

**I CONGRESO
NACIONAL
DE SALUD MENTAL
INFANTO JUVENIL**

JUEVES 16 DE FEBRERO

MESA REDONDA “EL TDAH Y LAS DIFICULTADES DE APRENDIZAJE”

DR. Manuel Rodríguez Becerra
Facultad de Educación. UPSA
Vicepresidente de FUNDANEED

NOTA INFORMATIVA

- Doy mi consentimiento para grabación y divulgación por la WEB
- Declaro que tampoco existen conflictos de intereses
- FDO: Manuel M. Rodríguez Becerra



EL TDAH Y LAS DIFICULTADES DE APRENDIZAJE

- Dra. Dña. Mercedes Isabel Rueda Sánchez.
 - Profesora Titular de Psicología Evolutiva en la USAL.
- DR. D. José Orrantia Rodríguez.
 - Catedrático de Psicología Evolutiva y de la Educación en la USAL.
- DR. D. Emilio Sánchez Miguel.
 - Catedrático de Psicología Evolutiva y de la Educación en la USAL.
- Dr. D. Manuel Rodríguez Becerra.
 - Profesor de la Facultad de Educación en la UPSA y Vicepresidente de FUNDANEED.

TDAH.

Historia. 200 años. 1ª descripción (1798) Alexander Crichton.

Es el trastorno del neurodesarrollo, evolutivo y crónico, más frecuente. Con manifestaciones clínicas cambiantes en relación con el momento neuromadurativo del paciente.

Síntomas nucleares: Inatención, Hiperactividad/Impulsividad

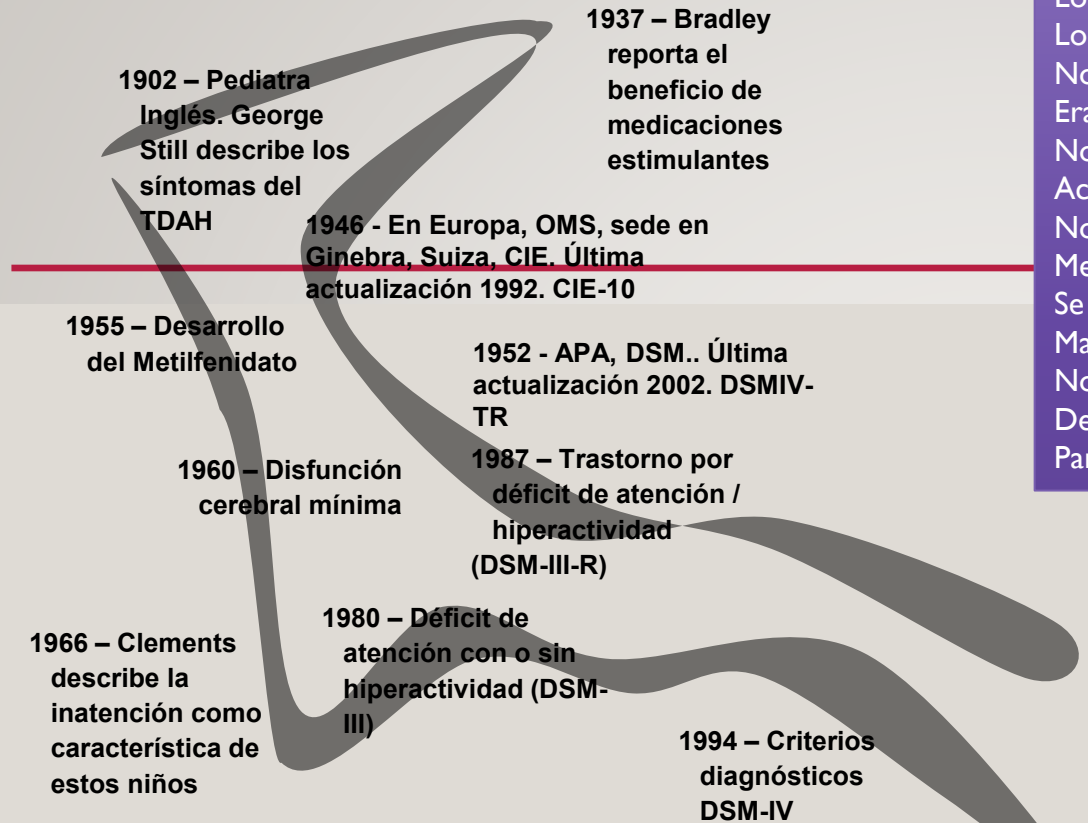
Prevalencia: Estudios de metaanálisis muestran una prevalencia del 5,9 al 7,2% en niños y adolescentes. Y entre el 30%-65% de los pacientes persistirá en la vida adulta. La prevalencia media es de: 6ª para niños en edad escolar; 5% menores de 18 años y del 4% en adultos.

