicación el DSM-III dignas de mención y en las que el DSM-III basó sus criterios. Los estudios realizados hasta 1975 y recogidos en la revisión de Ross y Ross de 1982 se estimaba la prevalencia en el 3% de la población prepuberal, oscilando entre el 1 y el 6% dependiendo de si la identificación de los caso se realizaba a través de los profesores, padres o profesionales. La ratio niño/a se estimó en 8-10 a 1.

Respecto a otras variables asociadas, si bien el informe del Office of Child Development (EEUU) de 1971 afirmaba que la prevalencia no estaba relacionada con la cultura, zona geográfica ni estatus socioeconómico, Tristes en 1979 confirma a través de una investigación de campo sobre 14.083 niños y niñas de Ottawa que sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad influían variables como la edad, el sexo, la zona geográfica (sector de la ciudad) y estatus socioeconómico. El número de casos era significativamente mayor en las capas sociales más pobres, entre los también se recibían los peores cuidados obstétrico-perinatales y existían una mayor prevalencia de problemas psiquiátricos entre los padres. Por último, no parece, según estos estudios iniciales, que la mayor prevalencia se debiera al mayor grado de industrialización, como parecían demostrar las investigaciones realizadas en Japón y en las Islas del Pacífico. Estos investigadores se inclinaban por la mejoría en los procedimientos diagnósticos como la causa de la mayor prevalencia detectada.

La variabilidad metodológica en los instrumentos, los métodos de muestreo, el tamaño de la muestra deben ser considerados a la hora de analizar los diferentes resultados. La mayoría de las investigaciones se han realizado en poblaciones de niños de escuelas primarias. Los estudios que utilizan el DSM producen tasas que oscilan entre el 0,4% y el 16%, aunque lo más frecuentes es entre el 5% y el 10%. Por el contrario, los estudios

que utilizan la CIE dan una prevalencia mucho más baja que varía entre el 0,4% y el 4,2% con un promedio del 2%.

A) Década de los 90.

- SUECIA:

Kasdejo y Gilberg (1999) realizan un estudio de campo en Suecia con el objetivo de precisar la prevalencia e Suecia del TDAH, el Trastorno del desarrollo de la Coordinación (TDC) y la comorbilidad con el Déficit de Atención, Control Motor y Percepción" (DACMP). Estos investigadores ponen en evidencia el significativo solapamiento entre el TDAH y el TDC: La mitad de los niños que cumplían los criterios diagnósticos para uno de los trastornos, los cumplían igualmente para el otro. Otro aspecto importante fue la falta de coincidencia entre los problemas que los niños presentaban en casa y el colegio: Cuando los padres detectaban problemas en casa, éstos eran confirmados por los profesores en el colegio. Lo contrario no sucedía siempre.

El trastorno que mayores dificultades presentaba para la adaptación escolar y rendimiento académico fue el DACMP, siendo, igualmente, el que más puntuó en el Cuestionario de Conners.

- ALEMANIA:

En un estudio de prevalencia realizado por Essau y cols (1999) sobre una muestra de adolescentes representativos de la población general, el 2% presentaban todos los criterios para el diagnóstico del TDAH según el DSM-IV y un 15,8% cumplían, al menos, seis de los síntomas. Los adolescentes que presentaban síntomas de hiperactividad en un 50% tenían también problemas relacionados con el rendimiento académico y el 69,8% presentaban algún tipo de comorbilidad. En resumen, los mencionados investigadores afirman que los niños con TDAH presentarían, frente a controles, menor autocontrol, menor competencia autopercebida, respecto a habilidades académicas, control de conducta y sociabilidad, así como un menor vínculo emocional hacia las figuras parentales e iguales.

- AUSTRALIA:

Otro interesante estudio es el realizado por Gómez y cols (1999). Estudian la prevalencia por separado de los tres síntomas más patognomónicos del TDAH: la falta de atención, la hiperactividad-impulsividad y el tipo combinado. Los índices encontrados fueron los siguientes: para el déficit de atención el 1,6%, para la hiperactividad-impulsividad el 0,2% y para el tipo combinado el 0,6%. La relación niño/niña fue de 5:1, puntuando más los niños que las niñas en los cuestionarios.

