

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

DR. JOSÉ ANTONIO LORA MUÑOZ
Marzo 2016

IES EL FONTANAL

Dr. José Antonio Lora
jalora@centroinpsi.com



OBJETIVOS

- 1 **CONOCER Y ENTENDER EL TDAH**
- 2 **QUÉ NOS DEBE HACER SOSPECHAR**
- 3 **PRIMERAS MEDIDAS A TOMAR**

< > **RAJOY, EN COPE** Sobre la sucesión: «Feijóo quiere continuar en Galicia»

PADRES E HIJOS / ENTREVISTA

«El TDAH no existe, y la medicación es un dopaje»

CARLOTA FOMINAYA / MADRID | Día 20/10/2014 - 03.31h

- El catedrático Marino Pérez, autor de «Volviendo a la normalidad», asegura que no hay biomarcador cerebral que justifique el Trastorno por Déficit de Atención



FERNANDO GARCÍA DE VINUESA · HÉCTOR GONZÁLEZ PARDO
MARINO PÉREZ ÁLVAREZ

VOLVIENDO A LA NORMALIDAD

La invención del TDAH
y del trastorno bipolar infantil



Dr. José Antonio Lora
jalora@centroinpsi.com

ALIANZA EDITORIAL



CONOCER Y ENTENDER EL TDAH

Dr. José Antonio Lora
jalora@centroinpsi.com

Tengo un problema con mi hijo / alumno...

Si quisiera, seguro que lo haría

Se olvida de todo

Mal compañero

No quiere hacer las tareas

Siempre está en las nubes

Sólo se centra en lo que le interesa

Se levanta constantemente

Me hace la vida imposible

Inmaduro

DEFINICIÓN ACTUAL

DÉFICIT DE ATENCIÓN

HIPERACTIVIDAD

IMPULSIVIDAD

TDAH

(APA, 2013)

Dr. José Antonio Lora
jalora@centroinpsi.com

DEFINICIÓN ACTUAL

DÉFICIT DE ATENCIÓN

**Atención
Selectiva**

**Atención
Dividida**

**Atención
Sostenida**

DEFINICIÓN ACTUAL

Problema de atención

“... como aquellos fallos en los mecanismos de funcionamiento de la atención que producen una falta de adaptación a las exigencias del ambiente o a las nuestras propias...”

López y García, (1997)

Dr. José Antonio Lora
jalora@centroinpsi.com

DEFINICIÓN ACTUAL

HIPERACTIVIDAD

**Sobreactividad
motora**

**Movimientos sin
finalidad**

DEFINICIÓN ACTUAL

IMPULSIVIDAD

**Incapacidad
para inhibir**

**Ausencia de
planificación**

**Nula valoración de
consecuencias**

DEFINICIÓN ACTUAL

« incapacidad para no distraerse al realizar una tarea poco motivante»

« pobre capacidad de inhibir una respuesta motora, mental o verbal»

(Barkley)

CARACTERÍSTICAS CONDUCTUALES

Dificultad inhibición respuestas, control de impulsos, retraso de gratificaciones

Elevado número de conductas vacías

Dificultad para actuar de acuerdo a las reglas, no adapta su conducta a las demandas

Capacidad de organización y persistencia en el esfuerzo (pobre atención sostenida)

CARACTERÍSTICAS CONDUCTUALES

Datos frustrantes...

**EN ATENCIÓN: SIMILAR RESULTADO EN PRUEBAS
CON ESTIMULACIÓN EXTRA*ii***

**EN HIPERACTIVIDAD: SIMILAR RESULTADO EN
AMBIENTES MENOS ESTRICOTOS**

**ADOLESCENTES TDAH: EN DISCUSIONES NEUTRAS
MUESTRAN MÁS SEÑALES DE DESAFÍO**

TDAH

HIPERACTIVO - IMPULSIVO

COMBINADO



TDAH

DÉFICIT DE ATENCIÓN

Dr. José Antonio Lora
jalora@centroinpsi.com

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD DSM-V (APA, 2013)