Etiología: multifactorial por la interacción de factores de riesgo individuales (genéticos, neurobiológicos y neuropsicológicos), sociales, familiares y culturales.

Comorbilidades.

Bibliometría: TDAH: 34.700.000 resultados; ADHD: 1090.000.000 resultados

HISTORIA DEL TDAH



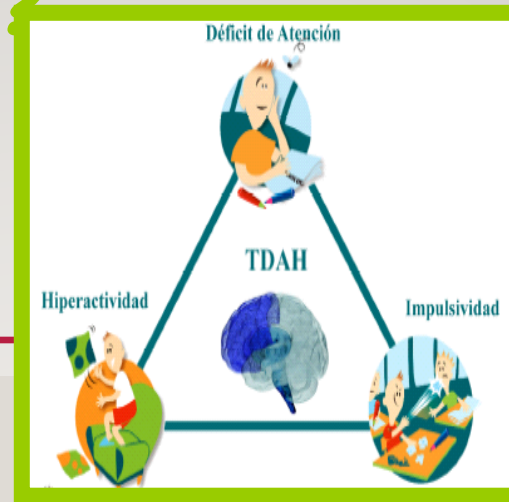
No dejaban de moverse
Lo miraban todo
Lo tocaban todo
No tenían ningún freno en su conducta
Eran desconsiderados con los demás
No pedían permiso para nada
Actuaban según les venía en gana
No consideraban las consecuencias de sus actos
Mentían
Se apropiaban de las cosas de los demás
Manifestaban una gran falta de atención
No escuchaban cuando se les hablaba
Dejaban sin terminar las cosas que comenzaban
Parecían olvidar con facilidad las instrucciones que recibían de sus instructores

El Dr. John Ratey, profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard: “Algunas personas consideran el DSM como la Biblia de la Medicina”. El DSM, no dice LO QUE SON LAS COSAS, el DSM solamente dice CÓMO SE DEBEN LLAMAR A LAS COSAS, y esto es un ACUERDO PROVISIONAL. (London, 4-6 de Noviembre de 2002)

1854	Hoffman	Phill el Intranquilo
1902	Still	Síndrome del Daño Cerebral
1934	Kahn & Cohen	Impulso Orgánico
1941	Bradley & Bowen	Síndrome de la Conducta Orgánica
1955	Strauss & Kephart	Disfunción Cerebral Mínima
1957	Laufer & Denhoff	Trastorno del Impulso hipercinético
1962	Clement & Peters	Disfunción Cerebral Mínima
1968	Werry	Hiperactividad
1970	Rutter	Síndrome hipercinético
1975	Cantwell	Síndrome del niño hiperactivo
1980	APA	Déficit de Atención
1987-94	APA	Déficit de Atención/Hiperactividad

¿QUÉ ES EL TDAH?

Trastorno neurobiológico del desarrollo normal del niño. Se caracteriza por niveles inapropiados y exagerados de inatención, y autorregulación: motórica y cognitiva.



Los síntomas se inician en la primera infancia, son de naturaleza relativamente crónica y no pueden atribuirse a alteraciones neurológicas, sensoriales, de lenguaje, motoras graves, retraso mental o a trastornos emocionales importantes. Barkley (1990)

Los síntomas nucleares del TDAH cambian cuando existe otro problema comórbido. Las comorbilidades complican las labores e detección y evaluación por parte de profesionales.

