



11^a
EDICIÓN

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD RAFA GUERRERO

ENTRE LA PATOLOGÍA Y LA NORMALIDAD

NUEVA EDICIÓN
TOTALMENTE
REVISADA Y
ACTUALIZADA



LIBROS CÚPULA

TRASTORNO POR
DÉFICIT DE
ATENCIÓN CON
HIPERACTIVIDAD
RAFA GUERRERO

**ENTRE LA PATOLOGÍA
Y LA NORMALIDAD**

**NUEVA EDICIÓN TOTALMENTE
REVISADA Y ACTUALIZADA**

LIBROS CÚPULA

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal).

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con CEDRO a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

© del texto: Rafa Guerrero, 2016

© de las fotografías: Shutterstock

© de las ilustraciones: José Carlos Muniz da Cunha, Elisa Munsó y Sergio Cordero Cañizares. Gráficas de la pág. 95 y pág. 190 cedidas por Alberto Fernández Jaén.

Diseño y maquetación de interior: Rudesindo de la Fuente

Diseño de cubierta: Planeta Arte & Diseño

Fotografías de cubierta: © Shutterstock

Nos hemos esforzado por confirmar y contactar con la fuente y/o el poseedor del *copyright* de cada foto y la editorial pide disculpas si se ha producido algún error no premeditado u omisión, en cuyo caso se corregiría en futuras ediciones de este libro.

Primera edición en esta presentación: noviembre de 2021

© Editorial Planeta, S. A., 2021

Av. Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona (España)

Libros Cúpula es marca registrada por Editorial Planeta, S. A.

Este libro se comercializa bajo el sello Libros Cúpula

www.planetadelibros.com

ISBN: 978-84-480-2889-3

Depósito legal: B. 11.733-2021

Impresor: Huertas

Impreso en España – *Printed in Spain*

El papel utilizado para la impresión de este libro es cien por cien libre de cloro y está calificado como papel ecológico.

ÍNDICE

Preámbulo , por José Ramón Gamó	17
Prólogo , por Joaquín Fuster	19
Introducción , por Luis Rojas Marcos	25
Introducción al TDAH	29
Capítulo 1. Evolución histórica y mitos sobre el TDAH	37
Breve historia del TDAH	39
El TDAH en las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales	42
Mitos sobre el TDAH	44
Capítulo 2. El cerebro de los niños con TDAH	47
¿Qué es el cerebro?	49
Modelo pedagógico de los cuatro cerebros	50
Cerebro rojo	52
Cerebro verde	53
Cerebro azul	55
Cerebro amarillo	57
¿Cómo es el cerebro de un niño con TDAH?	59
Neurotransmisores implicados en el TDAH	61
Capítulo 3. Entrando en materia: ¿qué es el TDAH?	63
Aspectos introductorios del TDAH	65
Características cognitivas y conductuales de los niños con TDAH	68
Concentración	69
Planificación y organización de tareas	69
Autocontrol: inhibición de pensamientos y conductas	70
Memoria operativa	71
Reconocimiento e identificación de emociones	71
Control interno del tiempo	72
Automonitorización	72

Perseverancia y capacidad de esfuerzo	72
Automotivación	73
Dificultades para aprender de experiencias pasadas	74
Problemas en la interacción social	74
Edad de inicio.....	75
Prevalencia.....	77
Etiología.....	79
Evolución y pronóstico del niño con TDAH	82
El TDAH en la adolescencia y en la vida adulta	85
Capítulo 4. Evaluación, diagnóstico y tratamiento del TDAH	89
Límites confusos: ¿qué es patología y qué es despiste?.....	91
Evaluación del TDAH	93
Pruebas estandarizadas para evaluar la atención.....	96
Diagnóstico de TDAH	99
Clasificaciones diagnósticas del TDAH	100
Comorbilidad	106
Tratamiento	107
Capítulo 5. La atención como proceso psicológico	111
La atención en la vida cotidiana	113
¿Qué es la atención?.....	114
Concentración y atención	118
Tipos de atención	120
Atención selectiva	120
Atención focalizada	120
Atención sostenida o continuada	121
Atención dividida	122
Atención alternante	123
Atención excluyente o de inhibición.....	124
Desarrollo evolutivo de la atención	124
Factores que determinan la atención	128
Orientaciones sobre la atención.....	131
Actividades para mejorar la atención	133
Ejercicios para mejorar la atención selectiva y focalizada.....	135
Ejercicios para mejorar la atención sostenida	141
Ejercicios para mejorar la atención dividida	145
Ejercicios para mejorar la atención alternante.....	146
Ejercicios para trabajar la atención inhibitoria.....	148
Capítulo 6. Funciones ejecutivas: ¿qué son y cómo trabajarlas?.....	151
Historia de las funciones ejecutivas.....	153
Concepto de funciones ejecutivas.....	155
Las funciones ejecutivas en el TDAH	156