- COLOMBIA.

En Colombia existen distintos grupos de investigación muy activos. Uno de ellos es el de Neurociencias de Antioquia. Este grupo han realizado dos investigaciones: La primera de ellas (Pineda y cols, 1999) se llevó a cabo en una población de niños y adolescentes de la población de Manizales. Se seleccionó una muestra randomizada de 540 niños de edades comprendidas entre los 4 y 17 años de una población de 80.000. Los objetivos del estudio fueron: a) estimar la prevalencia de síntomas propios del TDAH en población preescolar y escolar, b) analizar la influencia de sexo, la edad y el estado socioeconómico. Según esta investigación, el 19,8% de los niños cumplían criterios de hiperactividad según el DSM-IV frente al 12,3% en las niñas. Las diferencias no fueron significativas para el subtipo combinado.

En un estudio posterior, este mismo grupo (Pineda y cols, 2001) con el objetivo de determinar el diagnóstico se diseñó una nueva investigación. Para ello se selecciona una muestra randomizada de 184 niños y 157 niñas de edades comprendidas entre 4 y 17 años. El diagnóstico se confirmó a través de una entrevista psiquiátrica y neurológica. La prevalencia estimada fue del 17,1%, aunque con tasas diferentes para cada subtipo. Así, para el combinado fue del 9,4%, para el inatento del 6,7% y para el hiperactivo-impulsivo del 1%. La ratio masculino/femenino fue del 21,8% frente al 10,9%. Igualmente, las tasas fueron edad-dependientes: en la edad preescolar fue del 6,2%, en la edad escolar del 22,6% y en la adolescencia del 21,6%.

Más recientemente, Cornejo y cols (2005), realizan un estudio transversal en dos etapas en niños de 4 a 17 años. En la primera etapa se realizó un screening y en la segunda se pasó una entrevista clínica estructurada, así como cuestionario de Conners y valoración del CI. Los resultados fueron los siguientes: la prevalencia estimada fue del 20,4% y del 15,8% se solo eran incluidos los niños con un CI superior a 80. El más frecuente fue el subtipo combinado: 9,6%. En la escuela pública la prevalencia fue del 16,2% frente al 15,3% en la privada. Dependiendo de la edad, las tasas encontradas fueron: de 7 a 11 años, el 16,9%, de 12 a 17 años, el 14,2%. Según el sexo: en niños 20,9% frente al 10,1% en niñas y, según el estatus socioeconómico, en la clase baja, el 14,7%, clase media, el 17,4% y en la superior, el 10,7%.

- BRASIL

Tal como venimos observando, las distintas tasas de prevalencia no solo varían de un país a otro, sino dentro del propio país dependiendo de la metodología utilizada. Así Rohde y cols (1999), en una primera investigación realizada en Brasil en adolescentes sobre una población de adolescentes de 1,013 de 12 a 14 años encuentran una prevalencia del 5,8%. En ella se pone en evidencia una alta comorbilidad y problemas escolares. Por el contrario, en la investigación de Guardiola y cols (2000) la prevalencia encontrada fue del 18%, coincidiendo solamente en la alta comorbilidad entre los niños y niñas con TDAH.

- EEUU

Los estudios de prevalencia no están exentos de deficiencias metodológicas, tanto en lo que se refiere a los criterios diagnósticos, los instrumentos utilizados, la falta de homogeneidad de las poblaciones estudiadas, así como el método de selección. Estas son las conclusiones a las que llegan Scahill y cols (2000) en la exhaustiva revisión que realizan sobre este tema. Para ellos, la prevalencia rondaría entre el 2-17% de la población escolar.

En un estudio de campo realizado a través de consulta telefónica, Rowland y col (2001), observaron que un 12 % de los casos detectados ya habían sido diagnosticados, en tanto que existía una morbilidad oculta del 39% que no había consultado. Cabe la pregunta de si se trata de una morbilidad real o no. Para estos autores existe una subestimación de de la morbilidad real.