INATENCIÓN

1. Siempre llega tarde.
2. Dificultad haciendo planes.
3. Está en las nubes.
4. Parece que no escucha.
5. Es despistado.
6. Pierde y olvida su ropa.
7. Es desorganizado.
8. Se olvida de las instrucciones.
9. Evita tareas que requieren esfuerzos.
10. No siempre encuentra lo que busca.
11. Rompe cosas.
12. No termina de vestirse

HIPERACTIVIDAD

1. Es inquieto.
2. Corre y trepa excesivamente.
3. Se aburre con facilidad.
4. Da golpecitos a la mesa.
5. Desarma todos los objetos.
6. Interrumpe la clase.
7. Le cuesta conciliar el sueño.
8. Mordisquea objetos.
9. Es persistente e inoportuno.

IMPULSIVIDAD

1. Habla y actúa sin parar.
2. Pierde con facilidad la paciencia.
3. Se pelea por cualquier cosa.
4. No sabe esperar su turno.
5. Responde impulsivamente.
6. Es el espíritu de la contradicción.
7. Está siempre a la defensiva.
8. Reacciona mal a los cambios.
9. No sabe perder.
10. Tiene aspecto de enfadado. Es impertinente y murmurador.
11. No aprende de sus errores.
12. Discute y contesta.
13. Destroza sus cosas y las de los demás.

Conductas visibles del TDAH



Conductas menos visibles

Inatención

Desorganizado, no atiende, es olvidadizo, parece no escuchar, se distrae fácilmente, pierde cosas, no hace las tareas escolares.

Hiperactividad

Inquieto, habla mucho, se mueve mucho, no puede estar sentado y tranquilo, corretea, trepa, se sube a los muebles, siempre en marcha

Impulsividad

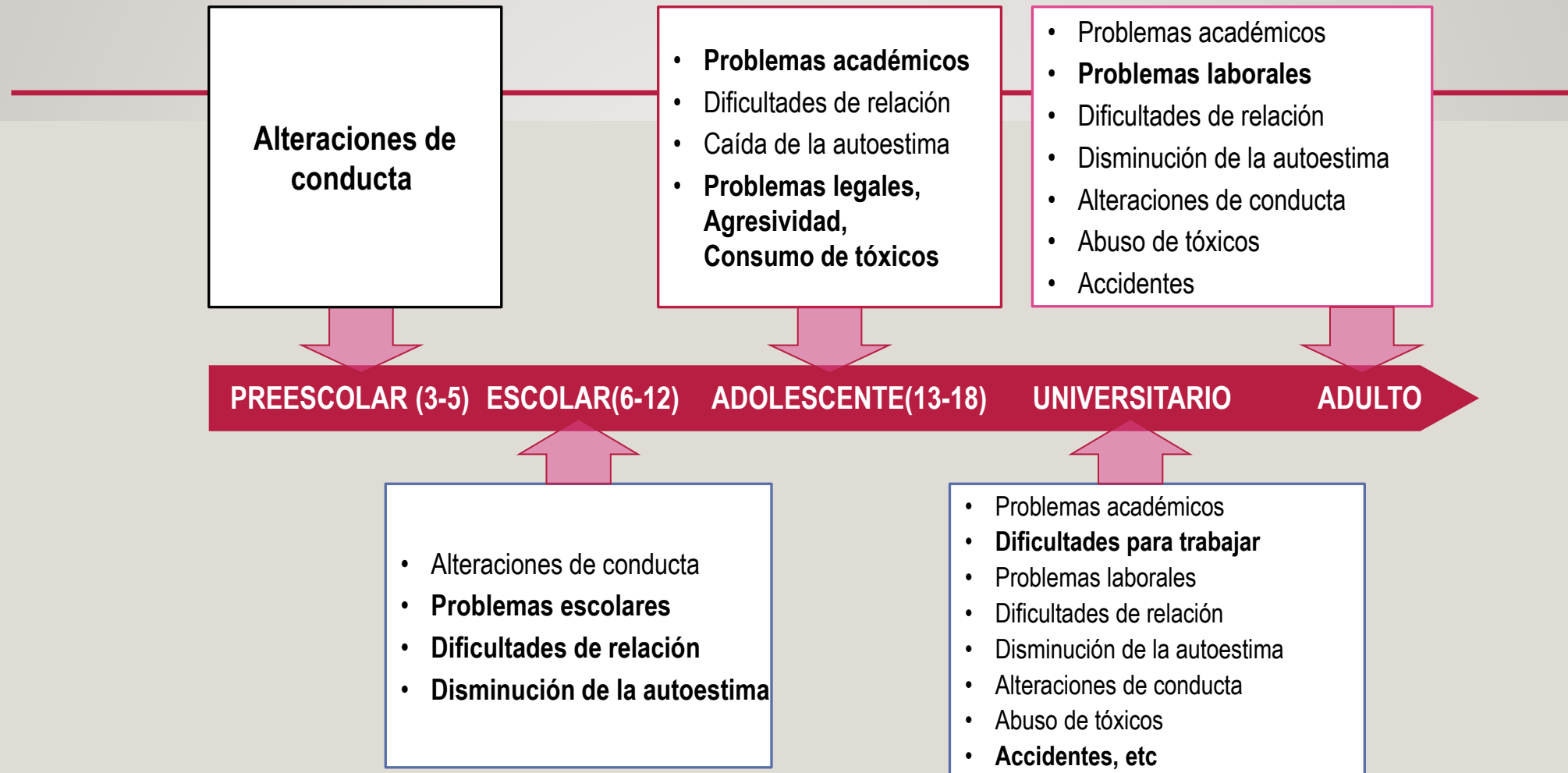
Le falta el autocontrol, le cuesta esperar el turno, suelta lo primero que se le ocurre, interrumpe, dice mentiras, se entromete, es contestón, pierde los estribos