La corteza prefrontal.....	156
¿Cuáles son las funciones ejecutivas?	158
Concentración.....	158
Inhibición.....	164
Memoria operativa	168
Flexibilidad cognitiva	173
Planificación.....	176
Pruebas estandarizadas para evaluar las funciones ejecutivas.....	180
Juegos para desarrollar las funciones ejecutivas	180
Capítulo 7. Orientaciones para padres	183
¿Cómo explicarle a mi hijo que tiene TDAH?	185
Establecer normas y límites en casa.....	187
Dar solamente una instrucción.....	188
Dejarles tiempo para procesar	189
Fragmentar las tareas y hacer descansos cerebrales.....	190
Seguimiento del ámbito escolar	191
Buen uso y gestión de los dispositivos tecnológicos	192
Favorecer su automonitorización.....	193
Estimular la curiosidad de nuestros hijos	194
Jugar es importante.....	194
No mezclar los diferentes ámbitos.....	195
Potenciar las habilidades positivas del niño	196
Hábitos sanos: dieta equilibrada, descanso y practicar algún deporte.....	197
Sé experto en TDAH.....	198
Formar parte de una asociación de TDAH.....	198
Los padres sois modelos para vuestros hijos	199
Invertir en futuro	200
Autoexamen	200
Jaque mate al TDAH.....	201
Capítulo 8. Orientaciones para maestros	203
Realizar descansos cerebrales.....	206
Todos los alumnos son importantes.....	208
Realizar un buen seguimiento del niño con TDAH	209
Hacer (un buen) uso de la agenda.....	210
Situarnos en la zona de desarrollo próximo del niño	212
Realizar una buena orientación académica y profesional	212
Recibir formación sobre el TDAH	213
Motivar al niño y cuidar nuestra relación con él.....	214
Ubicación del niño con TDAH en el aula	216
Asignarle un compañero ayudante.....	217
Reducir la carga de deberes.....	217
Ayudarles a mejorar y potenciar su concentración	218

Adaptar los ejercicios y exámenes del niño con TDAH.....	219
La repetición de curso en los niños con TDAH.....	222

Capítulo 9. El ámbito socioemocional en el niño

y adolescente con TDAH.....	223
Importancia de los aspectos sociales y emocionales.....	225
Características socioafectivas de los niños con TDAH.....	227
Vivir constantemente en una montaña rusa.....	227
Dificultad para identificar emociones.....	228
Baja tolerancia a la frustración.....	230
Dificultad para asumir sus propios errores.....	231
Baja autoestima.....	231
Dificultades en las relaciones sociales.....	233
Alteraciones motivacionales.....	235
Inteligencia emocional.....	236
¿Cuáles son las emociones básicas?.....	238
Actividades para mejorar la gestión emocional.....	239

Capítulo 10. El TDAH desde dentro: expertos, familias, asociaciones y afectados.....

asociaciones y afectados.....	243
Reflexiones de expertos sobre el TDAH.....	245
Manifestaciones clínicas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (<i>José Ángel Alda</i>).....	245
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (<i>Russell Barkley</i>).....	248
Diagnóstico y banalización del TDAH (<i>Alberto Fernández Jaén</i>).....	249
Abordaje familiar del TDAH (<i>Sonia López Arribas</i>).....	250
TDAH: un trastorno de nuestro tiempo (<i>María Jesús Mardomingo Sanz</i>).....	252
Un trastorno real y discapacitante con un tratamiento eficaz (<i>Daniel Martín Fernández-Mayoralas</i>).....	255
Funciones ejecutivas: dirigiendo la orquesta cerebral (<i>José Antonio Portellano</i>).....	256
Evaluación del TDAH (<i>Josep Antoni Ramos-Quiroga</i>).....	257
Técnicas de neuroimagen en el TDAH (<i>Katya Rubia</i>).....	258
TDAH, mecanismos de neurotransmisión y neuromaduración (<i>Jordi Sasot Llevadot</i>).....	260
El TDAH: hechos y datos (<i>César Soutullo Esperón</i>).....	261
Reflexiones de familiares de niños y adolescentes con TDAH.....	263
TDAH: siglas indescifrables (<i>Carmen</i>).....	263
La experiencia de tener un hijo con TDAH (<i>Carlos</i>).....	265
Disfrutar del camino hasta llegar al destino (<i>Rosa y José Antonio</i>).....	267
La lucha por comprender el TDAH (<i>Gema</i>).....	269
Aprendiendo de ti (<i>Esther y Jordi</i>).....	272