Presencia

No presta atención a detalles
Errores por descuido

Mueve en

Abandona s

Corre, salta e

Dificultades

“Como si

Habla en exceso

Da las respuestas antes de finalizar las preguntas

Tiene dificultades para esperar su turno

Interrumpe en las actividades de otros

as

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD DSM-V (APA, 2013)

**A) Seis o más síntomas. Persistencia al menos 6 meses .
Intensidad desadaptativa según nivel de desarrollo**

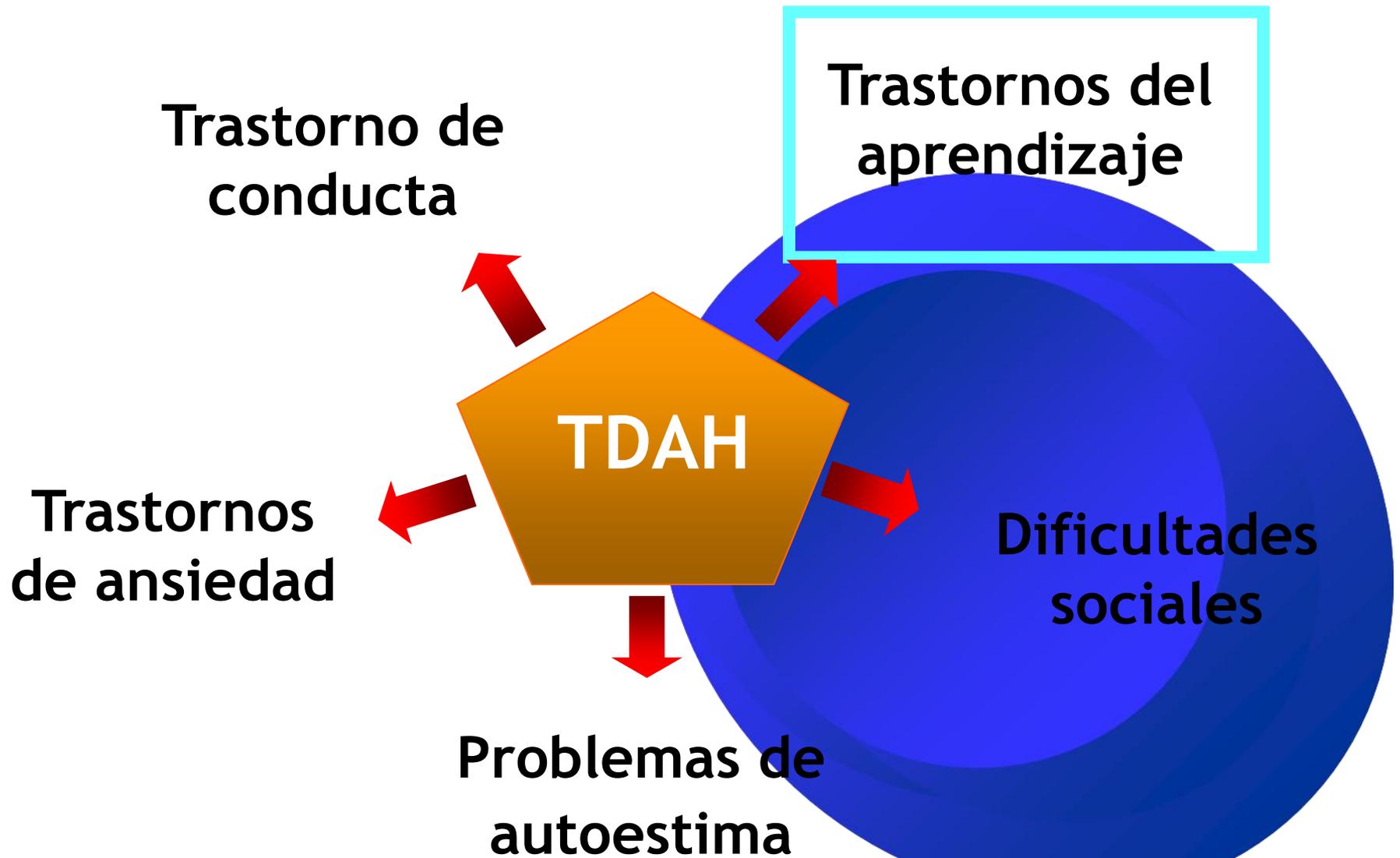
B) Algunos síntomas D-H-I presentes antes 12 años