DÉFICITS DE NEUROTRANSMISORES
FUNCIONES EJECUTIVAS DÉBILES
SENTIDO DEL TIEMPO
ALTERACIONES EN EL SUEÑO
RETRASO EN EL DESARROLLO
NO APRENDE FÁCILMENTE
COMORBILIDADES
DIFICULTADES DE APRENDIZAJE
BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN



**I CONGRESO
NACIONAL**
DE SALUD MENTAL
INFANTO JUVENIL

IMPACTO DEL TDAH EN EL DESARROLLO



PRENATALES (85%) , PERINATALES Y POSTNATALES (15%).

- **Prematuridad (16,5 %),**
- **Síndrome fetal alcohólico(SFA) (14,4 %),**
- **Crecimiento intrauterino retardado (CIR) (4,8 %)**
- **Convulsiones (19,2 %).**

(Santos Borbujo y otros (Marzo ,2008, Neurol)

Causa genética
Bajo peso al nacer
Consumo de tabaco
Consumo de alcohol
Adversidad psicosocial:
Toxemia,
Eclampsia,
Infecciones neonatales,
Mala salud materna,
Menor edad de la madre,
Edad fetal potmadura,
Parto prolongado,
Hemorragias
Preparto

EL TRASTORNO NO ES:

Sobreviene por el nivel socioeconómico

Por un cociente intelectual bajo o alto

Por la edad de la madre

Por vivir en una población grande o pequeña

A la falta de normas

Relacionado con la ingesta de dietas ricas en: azúcares, grasas, proteínas, colorantes

EL TRASTORNO NO ES:

Culpa de los padres

No se produce por desacuerdo de los padres (separaciones, divorcios)

