

El Trastorno por Déficit de Atención ([TDAH](#)) es el más frecuente de los trastornos del neurodesarrollo infantil, una patología generalmente diagnosticada en la [edad infantil](#) y que afecta a entre un 6 y un 10 por ciento de los niños.

Los síntomas más frecuentes del TDAH son la falta de atención, la impulsividad y la hiperactividad, que no siempre aparecen de manera conjunta y frecuentemente suelen ir acompañados de [otros trastornos](#).

Además, se ven alteradas algunas de las tareas cognitivas como la memoria de trabajo, la inhibición (motora, cognitiva o emocional), la atención selectiva y sostenida, fluidez verbal, planificación, flexibilidad cognitiva y control de las interferencias.

Podríamos decir que las características más señaladas del niño con TDAH de los 6 a los 12 años serían:

#### 1 – Atención y concentración:

Dificultad a la hora de establecer un orden en tareas o pequeñas responsabilidades en casa.

Les cuesta "ponerse en marcha" (para vestirse, hacer los deberes?) pues se distraen fácilmente con cualquier otro estímulo.

Presentan problemas para mantener la atención hasta finalizar sus tareas (hacen dibujitos, se distraen con el lápiz?)

Pierden u olvidan cosas necesarias (agenda, abrigo, bufanda, cartera, deberes, etc.).

Parecen no escuchar cuando se les habla.

Olvidan realizar sus tareas cotidianas (Cepillarse los dientes, recoger la ropa?).



## 2- Impulsividad:

Con frecuencia actúan sin pensar.

Hablan en momentos poco oportunos o responden precipitadamente a preguntas que incluso no se han terminado de formular (delante de una visita, en clase?)

Les cuesta obedecer a las órdenes, no porque no quieran obedecer, sino porque no están atentos cuando se les formulan.

Suelen ser poco precavidos y olvidan planificar (se ponen a hacer los deberes sin el material).

## 3- Hiperactividad:

A menudo mueven los pies y las manos o se levantan de la silla.

Van de un lugar a otro sin motivo aparente.

Se balancean sobre la silla.

Juguetean frecuentemente con pequeños objetos entra las manos.

A menudo canturrean o hacen ruidos inapropiados con la boca.

Hablan en exceso.

Durante el juego les cuesta esperar su turno y jugar de forma tranquila.

Suelen ser considerados como molestos, ruidosos e infelices y tienden a resultar antipáticos y a ser rechazados por sus iguales. Los padres y los profesores, por su parte, suelen ser más autoritarios, controladores e invasivos con los niños con TDAH en comparación con los niños sin el trastorno. Por ello, aun cuando los niños con TDAH no sean agresivos o desobedientes, por sus características personales pueden sufrir experiencias interpersonales negativas, que repercutan a la larga en el desarrollo de diversos problemas sociales.

Este trastorno genera en los niños problemas escolares y sociales. En muchos de los casos suele informarse de la existencia de mal comportamiento y problemas sociales.

En España, más de la mitad de los niños con TDAH tarda un año o más en ser [diagnosticado](#) desde que aparecen los primeros signos y sólo 15 de cada 100 niños son diagnosticados en menos de seis meses.

Esta situación, según Fernando Mulas, especialista en neurología y pediatría y director de Instituto Valenciano de Neurología Pediátrica (INVANEP), tiene como principal efecto el infratratamiento y, entre otras secuelas, no tratar este problema puede conducir al fracaso escolar y a que estos niños no tengan un proceso normal de socialización, e incluso que sean más propensos a tener conductas de riesgo como a sufrir accidente o consumir drogas.

Para encontrar las causas del TDAH se debe atender a un triple enfoque: factores genéticos, circunstancias ambientales y la interacción de ambos escenarios. Los últimos estudios existentes muestran que el TDAH tiene un origen genético, con una heredabilidad media del 77 por ciento; es decir, como media, el 77 por ciento de la causa es genética, afectando a neurotransmisores y neuromoduladores, preferentemente dopamina y noradrenalina.

El enfoque integrador y multidisciplinar aborda el problema del TDAH en el niño desde los puntos de vista clínico, escolar y familiar. El [tratamiento](#) es necesariamente multiprofesional, con la colaboración de la familia, los profesores, los psicólogos, el

pediatra y el neuropediatra o el psiquiatra. Los objetivos del tratamiento son reducir los síntomas del trastorno, mitigar o suprimir los síntomas asociados (ansiedad, depresión, trastorno de la conducta), mejorar las consecuencias del trastorno (en aprendizajes escolares, lenguaje, escritura, actitud, relación social, etc) y educar al niño y a su entorno en esta problemática, mediante información exhaustiva oral y escrita.

La realidad es que estos niños suelen mostrar desde temprana edad un acusado fracaso escolar, suelen ser además niños muy impulsivos lo que, en consecuencia, lleva a los profesores y compañeros a etiquetarlos de "malos, molestos y gamberros", lo que como resultado les provoca "problema de autoestima, de conducta y emocionales". Niños que no tienen un proceso normal de socialización, e incluso que sean más propensos a tener conductas de riesgo.

## BIBLIOGRAFÍA

DuPaul, G.J.; Guevremont, D.C. y Barkley, R.A. (1991). Attention-deficit hyperactivity disorder. En T.R. Kratochwill y R.J. Morris (Eds.), *The practice of child therapy*. Boston: Allyn and Bacon.

Montague, M. and Castro, M. (2005). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Concerns and Issues». In P. Clough, P. Garner, J.T. Pardeck y F. Yuen (Edit.), *Handbook of Emotional & Behavioural Difficulties* (pp.399-415). London: SEGE Publications.