Un largo camino (<i>Margot</i>)	272
Reflexiones de asociaciones de personas con TDAH.....	275
Las familias y el TDAH (<i>Fulgencio Madrid Conesa</i>).....	275
Las personas con TDAH son mucho más que estas siglas (<i>Isabel Rubió</i>).....	276
Implicación familiar en el TDAH (<i>Equipo de la Fundación CADAH</i>)...	277
Casi...20 años de ANSHDA (<i>Teresa Moras Citores</i>).....	279
La labor de las Asociaciones de afectados por TDAH (<i>Carmen Engerman</i>).....	280
Reflexiones de los verdaderos protagonistas: los afectados por TDAH ...	281
El demonio (<i>Joan, 10 años</i>)	281
Soy un niño normal (<i>Álvaro, 12 años</i>)	283
Ideología de un adolescente con TDAH (<i>Alejandro, 16 años</i>).....	284
Lo peor es engañarse (<i>Pedro, 16 años</i>).....	285
Carta dirigida a los padres	286
Agradecimientos	289
Referencias bibliográficas	293
Recursos en Internet	299

CAPÍTULO 1

EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y MITOS SOBRE EL TDAH

DSM 5

DSM III

DSM I

BREVE HISTORIA DEL TDAH

Aunque hoy en día el TDAH está en boca de todos y es muy frecuente oír hablar de él en los diferentes medios de comunicación y entre los especialistas, es un trastorno que tiene más historia de la que podamos imaginar. Como se verá a lo largo del presente capítulo, las alusiones a cuadros similares a lo que hoy se conoce como TDAH se remontan a hace, por lo menos, dos siglos. Claro está que no se referían a él con el nombre que utilizamos en la actualidad, aunque sí que hacían descripciones de comportamientos de niños que tenían unos síntomas muy parecidos a lo que hoy conocemos como TDAH.

Históricamente hablando, encontramos los primeros escritos sobre el TDAH en una obra del médico escocés Sir Alexander Crichton que data del año 1798. En dicha obra, que tenía por título *Una investigación sobre la naturaleza y el origen de la enajenación mental*, Crichton describía los síntomas de lo que hoy conocemos como TDAH con presentación inatenta. A esta manifestación le dio el nombre de *mental restlessness* (inquietud mental), y ponía el acento en la dificultad de los chicos que la padecían para poder prestar atención de manera correcta.

En 1845, el alemán Heinrich Hoffman, médico psiquiatra, escritor e ilustrador de cuentos, publica la obra *Der Struwwelpeter*

(*Pedro Melenas*), una recopilación de diez cuentos sobre diferentes problemas y patologías en la infancia. Uno de estos relatos se titula *Felipe el nervioso* y en él se describen los problemas de atención e hiperactividad de este niño. A continuación, se extrae un párrafo de esta historia:

«Felipe, 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 (1845)

En 1899, Clouston sostenía que este trastorno de hiperexcitabilidad se debía a una disfunción en el córtex cerebral. Unos años más tarde, en 1902, George Still, médico inglés, publica un artículo en la prestigiosa revista *Lancet* donde describe a un grupo de niños con una serie de síntomas muy parecidos a lo que hoy denominamos TDAH con presentación combinada, es decir, niños con inatención, muy movidos, que no tenían en cuenta a sus compañeros, insensibles a las consecuencias de sus acciones, etc. Es la

primera descripción científica sobre el TDAH. Este pediatra inglés ya anticipaba que la etiología de estos síntomas no estaba basada en la educación que recibía el niño de sus padres, sino que era un trastorno neurológico en el que la herencia jugaba un papel muy importante. Según Still, estos niños tenían dificultades para organizarse, para realizar conductas que suponían un esfuerzo voluntario, y tenían graves problemas para inhibir sus impulsos.

En 1937, el psiquiatra estadounidense Charles Bradley descubre por casualidad los efectos que tiene la administración de una anfetamina (benzedrina) a un grupo de jóvenes indisciplinados de un internado. Estos chicos manifestaban problemas de conducta y obediencia. Pocos días después, Bradley pudo comprobar que la anfetamina administrada había mejorado la conducta de los jóvenes y su rendimiento académico también mejoró considerablemente.