Por el nacimiento de un hermano

Por cambiarlos de colegio

Ni por tener niñera

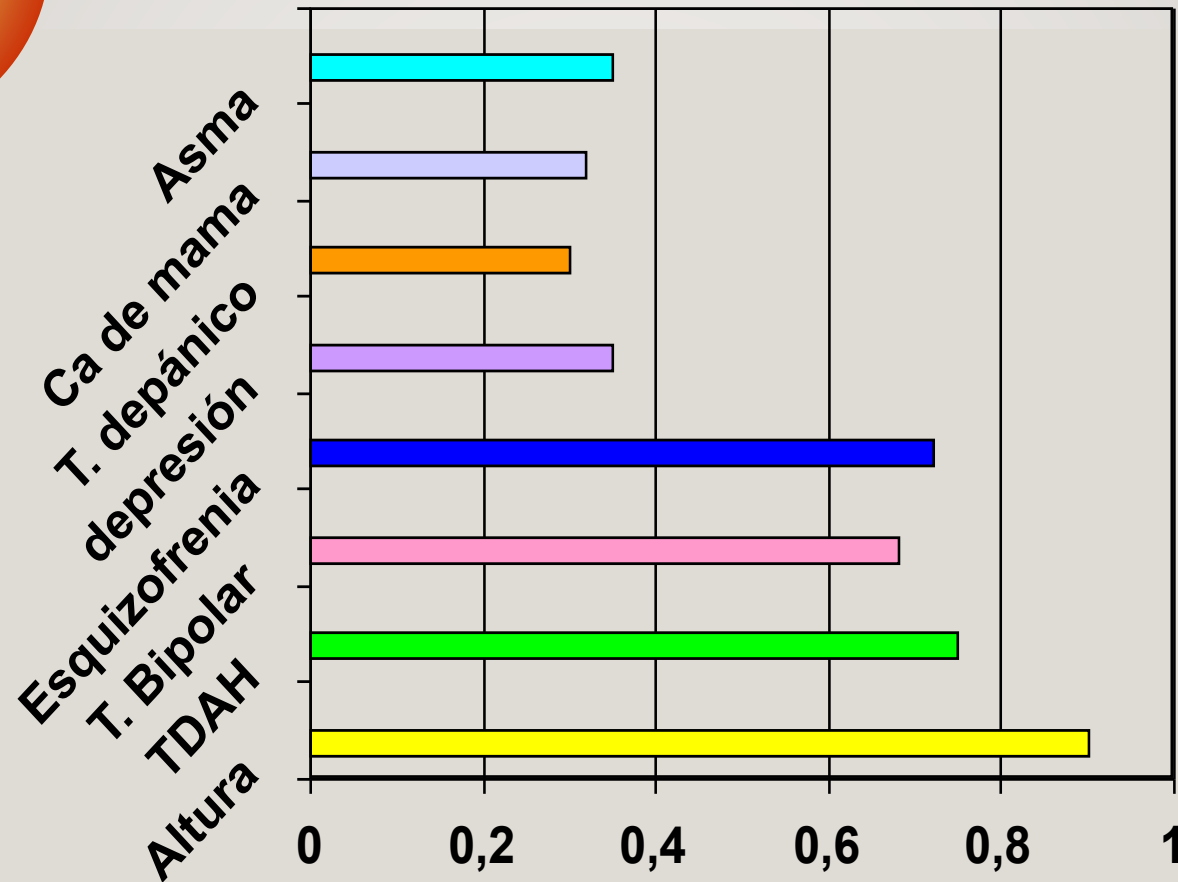
Por la tele ni los videojuegos

Puede que todas estas cosas sucedan
pero en ningún caso son
consecuencia, ni causa.

EL TDAH: COEFICIENTE HEREDABILIDAD (HERENCIA)

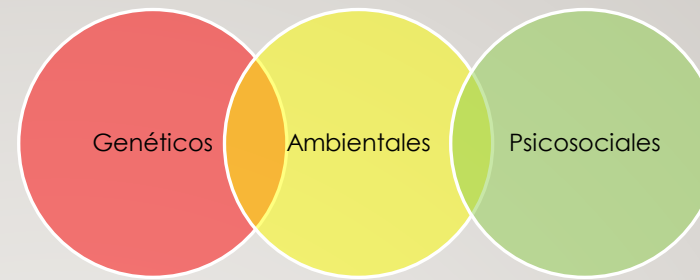
Estudios con gemelos

EL TDAH TIENE EL COEFICIENTE DE HEREDABILIDAD MAS ELEVADO DE TODAS LAS PATOLOGÍAS PSIQUIATRICAS.



