

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Manuel Isorna Folgar

MONOGRAFÍAS DA UNIVERSIDADE DE VIGO
HUMANIDADES E CIENCIAS XURÍDICO-SOCIAIS, 98

Isorna Folgar, Manuel

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) / Manuel Isorna Folgar

Vigo : Universidade de Vigo, Servizo de Publicacións, 2013

206 p. ; 17x24 cm. – (Monografías da Universidade de Vigo. Humanidades e ciencias xurídico-sociais ; 98)

D.L. VG 754-2013 - ISBN 978-84-8158-621-3

1. Hiperactividad I. Universidade de Vigo. Servizo de Publicacións, ed.

616.89-008.47/.481

Edición:

Servizo de Publicacións da Universidade de Vigo

Edificio da Biblioteca Central

Campus de Vigo

36310 Vigo

Telf.: 986 812 235

sep@uvigo.es

© Servizo de Publicacións da Universidade de Vigo, 2013

© Manuel Isorna Folgar

Printed in Spain- Impreso en España

ISBN: 978-84-8158-621-3

D.L.: VG 754-2013

Tabla de Contenido

PRÓLOGO	7
1. Cuestiones conceptuales y descriptivas	9
2. Concepto del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a través de la historia	11
3. Definición y descripción de los síntomas	13
3.1. El diagnóstico diferencial	18
3.2. Diferencias de género y niños/as adoptados/as	20
4. La importancia de un diagnóstico precoz	23
4.1. El diagnóstico	24
5. Modelos explicativos	27
5.1. Relación entre atención, funciones ejecutivas y TDAH	27
5.2. Modelos neuropsicológicos del TDAH	35
5.3. Modelos neurobiológicos del TDAH: Aspectos genéticos	41
6. Aspectos evolutivos	45
6.1. Niños/as hiperactivos/as <i>versus</i> inquietos/as	45
6.2. La forma de presentación del TDAH en un/a niño/a	46
6.3. La forma de presentación del TDAH en un/a adolescente	47
6.4. La forma de presentación del TDAH en adultos.	47
7. Falta de respuesta profesional	49
8. El/la niño/niña hiperactivo/a y las polémicas en torno al diagnóstico y tratamiento del TDAH	51
8.1. Psicofarmacologización de la vida cotidiana: presión de la “bigpharma”	54
9. TDAH y comorbilidad	59
9.1. Depresión y otros trastornos afectivos: problemas de afectividad	60

9.2. TDAH y consumo de drogas	61
9.3. Trastornos del lenguaje y de la comunicación. Problemas para el aprendizaje: fracaso escolar	65
9.4. Problemas en la conducción de vehículos	67
9.5. Tics crónicos o síndrome de Gilles de la Tourette	68
9.6. Impulsividad/agresividad: actitud oposicional desafiante	69
9.7. TDAH y trastornos de ansiedad	71
9.8. TDAH y dislexia	71
9.9. TDAH y trastorno bipolar	72
9.10. Comportamiento antisocial.	73
10. El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad	75
10.1. Niños/as adoptados/as y TDAH	77
11. Profesionales que intervienen en el tratamiento del TDAH: la multidisciplinariedad	79
12. El tratamiento	81
12.1. Tratamiento farmacológico.	81
12.2. Tratamiento psicológico/psicopedagógico: planteamiento desde la modificación de conducta	94
13. Padres, madres y profesorado como co-terapeutas	123
13.1. Orientaciones para padres y madres.	123
13.2. El papel del profesorado: cómo podemos ayudar a profesores/as	147
13.3. Actividades antihiperactividad	165
14. Conclusiones: enfoque terapéutico interdisciplinar	167
BIBLIOGRAFÍA	169
GUÍAS UTILIZADAS PARA LAS ORIENTACIONES PARA PADRES, MADRES Y PROFESORADO:	193
ANEXOS	195

PRÓLOGO

Conocí a Manuel Isorna, el autor de esta obra por su admirable actividad con los/as niños/as en el Concello de Catoira y no me podía ni imaginar que le quedase tiempo para escribir este trabajo sobre TDAH tan completo y que me ha concedido el honor de prologar.

En Medicina las definiciones de un trastorno son difíciles y en psiquiatría lo son aún más. Normalmente cada trastorno es un conjunto de múltiples problemas agrupados por unos síntomas predominantes del que apenas conocemos las causas pero que, a pesar de ello conseguimos muchas veces tratar de forma satisfactoria, aunque no siempre, lo que es un reflejo de su complejidad.