En los años cuarenta se comprobó que algunas sustancias y medicamentos presentaban en ocasiones reacciones paradójicas: por ejemplo, se había visto que los estimulantes tipo anfetamina, que en la población general producían inquietud y activación, hacían que los niños con hiperactividad se relajaran. En cambio, los calmantes como el fenobarbital, que en la población general provocan relajación y disminución de la ansiedad, en estos chicos tenían un efecto estimulante. Con estos hallazgos se empezó a administrar psicoestimulantes a niños con TDAH. Es concretamente en 1945 cuando se sintetiza por primera vez el metilfenidato, el principio activo de estos psicoestimulantes.

Hasta los años cincuenta se concebía que estos síntomas eran producto de un claro daño cerebral. Aun así, se vio que había niños que manifestaban esos mismos síntomas, pero no habían sufrido ningún daño cerebral evidente. Por esta razón se pensó que los síntomas de falta de atención, impulsividad, inquietud motora y problemas de memoria eran consecuencia de un daño cerebral ligero, difícilmente perceptible, o de una disfunción general. A este conjunto de síntomas de causas aún desconocidas se lo pasó a denominar «daño cerebral mínimo», para posteriormente pasar a llamarse «disfunción cerebral mínima». Con este concepto pretendían hacer ver que la causa de los síntomas te-

nía que ver con un daño cerebral, pero difícilmente perceptible. Este diagnóstico se convirtió en un cajón de sastre para todos los casos que no encajaban en otros diagnósticos. La comercialización del metilfenidato se produce por primera vez en 1954, con el nombre comercial de Ritalín®.

EL TDAH EN LAS CLASIFICACIONES INTERNACIONALES DE LOS TRASTORNOS MENTALES

A partir de los años cincuenta se otorga a este conjunto de síntomas el nombre de «síndrome hiperactivo». En esta época aún dominan las concepciones conductistas, lo que implica que todos los trastornos y dificultades son concebidos como un problema exclusivamente de conducta y, por tanto, no se atiende a los aspectos cognitivos del niño (distracción, nerviosismo, falta de atención, problemas en la memoria, etc.). En 1952 se publica la primera edición del DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, traducido al castellano como *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*). En esta primera edición no se hace mención de este trastorno.

En el año 1968 aparece por primera vez recogido el TDAH en el DSM-II con el nombre de «trastorno hiperactivo impulsivo» («hyperkinetic impulse disorder»). El psiquiatra Leon Eisenberg fue clave para que se incluyera este trastorno en el DSM-II, y colaboró activamente para que el metilfenidato se administrase a los pacientes que presentaban estos síntomas.

Es a partir de la década de los setenta cuando los aspectos cognitivos y no observables comienzan a adquirir relevancia en la concepción de esta patología. En esta década hay un creciente interés por los aspectos cognitivos, en contraposición a la etapa conductista que dominó la primera mitad del siglo xx. En este trastorno, gracias al predominio de la escuela cognitiva, se pone el acento en los procesos básicos y superiores afectados: dificultad para mantener la atención, pobre memoria operativa, baja motivación, déficit en el control de impulsos, etc. La corriente cognitiva viene a poner el acento en los procesos no observables

(atención, memoria, razonamiento, emociones, etc.), aspectos que no habían sido tenidos en cuenta en la etapa conductista.

Virginia Douglas encontró en 1972 que la presentación del síndrome inatento podía ir acompañada o no de hiperactividad. Sus trabajos tuvieron gran influencia en el DSM-III (1980), que permitía distinguir entre estos dos subtipos del síndrome y ponía el foco en las dificultades de atención del niño como la parte definitoria del trastorno, siendo el problema de conducta algo accesorio o secundario. Tanto fue así que en el DSM-III, la categoría diagnóstica que aparece es el trastorno por déficit de atención (TDA). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) era una subcategoría del TDA.

Sin embargo, la aparición del DSM-III-R en 1987 elimina esta distinción, quedando recogido el cuadro como trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). En los años ochenta, además, se desarrolla una mayor conciencia del trastorno en la población general y surgen las primeras asociaciones de padres y madres de niños afectados con TDAH.

En España, el metilfenidato comienza a comercializarse en el año 1981 con el nombre comercial de Rubifén®. Uno de los aspectos positivos de este medicamento es su liberación inmediata, lo que implica que sus beneficios se aprecian en el niño al poco tiempo de que este lo tome.

En 1992, la OMS (Organización Mundial de la Salud) publica la «Clasificación internacional de enfermedades» (CIE), en su décima versión, CIE-10, donde se recoge el TDAH como una entidad diagnóstica y con el nombre de «trastorno hiperactivo».

