

HABLEMOS DEL

TDAH

ESCUELA DE PADRES ONLINE:

"CUENTA CONMIGO"

Desde Aspathi, le damos la bienvenida a este curso, en el cual hemos incluido lo que consideramos imprescindible para que a vosotros/as, padres y madres, os sea más fácil poner os en lugar de vuestros hijos/as dando un apoyo complementario a la intervención psicoterapéutica. Nuestro objetivo es que las familias tengáis un espacio de formación y orientación para que podáis superar con mayor facilidad las situaciones que se dan día a día en casa, pero, sobre todo, queremos que empaticéis con este trastorno para que vuestros hijos/as sientan que pueden contar con ustedes.



TEMA 1. ¿QUÉ ES EL TDAH?

1.1. Definición.

El TDAH es el trastorno más común en la infancia.

Aunque parece actual, este trastorno fue descrito por primera vez a mediados del s.XIX por Heinrich Hoffman, médico alemán, que incluso dedicó rimas a un “niño inquieto” (“Der Struwwelpeter”) que no paraba de balancearse en la mesa y se escabullía de sus padres.

Bien es cierto que es actualmente cuando tenemos más instrumentos para un buen y correcto diagnóstico. Pero, ¿Qué es realmente el TDAH?

TDAH hace referencia a las siglas del Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. Es un trastorno del comportamiento, pues se manifiesta en la conducta del individuo y, además, es de base biológica, no ambiental.

Esto quiere decir que no se adquiere durante el desarrollo, si no que se manifiesta durante el mismo. Es más común en chicos que en chicas, aspecto que desarrollaremos más adelante y suele aparecer en la infancia, alrededor de los 6-7 años.

Su origen reside en el Sistema Nervioso Central, que sufre alteraciones que afectan al lóbulo frontal, una parte del cerebro encargada de regular las funciones ejecutivas.

Éstas, son la zona 0 de un individuo con TDAH. Para clarificarlo mejor, usaremos el modelo de Russell Barkley, científico norteamericano y una de las mayores eminencias reconocidas en el TDAH. Así, él distingue cuatro funciones ejecutivas afectadas por este trastorno.

A cada función ejecutiva Barkley le asigna un nombre más metafórico, que iremos aclarando a medida que vayamos describiéndolas:

- **El ojo de la mente:** Esta primera función englobaría las funciones de guía, previsión y planificación. Así, se dice de los niños con TDAH que están atascados en el presente. No tienen en cuenta ni las consecuencias futuras, ni las consecuencias que ya han sufrido al realizar esa misma acción. Asumen riesgos innecesarios, no son previsores y, por tanto, no aprenden de la experiencia como tal, diríamos que su forma de aprender no es del ensayo-error, sino más bien, mediante técnicas cognitivo-conductuales como el refuerzo positivo, por ejemplo. En palabras de Trinidad Bonet (2007): “Es como si en la playa estuvieran de espaldas a las olas, no las prevén, no actúan en base a lo que se avecina, no saltan y la ola les golpea”.

- **La voz de la mente:** Es la encargada de las funciones relacionadas con el lenguaje interno, y la regulación y la dirección. Como sabemos, existe un proceso por el cual el niño interioriza su propia regulación, desarrolla su propio pensamiento. En este sentido, podemos hablar de niños en primera infancia, unos 4 años, que se hablan a sí mismos en voz alta con el objetivo de la regulación, ya sea emocional o conductual. Este proceso se desarrolla de tal forma que, posteriormente, se susurran a la edad de 7 años y pocos años después llegan al lenguaje interno, su pensamiento. Este pensamiento permite autorregularnos y dirigir nuestra conducta. Los niños con TDAH suelen tardar más en desarrollar esta función, por lo que suelen hablar en un volumen más alto, y con más intervenciones de lo normal. Su lenguaje, por tanto, está menos internalizado y, en ocasiones, ese lenguaje interno no cumple sus cometidos de regulación o dirección de conducta.
- **El corazón de la mente:** Esta función sostiene las tareas cognitivas dirigidas al control emocional, al tiempo de espera y al ajuste de la reacción. Los niños TDAH, por lo general, presentan las emociones de una manera mucho más intensa que otros de su misma edad, tienen dificultades para controlarlas, e inhibirlas cuando es necesario; les resulta difícil ajustar las emociones al contexto en el que se encuentren. Además, a los niños con TDAH les cuesta desarrollar lo que llamaríamos la motivación intrínseca, por lo que necesitan, en ocasiones, un factor externo que les motive. Se suele usar, como ya hemos dicho, el refuerzo positivo, que funciona mucho mejor si la recompensa es algo material.
- **El juego de la mente:** Por último, nos encontramos con esta función ejecutiva, cuyo cometido es desarrollar las áreas relacionadas con la capacidad para manejar la información, la capacidad de análisis y síntesis y el proceso de planificación y resolución de problemas. Así, se refiere a la capacidad de manejar la información, de descomponerla para elegir la mejor o la manera más ajustada al contexto, de realizar una acción. Esta habilidad la desarrollamos desde el nacimiento hasta la treintena. Está relacionada con la memoria de trabajo, la capacidad de sintetizar, de analizar la información. A los niños con TDAH les cuesta tomar decisiones, planificar acciones, etc. Una de las consecuencias es que no se fijan en los detalles que aparecen en un contexto concreto que pueden marcar el realizar una u otra acción.