EL TDAH no es un problema nuevo ni una invención. Es un trastorno bastante frecuente que siempre ha existido aunque su clasificación y definición ha ido variando pero en el que se van logrando enfoques terapéuticos que tienen con frecuencia éxito. Pero los trastornos psicológicos y psiquiátricos tienen una connotación de la que carecen otros problemas médicos y es que están tremendamente condicionados por conceptos y dinámicas socio-culturales que hacen que lo que puede ser un problema en algunas culturas, grupos sociales o sistemas educativos en otras no lo sea o el problema sea menor. Y estas dinámicas cambian con los años incluso en el mismo grupo cultural.

En este libro los interesados encontrarán un análisis muy detallado del TDAH desde su concepto e historia, hasta el enfoque terapéutico –que se trata extensamente– pasando por la descripción de hipótesis explicativas y evolutivas.

Estoy seguro que disfrutarán de esta obra, que no solo está hecha con profesionalidad sino que desprende el cariño que Manuel Isorna tiene a los/as niños/as y adolescentes y refleja lo que le preocupa todo aquello que puede dificultar su desarrollo y educación.

D. Angel Carracedo Álvarez
Catedrático de Medicina Legal
Director de la Fundación Pública Galega de Xenómica,
Coordinador del Centro Nacional de Genotipado (CeGen-ISCIH)

1. Cuestiones conceptuales y descriptivas

La condición del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) muestra hoy un interés relevante en el campo científico y ocupa un lugar destacado tanto en la clínica como en el ámbito de las neurociencias. En las últimas décadas, el diagnóstico de los diferentes subtipos clínicos y neuro-psicológicos, así como el tratamiento de este trastorno con sus diversos modelos terapéuticos, han estado en constante revisión, de ahí la importancia de conocer los últimos avances y descubrimientos científicos relacionados con el TDAH.

La hiperactividad es un problema muy importante dentro del ámbito de los trastornos de la conducta en el/la niño/a/ adolescente, no sólo por ser una de las categorías diagnósticas que aparece con más frecuencia en la población clínica de edad escolar, sino porque, considerada en términos de morbilidad y disfuncionalidad, es uno de los trastornos psicológicos en edad escolar que más problemas de adaptación y conflictos académicos, familiares e interpersonales genera. Se trata, además, de un trastorno complejo sobre el que existe una alta discrepancia entre los distintos autores, con respecto a la relevancia de los síntomas que constituyen el núcleo del trastorno y sobre todo al tratamiento que se aplique.

Al mismo tiempo, desde el contexto de la educación escolar, la hiperactividad es un trastorno cuyo conocimiento por progenitores y profesorado podemos considerarlo fundamental y necesario, ya que es uno de los más frecuentes en niños/as de edad escolar (González, 1996; Wicks y Alien, 1997). A todo esto hay que añadir que el término “hiperactividad” se utiliza frecuentemente por padres, madres y educadores de manera inapropiada, para calificar el comportamiento de un/a niño/a en el que, comparativamente con otros/as niños/as de su entorno, existe un nivel más alto de movilidad y actividad motora, valoración que muchas veces está distorsionada y mediatizada por las características de los propios adultos, especialmente por su grado de “tolerancia-intolerancia” o “rigidez” hacia los comportamientos infantiles. Estamos, pues, ante un problema complejo que genera discrepancias no sólo en cuanto a su origen y formas de manifestación, sino también respecto al concepto mismo de hiperactividad e incluso en la denominación misma del trastorno. Esta falta de acuerdo en la terminología con que los distintos autores se refieren a la hiperactividad es reflejo de las discrepancias existentes entre los especialistas acerca del concepto, su origen y sus más importantes manifestaciones. Así, mientras que la CIE-10 considera síntomas básicos el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad, el DSM-IV plantea la posibilidad de diagnosticar un TDAH con predominio del déficit de atención y un TDAH con predominio hiperactivo/impulsivo (Miranda et al., 2005). En

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

esta línea, algunos instrumentos miden la hiperactividad atendiendo a la impulsividad e hiperactividad como elementos más destacados, mientras que los problemas de atención se miden mediante escalas diferenciadas, como es el caso del Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC), donde se define la hiperactividad como “tendencia a ser excesivamente activo, a ejecutar precipitadamente los trabajos y actividades y a actuar sin pensar” (Reynolds y Kamphaus, 2004). Esto, obviamente, representa un obstáculo tanto para el conocimiento como para su abordaje terapéutico.

Por ello, antes de analizar las diferentes estrategias de intervención utilizadas en el tratamiento de la hiperactividad, haremos algunas puntualizaciones en torno a este concepto y la sintomatología básica que lo definen y nos referiremos brevemente a las teorías más relevantes en la explicación de la hiperactividad, las posibles repercusiones de un mal diagnóstico o un retraso del mismo, así como una propuesta de diferentes estrategias de tratamiento e intervención que se derivan directamente de los distintos modelos explicativos.