Neuman y cols (2005) estudian una muestra de gemelos cuyo objetivo, entre otros, fue determinar la edad de presentación del TDAH en este tipo de población. Estudiaron 564 familias en donde, al menos un gemelo, presentaban los criterios diagnósticos del TDAH. Las edades de los sujetos estudiados estaba comprendida entre los 7 y 17 años y se compararon con 183 familias controles. Los resultados de prevalencia total fue de 6,2% (7,4% en niños y 3,9% niñas). El subtipo inatento fue mayor en niños que en niñas, así como el subtipo combinado. La edad media de presentación se situó en los 3,5 años sin diferencias entre ambos sexos.

En un estudio longitudinal – el National Health Interview Survey – que incluye a 10.367 niños de edades comprendidas entre 4 y 17 años, Cuffe y cols (2005) estudian la prevalencia del TDAH. Los resultados fueron los siguientes: la prevalencia total fue del 4,19 % en niños y del 1,17% en niñas. Según la raza, los hispanos presentaron una prevalencia del 3,06%, los blancos del 4,33%, los niños de raza negra del 5,65%. Los investigadores llegan a la conclusión de que el TDAH varía significativamente según la raza, el género y la edad, así como que se suele asociar a otros problemas emocionales y conductuales.

Por último, Schneider y Eisenberg (2006), nos avanzan los resultados de un estudio longitudinal que comenzó en el 2002 sobre una muestra de 9278 niños. Encuentran una prevalencia del 5,44% y, contrariamente al estudio anterior, las niñas, los niños de raza negra e hispanos presentarían una prevalencia menor cuando la variable TDAH es controlada por otras variables del estudio.

- **GRAN BRETAÑA:**

Para Toreman y cols (2001) según los actuales criterios diagnósticos están produciendo una sobreestimación del TDAH. Basan su afirmación en cómo varía los resultados de prevalencia en función de si se protocoliza el diagnóstico o no. Según estos investigadores esto sería la causa de que la prevalencia oscile entre el 2 y el 25%.

Sin embargo, de otro lado también hay que tener en cuenta que, si bien la sobreestimación tiene sus consecuencias negativas, la infraestimación conlleva otros problemas de prevención ante la alta comorbilidad en la vida adulta cuando han sido niños hiperactivos, tal como se desprende del estudio realizado en **HOLANDA** POR Marijke y cols (2002).

Y para terminar este apartado, citaremos la investigación realizada en **ISRAEL** por Brook y Boaz (2005). Estos autores encuentran una prevalencia total del 15,2%, siendo para el tipo inatento del 9,7%, para el subtipo combinado del 4,5% y para el subtipo hiperactivo-impulsivo del 1%.

5. Aspectos evolutivos del TDAH.

El cómo evoluciona la semiología de cualquier enfermedad o trastorno en el tiempo es importante no solo para el diagnóstico, sino también para el tratamiento. Son muchos los cuadros psicopatológicos en la edad infanto-juvenil que van a manifestarse de una manera u otra dependiendo de la edad en la que se inician. El niño va cambiando con la edad en lo cognitivo y en lo emocional. Son estos cambios los que modulan la expresión de los síntomas. Estas observaciones son fundamentales cuando nos referimos a los trastornos del desarrollo y el TDAH, aunque no esté encuadrado entre ellos, no deja de serlo. Sin embargo, no existen investigaciones sistemáticas que haya estudiado de forma definitiva este aspecto.

- **De 0 a 5 años.**

Cuando se pregunta a los padres sobre el comportamiento de su hijo, normalmente lo describen como un niño difícil, inquieto desde siempre, difícil de controlar, que ha tolerado mal los cambios, que no ha resultado fácil tranquilizarle cuando se ha sentido frustrado por algo, que ha presentado rabietas con frecuencia y, en muchos casos, ha presentado un sueño difícil con interrupciones frecuentes durante la noche. En definitiva un niño con unas características temperamentales excitables e hiper-reactivas que han dificultado significativamente su crianza.

El comportamiento disruptivo de estos niños, desde la primera infancia, da origen a una afectación sobre la calidad de vida de la pareja, ya que su conducta interfiere bastante en las actividades lúdicas que los padres pudieran tener con otros matrimonios. No es raro que nos comenten que la pareja ha reducido sus relaciones sociales como consecuencia del comportamiento de su hijo, así como que se les etiquete de excesivamente permisivos y responsables del comportamiento del mismo.