C) Algunas alteraciones presentes dos o más ambientes

**D) Pruebas deterioro clínicamente significativo vida social,
escolar o laboral**

**E) No aparecen exclusivamente asociados a otros
trastornos**

TRASTORNOS Y PROBLEMAS ASOCIADOS



Trastornos del aprendizaje

Trastorno de la Lectura (15-30%)

Trastorno del Cálculo (10-60%)

Requieren un sobre-esfuerzo
Rinden menos de lo esperado

Aumenta drásticamente
su frustración

**Dificultades
sociales**

EXCESO

Muy pesados

Poco considerados

Malas respuestas o gestos

Reacciones agresivas

DEFECTO

Muy reservados

A veces en su mundo

Poco activos

Ideas inmaduras

FALTAN ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Problemas de autoestima

Pobre confianza en sí mismos
Miedo al ridículo ante iguales
Expectativas no realistas

Problemas de emocionales

Trastornos de ansiedad
Depresión

Trastornos de conducta

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE (TND)

40 - 60 % de sujetos con TDAH presentan TND
Mayor relación con Hiperactividad e Impulsividad

TRASTORNO DISOCIAL

Agresiones, robos, pequeños delitos, ...

PREVALENCIA TDAH

3% - 7%

(APA, 2013)

2,4 %

22,6%

Distribución
según
GÉNERO

Incidencia superior niños:
2: 1 población normal
9: 2 población clínica

¿CÓMO EVOLUCIONA TDAH?

Evolución diferenciada por sintomatología

- * 50 - 80% continúa trastorno en adolescencia
- * 30 - 60% síntomas adultos
- * 10 - 40% adultos cumplen criterios diagnósticos

en
adolescencia

mas estable

PREVALENCIA

BARKEY - Milwaukee

Muestra: 158 (4-11 a.), Seguimiento a 15, 21 y 27 años

Adolescentes: 72-83%

Jóvenes: 46-66%

Adultos: 65%

Otras revisiones (con adolescentes y **adultos**):

Sujetos sin ningún problema: 10-20% // **30-40%**

Sujetos con comorbilidad: 70% // **50-60%**

Sujetos complicaciones graves: 20% // **10%**

¿¿ QUÉ INFLUYE EN LA EVOLUCIÓN ??

DIAGNÓSTICO PRECOZ

DIAGNÓSTICO RETARDADO

EDUCACIÓN COHERENTE

AMBIENTE FAMILIAR ESTRESADO

ESTABILIDAD FAMILIAR

FRACASO ESCOLAR

IMPLICACIÓN DE PROFESORES

RETRASO EN DESARROLLO



TRANSICIÓN PRIMARIA - SECUNDARIA

Primaria: un TUTOR,

**ayuda en organizar la tarea, conflictos interpersonales,
mayor flexibilidad.**

**Secundaria: muchos PROFESORES con ideas diferentes, más
deberes y exámenes simultáneos.**

**Mayor importancia de vida social y pérdida influencia de
padres.**

TRANSICIÓN PRIMARIA - SECUNDARIA

Primaria: un TUTOR,

ayuda en organizar la tarea, conflictos interpersonales.

ESTO SUELE GENERAR 2 TIPOS DE ALUMNOS TDAH:

1- EL QUE LO QUIERE INTENTAR

2- EL QUE LO RECHAZA Y ABANDONA

padres.

EVOLUCIÓN DE SÍNTOMAS

Disminución de síntomas hiperactivos

Tienden a mantenerse los síntomas de inatención e impulsividad

Elevada distractibilidad y bajo esfuerzo continuado

La procrastinación se refuerza → ¿control de tiempo?