Como vemos, son muchas las áreas afectadas por el TDAH y bastantes las consecuencias. Pero, ¿cómo se manifiestan estas consecuencias en la conducta del niño o del individuo con este trastorno?

Todo esto que hemos estado hablando se resumiría en áreas concretas: El déficit de atención, la impulsividad cognitiva y la hiperactividad.

El primer aspecto hace referencia a la dificultad que presentan algunos individuos que sufren este trastorno para mantener la atención, se les considera niños que se distraen con facilidad y se aburren fácilmente. El segundo aspecto hace referencia a la impaciencia que muestran algunos niños, interrumpen en frecuentemente, hablan excesivamente, no atienden a consecuencias, etc.

Por último, nos encontramos con la hiperactividad. Estos niños tienen un alto grado de actividad motora, son inquietos, están en continuo movimiento y parecen ser incansables.

Como apunte, es necesario decir que este trastorno puede ocasionar graves dificultades sociales, personales y cognitivas al individuo que lo sufre, por lo que es necesario un mayor hincapié en cuanto a su detección se refiere. El TDAH puede repercutir de manera muy perjudicial en los distintos ámbitos vitales (familia, escuela, social) por lo que es muy importante contar con agentes educativos y sanitarios que lleven a cabo un proceso diagnóstico de calidad.

1.2. Etiología del TDAH

Este apartado, en particular, es bastante confuso. Aunque se sabe que la genética influye en el trastorno y el ambiente influye en el desarrollo del mismo, y que el incorrecto desarrollo con certeza no se sabe aún las causas por los que aparece.

Numerosos estudios han intentado contestar a la pregunta: ¿Qué es lo que provoca este déficit? Y casi todos han llegado a identificar las mismas características: su heterogeneidad y su carácter multifactorial.

No hay una causa, si no varias. Soutullo (2007) identificó una serie de factores de riesgo:

- Causas genéticas: El coeficiente de heredabilidad del TDAH se sitúa en 0,76 lo que significa que, si un niño tiene TDAH, hay una probabilidad cercana al 80% de que la causa sea genética. En cuestiones de prevalencia, se han encontrado evidencias significativas de este factor genético. Así, el riesgo de tener TDAH si se tiene un hermano gemelo se multiplica por 12 a 16. Si se encuentran antecedentes de primer grado (padres o hermanos no gemelos) el riesgo se multiplica por 5 a 8 y si algún familiar de segundo grado tiene TDAH el riesgo

sería el doble. También se han encontrado evidencias que asocian el coeficiente intelectual de los padres y si han desarrollado trastornos de conducta con la aparición del TDAH. Este factor genético dependería de la presencia de una serie de genes en cromosomas diversos y que varían en el número de copias. Es un trastorno, pues, de herencia poligénica, ya que intervienen diversos genes en la aparición del mismo. Uno de los más probables de ser el causante del TDAH es el gen DRD4*7 que es el responsable de producir el receptor D4 que se encarga del neurotransmisor dopamina. Aunque el gen puede ser defectuoso en personas sin ningún tipo de trastorno, la probabilidad aumenta cuando se trata de personas que sufren TDAH (50/60%).