No es infrecuente que la conducta del niño genere sentimientos de culpa y de incompetencia en los padres, incluso un cierto “rechazo” que puede alterar el vínculo con su hijo. De otra parte, las respuestas de los padres pueden oscilar entre la permisividad excesiva o medidas autoritarias e incongruentes.

- ***Etapas de educación infantil y preescolar.***

Las dificultades que presenta el diagnóstico del TDAH en esta etapa de desarrollo van a depender de la intensidad clínica del trastorno. No es raro que nos encontremos que algunos profesores lo valoren en bastantes casos como una expresión exagerada de lo que sería la normalidad.

De todas formas, son niños demasiado inquietos con una cierta propensión a los accidentes. Igualmente, en esta etapa se evidencian mayor nitidez los problemas atencionales: son niños que se despintan con estímulos poco relevantes y ante la realización de tareas monótonas y prolongadas.

En relación al juego, presentan dificultades para seguir las normas del mismo, no aceptan perder y son propensos a enfrentamientos, intentando imponer su criterio. Por ello suelen ser rechazados por los compañeros, por lo que sufren ya que no entienden el rechazo del que son objeto. Especialmente en niños, no es raro que nos encontremos con comportamientos desafiantes y opositoristas, en tanto que en las niñas se observan mejor la inatención. En esta etapa e, igualmente, donde se pone en evidencia la impulsividad y sus consecuencias negativas sobre la conducta social.

Es la edad en donde comienza a manifestarse otros síntomas frecuentes en los niños con TDAH, aunque no sean síntomas patognomónicos del mismo. Nos referimos a lo síntomas funcionales: cefaleas, dolores erráticos abdominales, cambios de humor y manifestaciones psicósomáticas en general. Las alergias también son frecuentes, así como las eczemas y dermatitis. Estos síntomas nos obligan, cuando traspasan un cierto umbral, a realizar un diagnóstico diferencial o comórbido con los trastornos afectivos y de ansiedad. De aquí la importancia de indagar en la familia de antecedentes de estos problemas psicopatológicos, ya que presentan una alta agregación familiar.

Es también propio de esta etapa en donde “aparecen” otras patologías de desarrollo que hasta ese momento habían pasado desapercibidas. Sabemos que los niños con TDAH presentarán en la mayoría de los casos dificultades de aprendizaje derivadas de su estilo cognitivo, de los problemas de atención propios de este trastorno, así como de algunos déficits como la *working memory* y la lentitud en el procesamiento cognitivo. Pero también es cierto que existe una comorbilidad muy frecuente con trastornos específicos del desarrollo que necesitarán de una intervención psicopedagógica apropiada. Los más frecuentes son: los trastornos del desarrollo del lenguaje – *dislalias*, *trastornos de la comprensión y de la producción*- trastornos de cálculo aritmético, trastornos del desarrollo motor y de la coordinación.

Todos estos problemas serán abordados en profundidad en el capítulo dedicado a la comorbilidad.

- ***Etapa de primaria.***

Si no se ha diagnosticado en la etapa de preescolar, algo más frecuente de lo que sería necesario, será durante los primeros años de primaria cuando el niño con TDAH será más o menos incapaz de seguir a algunas de las demandas que se le exigen en el aula: su hiperactividad le impedirá, más que a sus compañeros, estar en su asiento durante un tiempo suficiente, su impulsividad le hará disruptivo dando lugar a interferencias en las tareas de sus compañeros. Será el blanco de quejas de sus profesores, sin que el separe realmente hasta donde su conducta está detrás de las llamadas de atención. En esta etapa se acentúa su incapacidad para seguir las instrucciones necesarias para un buen funcionamiento de las tareas escolares grupales.

Su déficit de atención le impide concentrarse suficientemente en las tareas académicas, aunque esto puede ser fluctuante de unos días a otros. Justamente estas oscilaciones harán que algunos profesores confundan el déficit con la falta de motivación e interés por las tareas escolares.