Impulsividad conductual: Actúa sin pensar, no sigue normas

EVOLUCIÓN DE SÍNTOMAS

Impulsividad cognitiva: Errores por descuido, no repasa, respuestas breves (exámenes)

Impulsividad emocional: respuestas exageradas (agresivas o explosivas)

Baja capacidad de control motor

Se tiende a reforzar el concepto de “soy torpe”, “me pasa algo”, “no valgo para estudiar”,...

FUNCIONES EJECUTIVAS CEREBRALES DETERIORADAS

¿Qué son? Actividad mental compleja necesaria para..

ORGANIZAR
(prioridades y tareas)

CONCENTRARSE
(foco atencional)

MANEJAR EMOCIONES
(frustración)

CONTROLAR
(esfuerzo y procesamiento)

OBSERVAR
(acciones y efectos)

USAR LA MEMORIA
(trabajo y hechos)

FUNCIONES EJECUTIVAS CEREBRALES DETERIORADAS

Dónde intervienen

SOLUCIONAR PROBLEMAS

FALTA DE LENGUAJE INTERNO

REACCIONES EMOCIONALES INADECUADAS

BAJA CAPACIDAD DE TRABAJO AUTÓNOMO

MEMORIA DE TRABAJO

Dr. José Antonio Lora
jalora@centroinpsi.com

IMPACTO EN EL INSTITUTO

ES VALORADO COMO UN ALUMNO “VAGO”

ES DESCONSIDERADO Y MALEDUCADO

NECESITA MÁS ATENCIÓN QUE SUS IGUALES

SUS DESEQUILIBRIOS GENERAN FRUSTRACIÓN

PASA GRAN PARTE DEL TIEMPO “EN SU MUNDO”

PATRÓN CONDUCTUAL PROFESORES

Demandas desmesuradas, excesivas de control

Abuso de llamadas de atención por ver falta de interés

Escasos refuerzos, demasiadas críticas

Desplazar al alumno de la rutina de clase

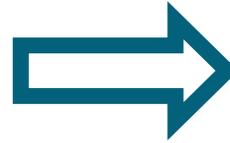
IMPACTO EN LA FAMILIA

GRAVE AFECTACIÓN DE LAS RELACIONES FAMILIARES Y CONYUGALES

INFLUYE EN SALUD MENTAL PADRES (DEPRESIÓN, ANSIEDAD)

PERCEPCIÓN QUE LOS PADRES TIENEN DE SÍ MISMOS Y DE SUS TÁCTICAS EDUCATIVAS

**NIÑO
HIPERACTIVO**



CAOS

¿¿ QUÉ SIENTEN LOS PROFESORES ??

DESCONCIERTO

DESESPERACIÓN

RABIA

RECHAZO

PENA

FRUSTRACIÓN

AGOTAMIENTO

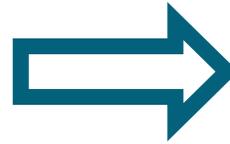
ANGUSTIA

MIEDO

IMPOTENCIA

DESGANA

**PROFESOR DE
CHICO TDAH**



¿¿CAOS??

¿¿ QUÉ PUEDEN SENTIR LOS ALUMNOS??

DESCONCIERTO

RECHAZO

AGOTAMIENTO

IMPOTENCIA

DESESPERACIÓN

PENA

ANGUSTIA

DESGANA

RABIA

FRUSTRACIÓN

MIEDO



QUÉ NOS DEBE HACER SOSPECHAR

Dr. José Antonio Lora
jalora@centroinpsi.com

Indicadores TDAH en el colegio-instituto

Pauta trabajo irregular

Dificultades para prestar y mantener la atención en tareas que le exijan esfuerzo

Desorganización (material, tareas, planes, ...)