- Factores prenatales o perinatales: Estos factores estarían relacionados con aquellos aspectos que se suceden durante el embarazo o cerca del nacimiento. Estos aspectos serían:
 - o Bajo peso al nacer: este aspecto influiría sobre manera y es que el riesgo de tener TDAH si al nacer tu peso es anormalmente bajo es de 3 veces más.
 - o Tabaco, alcohol o drogas durante el embarazo: Estas sustancias, como todo el mundo sabe, dañinas, pueden incrementar el riesgo de que los niños sufran TDAH. En concreto, si la madre fuma durante el embarazo, el riesgo de sufrir TDAH se multiplicaría por 3, el alcohol incrementaría el riesgo de tener en TDAH en 2,3 veces más probable y si se han tomado sustancias como las drogas el riesgo se incrementaría en 1,3 veces más probable.

- Causas neuroquímicas: El origen del TDAH, según diversos estudios y como hemos adelantado anteriormente, reside en fallos en las sinapsis cerebrales en el córtex prefrontal, los ganglios basales y las conexiones estriadas. En el córtex prefrontal se encuentran las neuronas encargadas de controlar la atención, la memoria de trabajo (a corto plazo) y la inhibición de respuestas. En los niños con TDAH, las conexiones relacionadas con la atención son menos activas y más pequeñas y la memoria de trabajo no funciona tan bien como en aquellos individuos sin ningún tipo de trastorno, por lo que el procesamiento de la información se lleva a cabo no del todo correctamente. La corteza prefrontal también regula las funciones ejecutivas, como hemos visto anteriormente. Los ganglios basales son los encargados del control de los impulsos. Los niños con

TDAH tienen los ganglios basales más pequeños que la mayoría, por lo que les cuesta más controlar sus impulsos e inhibir sus respuestas, además de regular su conducta o no prestar atención a estímulos irrelevantes del entorno.

1.3. Prevalencia

Desde los años 90 se llevaron a cabo numerosos estudios relacionados con la prevalencia del TDAH. Intentaremos resaltar los estudios más recientes para una mejor representación de los resultados. En primer lugar es necesario decir que realizar un estudio sobre la prevalencia de este trastorno es bastante complicado. Esto se debe a multitud de factores, tales como, por ejemplo, el sistema de clasificación utilizado, las características socioculturales de la población, la metodología usada para la evaluación del trastorno, el tipo de información que se utiliza como fuente, etc.

Así, como vimos anteriormente, el CIE-10 tiene unos criterios más restrictivos en cuanto al diagnóstico del TDAH se refiere, que el DSM-IV o el DSM-V. No es de extrañar, por tanto, que encontremos una mayor prevalencia en estos últimos que en el sistema utilizado en Europa.

Así, según la OMS, órgano que se encarga de elaborar el CIE-10, la prevalencia del TDAH es de un 1-2%. Por otro lado, el DSM-IV establece la prevalencia en torno a un 3-7%. Por último, y este es uno de los últimos estudios recientes, el DSM-V establece la prevalencia sobre un 5,29% en niños y un 2,5 en adultos. Según un estudio realizado por Wittchen, la prevalencia del TDAH en Europa se sitúa en un 5%.

En España son muchos los estudios realizados con el objetivo de calcular la cantidad de individuos afectados por este trastorno. Uno de los más recientes, realizado por Catalá López establece la prevalencia en España en torno al 6,8%. Además de este estudio, podemos encontrar otros realizados a nivel de comunidades autónomas. Así, en un estudio realizado en Mallorca, Cardó encontró una prevalencia en torno a un 4,6%. En las Islas Canarias, un estudio realizado por Jiménez y compañeros estableció una prevalencia en torno al 4,9%. En Sevilla, y aunque antiguo, merece ser resaltado, se llevó a cabo un estudio de la prevalencia por Benjumea y Mojarro, arrojando unos datos que oscilaban entre el 4 y el 6%.

Por último, es necesario destacar las diferencias de género que encontramos en torno al TDAH. Según Soutullo (2007), son diagnosticados muchos más niños que niñas. La relación que se establece es la siguiente: para el subtipo hiperactivo descrito por el DSM-IV es de 4:1; para el subtipo inatento de 2:1. En general, las cifras son similares. 4 niños por cada niña. Esto puede deberse a que las niñas suelen experimentar un

TDAH de tipo inatento y no suelen llamar tanto la atención como los niños que sufren algún trastorno de tipo hiperactivo y que son más fácilmente identificables.