Coeficiente de heredabilidad

Modelos etiológicos



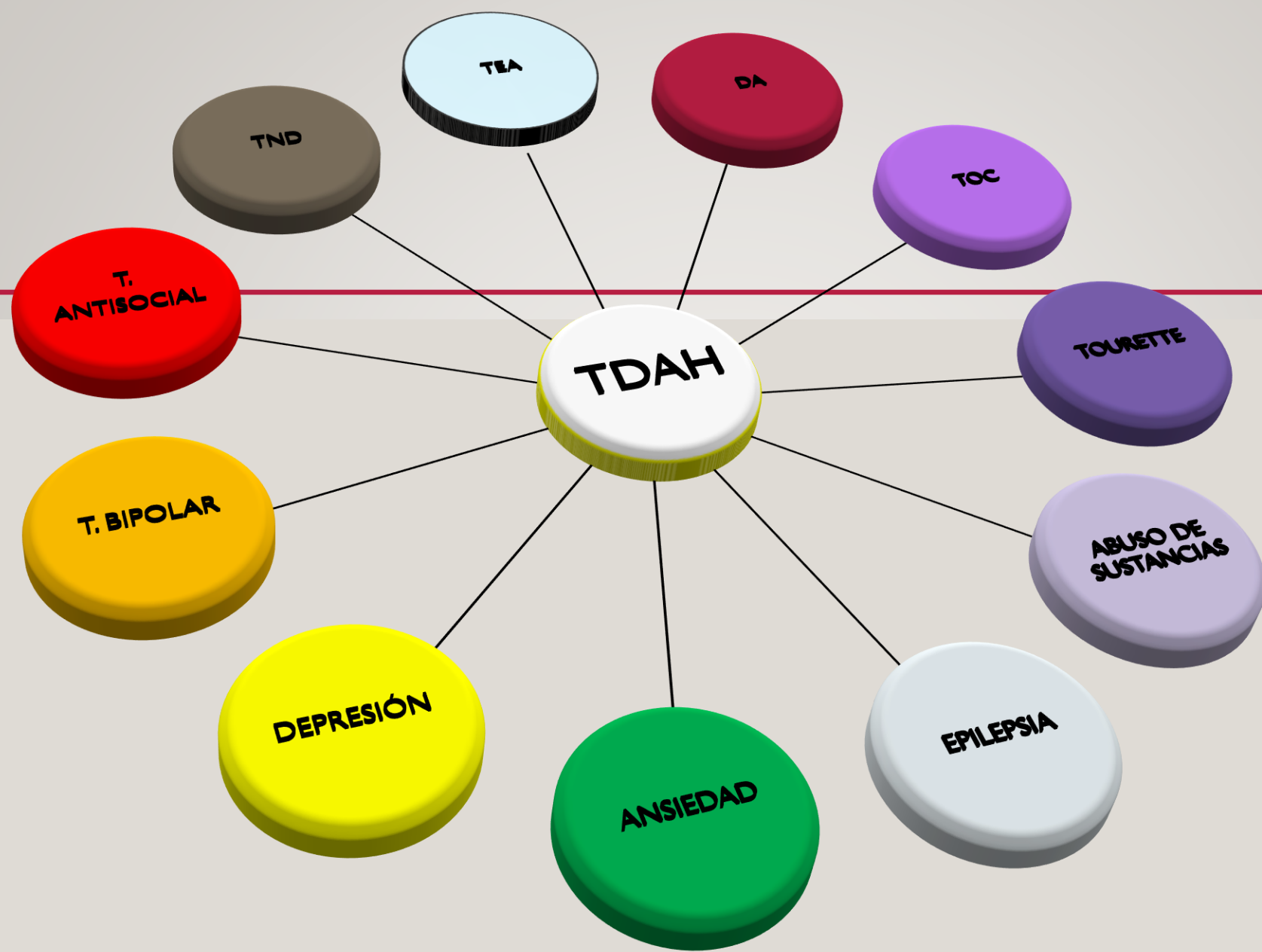
Es un trastorno neurobiológico, heterogéneo y complejo que hace referencia a diversos factores:

Genéticos: receptores de dopamina: D2, D4 y D5 y el gen transportador de la dopamina y el gen LPHN3.