Menor tiempo de trabajo continuado que sus iguales

Mayor prevalencia de T. Lenguaje o disgrafías

Indicadores TDAH en el colegio-instituto

Relaciones difíciles con compañeros por exceso o defecto

Le cuesta cumplir normas y plazos

Facilidad para entretenerse con cualquier cosa

Problemas de inhibición o autorregulación (autocontrol)

Dificultad para seguir instrucciones y terminar tareas

Indicadores TDAH en el colegio-instituto

Rendimiento por debajo de la media

Comete pequeños errores que domina

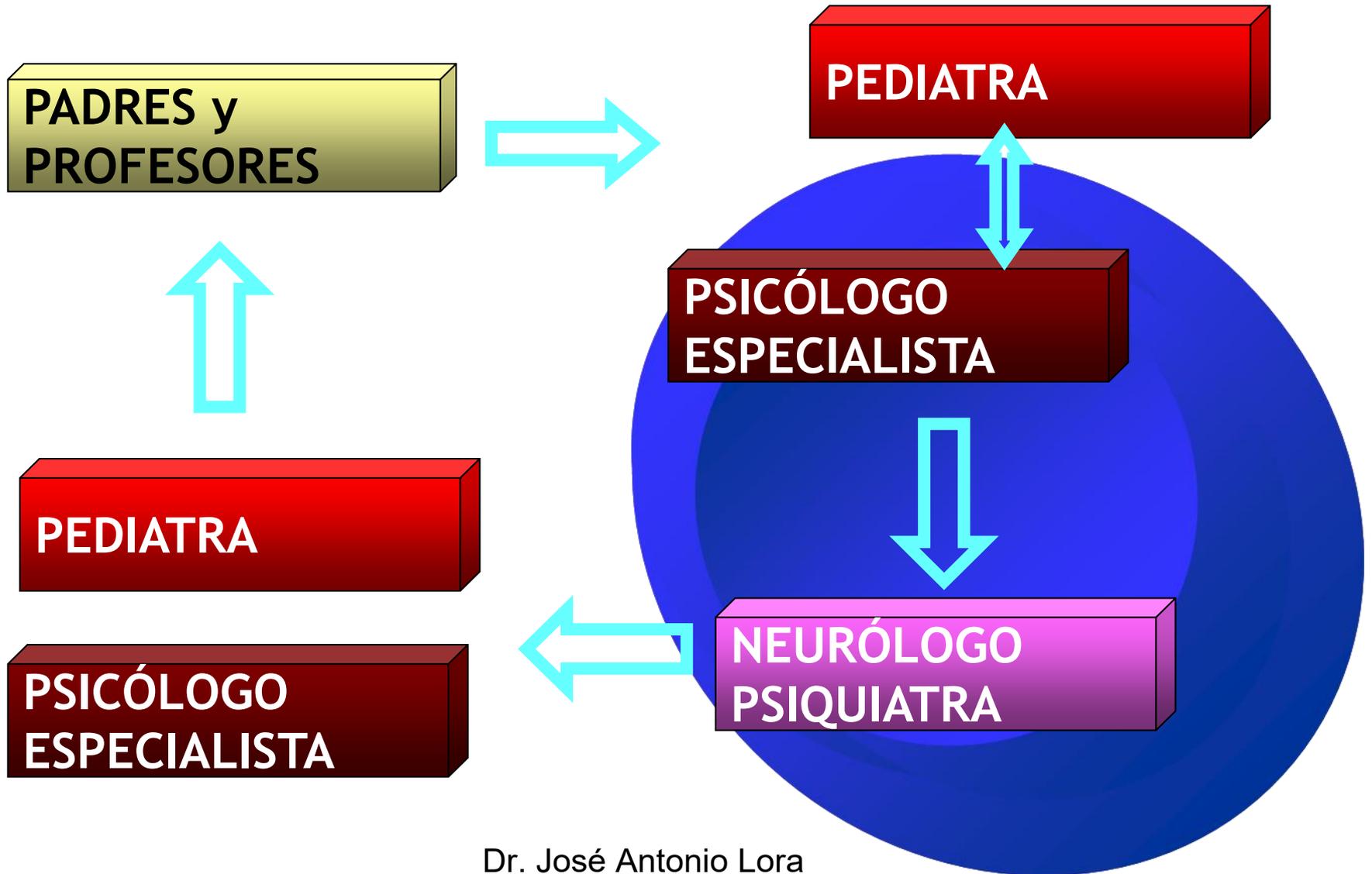
Necesita supervisión continua

Baja tolerancia a la frustración

¿¿ PASOS A DAR ??