1.4. Mitos y Realidades

MITO: EL TDAH es solo falta de voluntad; Los TDAH se centran en aquello que les interesa, así que también podrían concentrarse en cualquier otra área, si quisieran.

REALIDAD: El TDAH es un trastorno que implica el deterioro Es un trastorno complejo que implica el deterioro de la concentración, la organización, la motivación, la modulación emocional, la memoria y otras funciones del sistema de control cerebral. De hecho, el mandarles mensajes de ese estilo, puede empeorar el pronóstico y afectar negativamente al autoconcepto y autoestima de la chica o el chico.

MITO: El cerebro de las personas con TDAH es hiperactivo y necesita un medicamento para calmarlo.

REALIDAD: En realidad, muchas veces es al contrario. El cerebro de estas chicas o chicos suele tener un déficit en el transmisor de la dopamina, es decir, algo así como una hipoactividad de las redes de control cerebral, por lo que los medicamentos intentan equilibrar ese déficit, aumentando así el estado de alerta y mejorando la comunicación en el sistema de control cerebral.

MITO: El TDAH es, simplemente, una etiqueta que se adjudica a los problemas conductuales a fin de describir a los niños que se niegan a quedarse quietos y no están dispuestos a escuchar a sus profesores o a sus padres.

REALIDAD: Muchos niños con TDAH tienen pocos problemas conductuales. Los síntomas de la falta crónica de atención puede causar problemas más graves y duraderos en el aprendizaje y en las relaciones de los sujetos afectados.

MITO: Los sujetos que tienen TDAH de niños lo superan al llegar a la adolescencia.

REALIDAD: A menudo los deterioros debidos al TDAH no son muy apreciables hasta la adolescencia, cuando se requiere más autocontrol en el colegio y en otros escenarios. De hecho, hay muchas chicas y chicos que si son muy competentes cognitivamente y son predominantemente inatentos pueden pasar la educación primaria sin problemas y empezar a aflorar su TDAH a los 12 o 13 años. Además, el TDAH puede ser sutil pero más discapacitante durante la adolescencia que en la infancia. Pueden surgir problemas de ansiedad, síntomas depresivos, autoestima baja, etc.

MITO: A menos que haya sido diagnosticado de un TDAH cuando era pequeño, no lo puede padecer en la edad adulta.

REALIDAD: Muchos adultos han luchado a lo largo de sus vidas con un TDAH no diagnosticado. No han recibido ayuda porque se suponía que sus dificultades crónicas se debían a problemas de carácter, como pereza o falta de motivación.

MITO: Todo el mundo tiene síntomas de TDAH y cualquiera que tenga una inteligencia adecuada puede superar estas dificultades.

REALIDAD: El TDAH afecta a las personas con cualquier nivel de inteligencia. Aunque todos tenemos en ocasiones síntomas de TDAH, este diagnóstico sólo está justificado en las personas que tienen un deterioro crónico como consecuencia de sus síntomas.

MITO: Una persona no puede tener un TDAH y depresión, ansiedad u otros problemas psiquiátricos

REALIDAD: Una persona con un TDAH tiene seis veces más probabilidades de tener otro trastorno psiquiátrico o trastorno del aprendizaje que el resto de las personas. El TDAH se superpone habitualmente a otros trastornos.

MITO: Es probable que los medicamentos utilizados en el TDAH causen problemas a más largo plazo, como abuso de sustancias adictivas u otro tipo de peligros para la salud, especialmente cuando son utilizados en niños.

REALIDAD: Los riesgos de utilizar los medicamentos apropiados para tratar el TDAH son mínimos, mientras que los riesgos de no utilizarlos son significativos. Los medicamentos utilizados actualmente para el TDAH se encuentran entre los mejores investigados para cualquier trastorno.

MITO: El TDAH no provoca un gran perjuicio en la vida de una persona.

REALIDAD: El TDAH no tratado o mal tratado provoca un deterioro importante del aprendizaje, la vida familiar, la educación, la vida laboral, las interacciones sociales y la conducción segura. La mayoría de los sujetos con un TDAH que reciben tratamiento adecuado funcionan bastante bien.