En 1994, la APA (Asociación Americana de Psiquiatría) publica el DSM-IV, donde aparece el TDAH como categoría diagnóstica dentro de los «Trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia». También, junto al TDAH, se encuentran el trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante. Además del diagnóstico del TDAH, el clínico debe especificar cuál de los tres subtipos predomina en el paciente: predominantemente inatento, hiperactivo-impulsivo o combinado.

Russell Barkley, uno de los científicos y estudiosos sobre el TDAH de mayor prestigio a nivel mundial, señala que dicha pato-

logía no se limita a los síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad. Los niños que son diagnosticados de TDAH tienen una dificultad importante en las funciones ejecutivas, localizadas en el lóbulo frontal. Como desarrollaremos más adelante, las funciones ejecutivas son las habilidades de tipo cognitivo que nos permiten alcanzar una determinada meta. Barkley propone otra denominación alternativa al TDAH y es la de «trastorno por déficit de autorregulación» (Self-Regulation Deficit Disorder).

En mayo del 2013 aparece el DSM-5 en su versión inglesa y un año después aparece traducido al castellano. Las diferencias entre el DSM-5 y el DSM-IV no son muy significativas en cuanto al TDAH se refiere, pero se explican de una manera detallada en el capítulo dedicado al diagnóstico de este trastorno.

MITOS SOBRE EL TDAH

Como ya se ha comentado en este capítulo, el TDAH es un trastorno del cual todo el mundo habla. Parece como si estuviera de moda. Educadores, médicos, psicólogos, psiquiatras, periodistas y hasta los políticos hablan del TDAH en los últimos años.

El hecho de que sea una patología que no tiene un marcador biológico y que no se reconozca visualmente ha dado pie a una serie de mitos en relación con ella. A continuación, pasamos a comentar algunos de los más frecuentes:

Los niños con TDAH son inmaduros y vagos. Respecto a la sintomatología, estos son dos de los adjetivos que reciben los niños con TDAH. Es verdad que los niños con TDAH son inmaduros, ya que se trata de un trastorno en la maduración de su cerebro. De hecho, en el DSM-5 el TDAH está encuadrado dentro de los trastornos del neurodesarrollo. Además, en la etapa adolescente, los comportamientos relativos a su esfuerzo han sido castigados por las sucesivas experiencias de fracaso y esto hace que a los chicos con TDAH les cueste más estudiar.

Mi hijo no tiene déficit de atención porque puede estar horas jugando a los videojuegos. Como todas las personas, los chicos con TDAH pueden estar mucho tiempo haciendo una tarea siempre y cuando sea realmente motivadora. Además, también es importante que la tarea tenga un refuerzo inmediato para el niño. Cuando se trata de una actividad monótona y aburrida es cuando dejan de prestar atención. Lo mismo nos ocurre a los que no tenemos TDAH, con la diferencia de que tenemos una mayor capacidad de perseverancia.

Juegan más tiempo a los videojuegos que el resto de los niños. Alberto Fernández Jaén, responsable de la Unidad de Neurología Infantil del Hospital Universitario Quirón (Madrid), ha demostrado científicamente que las actividades y el tiempo de ocio que dedican a ellas los niños con TDAH son muy similares a los del resto de los niños de su edad. Por tanto, no juegan más tiempo a los videojuegos que el resto de los chicos, como comúnmente se piensa.

El TDAH de presentación combinada es el más frecuente. El tipo de TDAH más frecuente no es el combinado, como se piensa habitualmente, sino el inatento. El problema es que en los casos de subtipo combinado se suele acudir más frecuentemente a consulta, porque este incluye síntomas conductuales y conlleva más problemas de comportamiento, mientras que el inatento es más difícil de detectar, ya que suelen ser niñas que se despistan, pero que son muy trabajadoras en los estudios. Según la proporción de casos de TDAH con presentación inatenta, este es casi dos veces más frecuente que la presentación combinada.

El TDAH desaparece en la adolescencia. El TDAH es un trastorno crónico que persiste en la edad adulta y durante toda la vida. Otra cosa bien distinta es que los síntomas de esta patología vayan cambiando en función de la edad de quien lo padece. Sabemos por los estudios longitudinales que, a partir de la adolescencia, los síntomas son más cognitivos y menos

externalizantes o hiperactivos, a diferencia de la etapa de infantil y primaria.

El TDAH no existe. Existe mucha controversia en relación con la posible invención del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Según algunos autores, entre los que podemos destacar al catedrático de la Universidad de Oviedo, Marino Pérez Álvarez y al psicólogo Fernando García de Vinuesa, esta patología no existe como entidad diagnóstica.