Dr. José Antonio Lora
jalora@centroinpsi.com

PROCESO DIAGNÓSTICO



QUÉ PERFIL TIENE NUESTRO ALUMNO

TDAH – INATENTO buen CI

**TDAH – INATENTO +
PROBLEMAS DE APRENDIZAJE**

**TDAH – HIPERACTIVO
mal vocabulario**

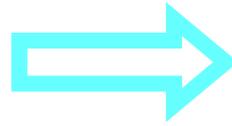
TDAH – TIPO COMBINADO

**TDAH – COMBINADO +
NEGATIVISMO bajo CI**

**TDAH – INATENTO +
PROBLEMA ANSIEDAD +
T. DEL APRENDIZAJE**

CONTEXTO DE INTERVENCIÓN

**INTERVENCIÓN
GLOBALIZADA**



**TODOS
LOS CONTEXTOS**

FAMILIAR

ESCOLAR

PADRES

PROFESORES

HERMANOS

PRF. PARTICULAR

FAMILIA EXTENSA

**NIÑO - ADOLESCENTE
TDAH**



OPCIONES DE TRATAMIENTO

Dr. José Antonio Lora
jalora@centroinpsi.com

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS

INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA

**TERAPIA CONDUCTUAL - COGNITIVA
(PROGRAMAS MULTIMODALES)**

TRATAMIENTOS COMBINADOS

NEUROFEEDBACK

Dr. José Antonio Lora
jalora@centroinpsi.com

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

**MEDICACIÓN
ESTIMULANTE**

4hs. / 12hs. / 7-8hs.