2. Concepto del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a través de la historia

Ya en 1845 el psiquiatra Dr. Heinrich Hoffmann publicó un libro de 10 cuentos infantiles “Struwwelpeter” (Pedro el Melenas) en el que se describían diversos problemas psiquiátricos de la infancia y adolescencia, entre los que destacan dos casos de TDAH. En uno de ellos titulado *The Story of Fidgety Phil*, se reflejaba el caso de un niño “Felipe el inquieto” que presentaba todas las características de un TDAH de predominio hiperactivo-impulsivo. Otro poema de ese mismo libro, titulado *The Story of Johnny Head-in-Air*, relataba el caso de un niño que tenía el comportamiento propio de un paciente con TDAH de predominio inatento.



“Phil, para, deja de actuar como un gusano, la mesa no es un lugar para retorcerse”. Así habla el padre a su hijo, lo dice en tono severo, no es broma. La madre frunce el ceño y mira a otro lado, sin embargo, no dice nada. Pero Phil no sigue el consejo, él hará lo que quiera a cualquier precio. Él se dobla y se tira, se mece y se ríe, aquí y allá sobre la silla, “Phil, estos retortijones, yo no los puedo aguantar”. (Hoffman, 1854, p. 64).

Los niños con TDAH se han descrito desde el siglo XIX jerarquizando aspectos diferentes e interpretándolos de diversas maneras. En la Inglaterra del siglo XIX, con grandes cambios económicos, políticos y sociales y con una concepción articular de la infancia, se pensó que los niños con esas características experimentaban una desviación social.

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

El médico pediatra Still (1902), presentó 20 casos de estos niños con hiperactividad, dificultad para sostener la atención, reacciones violentas, agresividad y poca respuesta al castigo. Los interpretó como un defecto del control moral. En los siguientes cuarenta o cincuenta años, los mayores conocimientos en neurociencia y la experiencia adquirida en heridos en la II guerra mundial cambiaron la interpretación y se jerarquizó la hiperactividad como el síntoma dominante. Esto se produjo sobre todo con la publicación del libro de Strauss et al. (1955). La falta de pruebas de la existencia de una lesión dio origen a la lesión cerebral mínima y a la Disfunción Cerebral Mínima, que tuvo mayor éxito.

La primera edición, del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-I* (1952) incluía tan sólo dos categorías diagnósticas infantiles, ninguna hacía referencia al TDAH. En el DSM-II (1968) apareció la “reacción hiperkinética de la infancia (o adolescencia)” como un trastorno conductual de la infancia y la adolescencia. Se caracterizaba por exceso de actividad, inquietud, distracción y lapso atencional corto, especialmente en niños/as pequeños/as. Esta conducta disminuía en la adolescencia. Sin embargo, en 1980, la tercera revisión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III) jerarquizó el trastorno de la atención sobre los demás, reflejando y prevaleciendo claramente la influencia de los trabajos de Douglas (1972) sobre el déficit atencional. El énfasis ya no se ponía en la hiperactividad, sino en el déficit atencional, que podía diagnosticarse con hiperactividad (TDAH+) o sin hiperactividad (TDAH-); la hiperactividad pasó a un segundo plano; tanto que se clasificaron los/as niños/as con déficit de atención en los que tenían hiperactividad y los que no la tenían, y se consideró que los que tenían hiperactividad eran de causa neurológica y la alteración de la atención se encontraba en la atención sostenida. Se consideró que los que no tenían hiperactividad tenían afectada la atención selectiva y eran de causa afectiva.

A pesar de que la existencia del subtipo TDAH- fue validada por algunos investigadores (Carlson, 1986), la polémica desatada hizo que el DSM-III-R (1987) eliminara el concepto de distinción con o sin hiperactividad. La conceptualización quedaba como la conocemos hoy, “trastorno de déficit de atención/hiperactividad”. Este cambio eliminó la posibilidad de identificar niños/as con “déficit atencional puro” (sin hiperactividad) y niños/as con “hiperactividad/impulsividad pura” (sin déficit atencional). Una categoría adicional llamada “trastorno de déficit atencional no diferenciado” permitía incluir los trastornos de atención sin hiperactividad, aunque dentro de una categoría marginal.

El DSM-IV (1994) mantuvo la misma terminología “trastorno de déficit de atención/hiperactividad” e introdujo nuevamente los subtipos. La categoría sin hiperactividad del DSM-III reapareció. Esta nueva propuesta permite diagnosticar el TDAH en niños/as con y sin hiperactividad y con y sin déficit atencional. En la última revisión, DSM-IV-TR (2000), se mantuvieron los mismos criterios y subtipos que en el DSM-IV. Se aceptaba que los subtipos TDAH-HI y TDAH-D podían evolucionar a TDAH-C y viceversa (Capdevila, Artigas y Obiols, 2006).