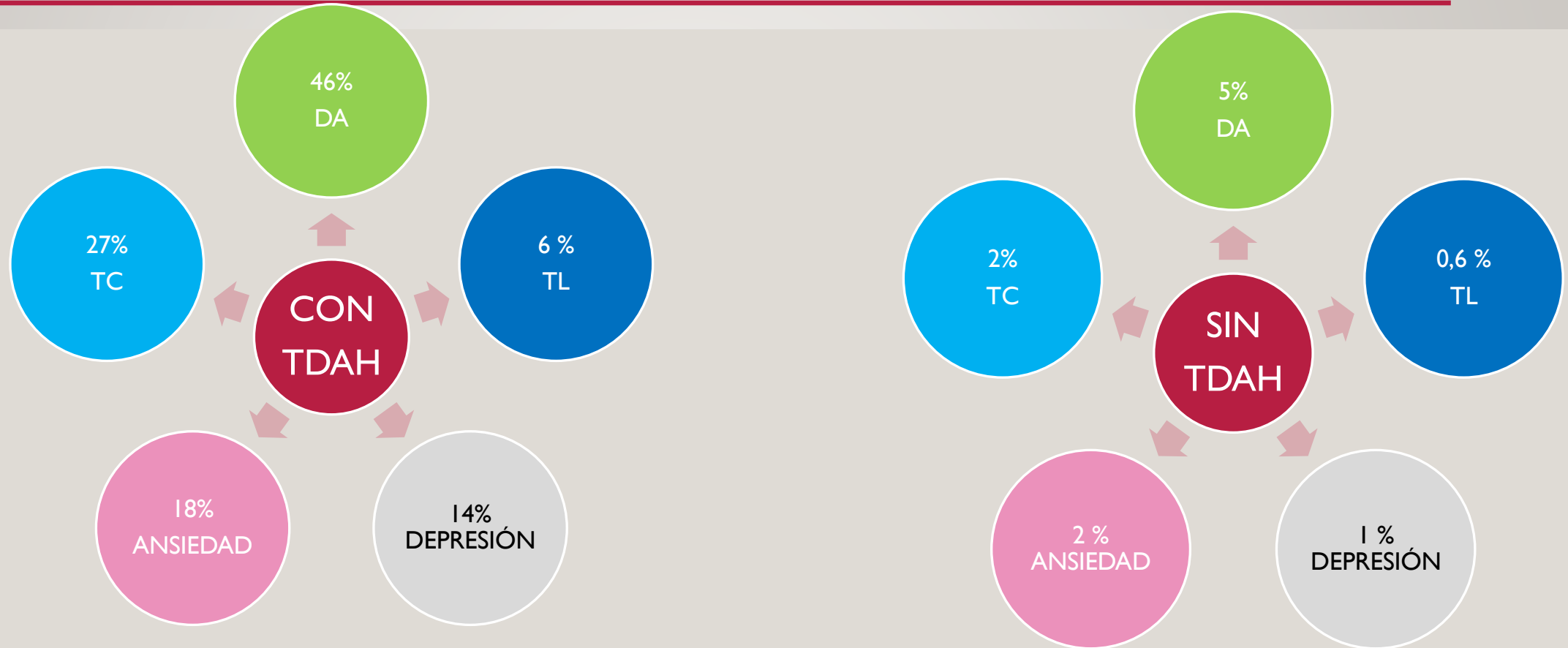
Neuroquímicos: flujo sanguíneo, metabolismo, del sistema neurotransmisor dopaminérgico.

Neuroanatómicos: hipofunción en los circuitos relacionados con el córtex prefrontal y el estriado dorsal, y una disfunción en los circuitos relacionados con el sistema de recompensa (estriado ventral, núcleo accumbens y córtex orbitofrontal). También diferencias de volumen; sustancia gris y blanca.

Psicológicos y Socioculturales: asociados a las funciones ejecutivas (atención, memoria de trabajo, planificación y resolución de problemas), estilos de aprendizaje, capacidad de autocontrol, la crianza o el temperamento. Factores Prenatales: consumo de tabaco, alcohol, drogas, cocaína. F. Perinatales: bajo peso, prematuridad. Factores postnatales: deprivación emocional, malnutrición, alergias alimentarias,...



PREVALENCIA Y COMPARACIÓN DE COMORBILIDADES CON Y SIN TDAH (PHEND, 2013)



-
- Muchas gracias por su atención.

• www.fundaneed.es