**DISMINUYE ACTIVIDAD MOTORA
MEJORA ATENCIÓN**

APRENDIZAJE

FAMILIA

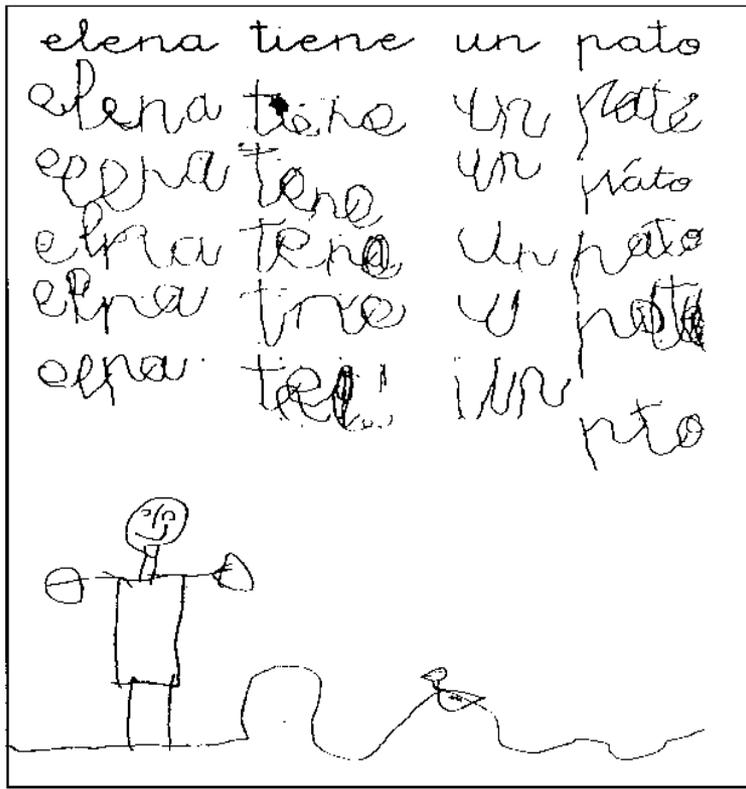
LIMITACIONES

EFECTIVIDAD 70 - 80 %

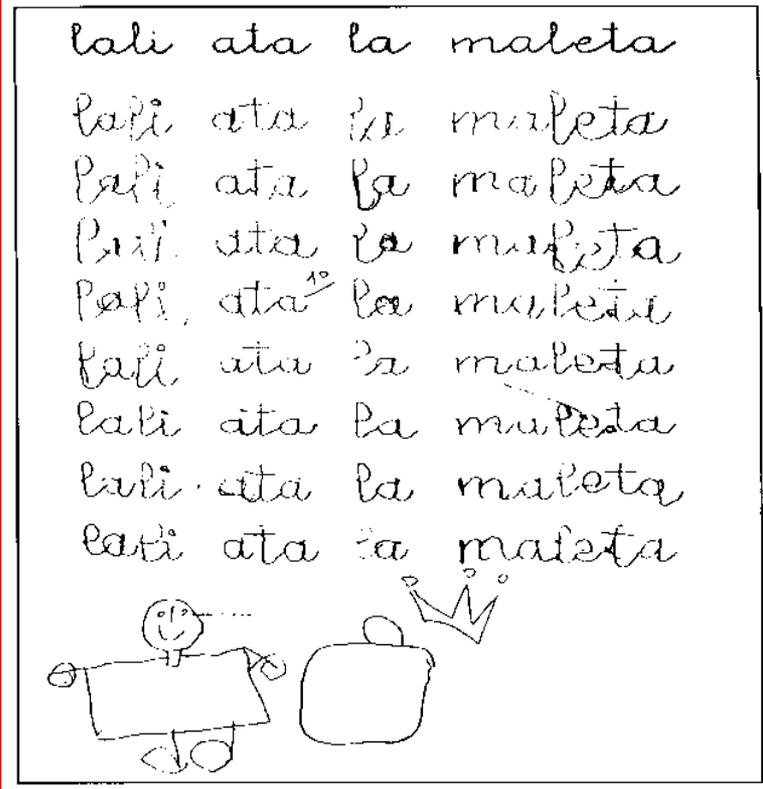
EFECTOS SECUNDARIOS

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

GRAFISMOS DE UN NIÑO HIPERACTIVO SIN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO



GRAFISMOS DEL MISMO NIÑO HIPERACTIVO POCOS DÍAS DESPUÉS DE INICIAR TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CON METILFENIDATO