En el plano social van a presentar problemas derivados de su impulsividad, de su hiperactividad, así como por su baja tolerancia a la frustración. Con frecuencia son rechazados en el aula y en otras actividades extraescolares, dando lugar a un deterioro progresivo de la autoestima.

Suelen ser alumnos desordenados escasamente cuidadosos con los materiales escolares, sus trabajos serán descuidados y extravián con bastante frecuencia todo lo relacionado con el material escolar e, incluso otras pertenencias personales.

Es muy importante que los profesores conozcan cuanto antes el diagnóstico y sepan situar toda esta problemática en el contexto de un problema que está fuera del control del niño y de los padres con el objetivo de demandar la ayuda necesaria. Los profesores desempeñan un papel fundamental en el diagnóstico precoz de este problema y no deben precipitarse en la realización de juicios de valor sobre la pertinencia, o no, de las pautas educativas de los padres. Desgraciadamente, aún hoy día, se culpabiliza a los padres de estos problemas del alumno, igual que hay padres que intentan culpabilizar la escuela de los problemas de su hijo.

No nos cansaremos de repetir la importancia de esta etapa escolar en el diagnóstico precoz y su tratamiento. Se evitarían gran cantidad de consecuencias negativas sobre el rendimiento académico y, lo que es más importante, sobre el desarrollo armónico de la afectividad y del autoconcepto del niño.

- ***Etapa de secundaria obligatoria (adolescencia).***

La adolescencia es una encrucijada en donde se ponen en juego todo lo que el desarrollo emocional, conductual y social ha ido acumulando. Es en sí misma una edad difícil, de contradicciones y de necesidad de autonomía, de autodefinirse, de ser uno mismo. Esto se intenta conseguir con enfrentamientos críticos a lo que ha recibido durante la infancia, tanto de sus padres como de los adultos. Sin embargo, es un enfrentamiento no tan radical y rupturista como pudiera parecer. No es de extrañar que una situación como la que acabamos de describir sea especialmente difícil en los adolescentes con TDAH.

En primer lugar, hoy sabemos, que las mejorías no son tan definitivas como hace pocos años se decía. Es cierto que la hiperactividad disminuye con la edad, aunque no tanto el déficit de atención ni la impulsividad. De aquí que la actitud de que no hay que preocuparse porque "pasa con la edad" hoy día no se puede mantener. Aunque el adolescente puede mantenerse más tiempo sentado, existe una mayor inquietud que en los controles.

Si bien las conductas oposicionistas son más frecuentes en todos los adolescentes, en el que padece de TDAH se pueden incrementar de forma especialmente significativa. Estos pueden derivar en problemas de conducta, bien de tipo disocial u oposicionista-desafiante. Dependiendo de su entorno social – red de iguales- presentan un mayor riesgo para el consumo de drogas, mayor número de problemas con la sexualidad con embarazos indeseados más frecuentes que en los controles. Estos problemas están íntimamente relacionados con la presencia o no de comorbilidad con los diferentes trastornos de conducta.

En el contexto escolar nos encontramos que son alumnos que han sido expulsados con mayor frecuencia, mayor fracaso escolar. En este sentido, suelen continuar los déficits cognitivos, lo que da lugar a una “bola de nieve”: el fracaso escolar en esta etapa no es más que el resultado de un fracaso continuado a lo largo de toda la escolaridad. Los déficits suelen ser muy variados y no tan específicos del TDAH como suele decirse en algunos trabajos.

Esta situación lo único que hace es agravar la baja autoestima del adolescente lo que le lleva a una cierta disposición a la relación social marginal, siempre que no hayamos tratado el problema tempranamente. DE AQUÍ QUE NO NOS CANSEMOS, IGUALMENTE, DE REPETIR LA NECESIDAD DE TRATAMIENTO PRECOZ E INDIVIDUALIZADO...ES DECIR AL MARGEN DE LA “ETIQUETA” DIAGNÓSTICA. EN ESTE TIPO DE INTERVENCIONES HAY QUE ACERCARSE AL PACIENTE CONTEMPLANDO SU BIOGRAFÍA, SU TRAYECTORIA PERSONAL.

BIBLIOGRAFÍA