NEUROFEEDBACK



ELECTROFISIOLOGÍA EN TDAH

MENOR ACTIVIDAD CORTICAL
EN ZONAS FRONTALES Y
CENTRALES MEDIAS



ELEVADA PROPORCIÓN DE ONDAS THETA

PROPORCIÓN REDUCIDA DE ONDAS ALFA Y BETA

ELEVADA RATIO THETA/ALFA Y THETA/BETA



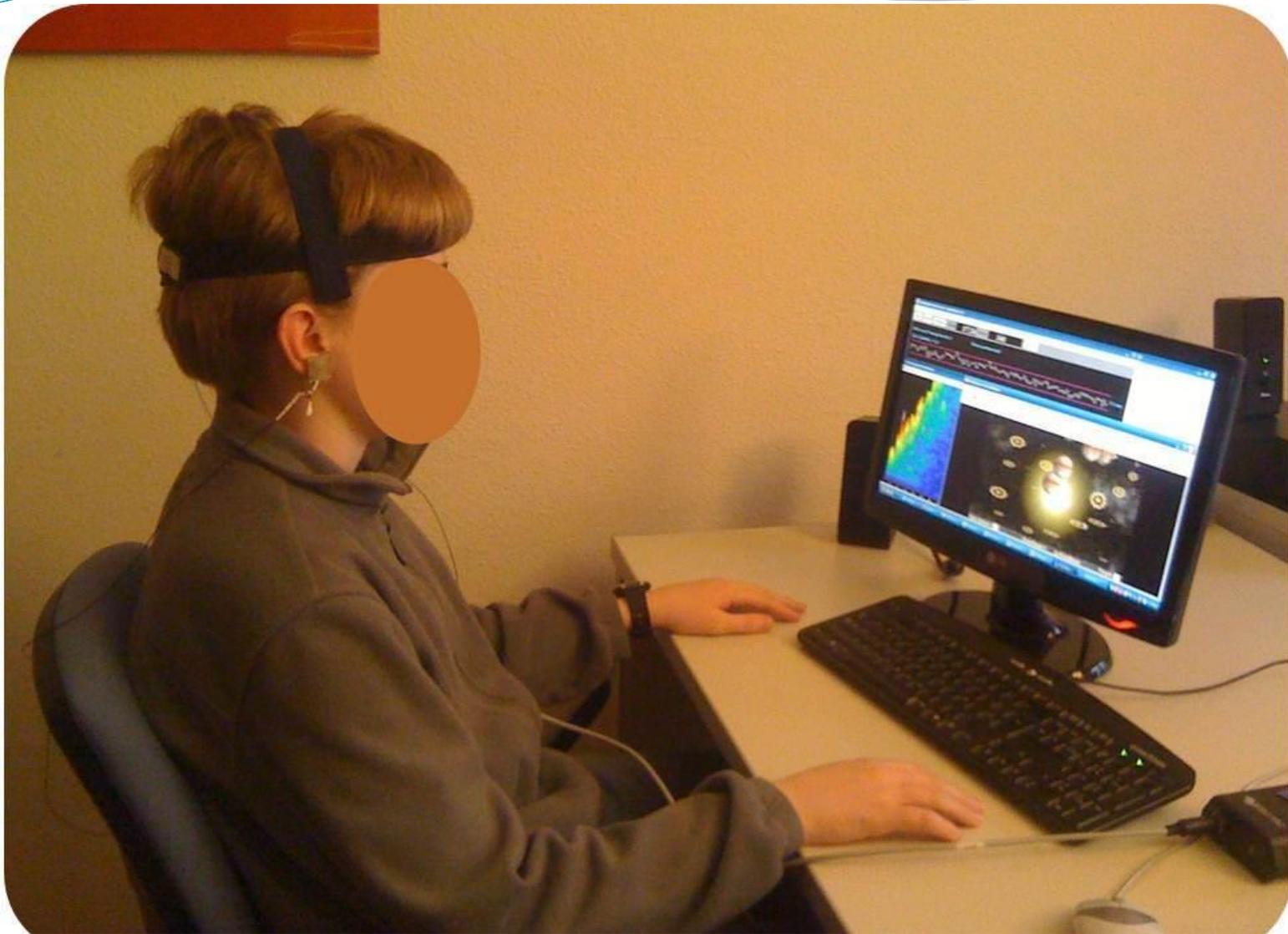
70% - 90%

NEUROFEEDBACK

SER COMPLEMENTO - ALTERNATIVA PARA CASOS
DONDE NO ACTÚA / NO SE DESEA MEDICACIÓN

UNA HERRAMIENTA MÁS PARA EL DIAGNÓSTICO

PRESENTA COMO VENTAJA LA NO PRESENCIA
DE EFECTOS SECUNDARIOS



Dr. José Antonio Lora
jalora@centroinpsi.com



CONSIDERACIONES FINALES

Dr. José Antonio Lora
jalora@centroinpsi.com

CONSIDERACIONES FINALES

**¡NO EXISTEN LAS BATALLAS!
GANAMOS O PERDEMOS**

HAY QUE APRENDER A ENTENDER AL ALUMNO

Y NO OLVIDARLO!!!

SER COHERENTES

GRACIAS

Centro de Psicología Infantil

INPSI



Dr. José Antonio Lora
jalora@centroinpsi.com

Dr. José Antonio Lora
jalora@centroinpsi.com