

¿Qué tienen en común?:

Albert Einstein,
Galileo,
Mozart,
Leonardo da Vinci,
Winston Churchill,
Stephen Hawkings,
Julio Verne,
Hans Christian Anderson,
Thomas Edison, George
Patton,
John F. Kennedy,
Rodin,
Tom Cruise,
Dustin Hoffman,

Robin Williams,
Walt Disney,
John Lennon,
Agatha Christie,
Beethoven,
Carl Lewis,
"Magic" Johnson, Robert
Kennedy,
George Bush,
El Príncipe Carlos, Dwight
D. Eisenhower,
Louis Pasteur,
Cher,
Steve McQueen,

Sylvester Stallone,
Werner von Braun,
Verdasco,
Michael Fred Phelps,
William Gates III,...
Pablo Motos,...
Paris Hilton
Britney Spears
Myley Cyrus
Bubba Watson
Dani Martin
Steve Jobs



AÑO	AUTOR	TERMINOLOGÍA
1775	Weikard	<i>Trastornos de la atención</i>
1798	Alexander Creighton	<i>Impulsividad emocional.</i>
1845-46	Hoffman (A)	<i>Inestabilidad motora.</i>
1867	Maudsley	<i>Perturbaciones conductuales</i>
1877	Ireland	<i>Perturbaciones conductuales</i>
1902	Still (I) (1868-1941)	<i>Defecto patológico en el control moral."</i>
1908	Dr. Vidal y Parera (ESP)	Graves problemas en mantener la atención y controlar su conducta
1917	Rodríguez Lafora (ESP)	Hace referencia a la constitución de los niños inestables, mentalmente normales incapaces para dominar sus reacciones, nervios, molestos, inquietos, con falta de atención (...)
1926	Smith	Propone abandonar el término de <i>Síndrome de Lesión Cerebral</i> por el de <i>Lesión Cerebral Mínima</i>
1930	Kramer- Pollnow	Síndrome caracterizado alteraciones en el habla, distraibilidad e inquietud extrema. Lo denominó <i>Trastorno hiperkinético de la infancia</i>
1934	Kahn & Cohen	Síndrome de Impulsividad Orgánica
1936	Balau	<i>Lesiones en el lóbulo frontal</i>
1937	Bradley	Establece una relación entre la neurobiología y la hiperactividad a través de sus trabajos con niños lesionados frontales y la administración de la bencedrina, cuyos efectos terapéuticos siguen demostrando su eficacia
1938	Levin	<i>Lesiones en el lóbulo frontal</i>
1942	Bender	<i>Síndrome postencefálico</i>
1947	Strauss y Lehtinenen	<i>Síndrome de daño cerebral infantil</i>
1952	DSM-I	Primer manual oficial de los trastornos mentales donde no figura el término TDAH/ADHD
1956	Hoff	<i>Trastorno hiperkinético</i>
1956	Pasamanick, Knobloch y Lilienfeld	Teoría del daño en las etapas tempranas del desarrollo del individuo
1957	Eisenberg	Introduce por primera vez el término hiperkinesia en la psiquiatría
1957	Lauffer	Diferencia el <i>Síndrome Hiperkinético del Síndrome Impulsivo-Hiperactivo</i> . Encuentra una relación entre impulsividad, hiperactividad, déficit atencional y dificultades de aprendizaje.
1960	Chess	<i>Trastorno hiperkinético</i>
1963	Mackeith & Bax	<i>Disfunción cerebral mínima</i>
1965	CIE-8	<i>Síndrome hiperkinético en la infancia</i>
1966	Rutter	Establece una posible asociación entre los problemas obstétrico-perinatales e hiperactividad
1966	Clements	<i>Disfunción cerebral mínima</i> que implica: "inteligencia normal pero que padecen disfunciones del sistema nervioso central"
1968	DSM-II	<i>"Reacción hiperkinética de la infancia"</i>
1978	CIE-9	<i>Trastorno Hiperkinético de la Infancia</i>
1980	DSM-III	<i>Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad.</i>
1987	DSM-III-R/TR	<i>Déficit de Atención con Hiperactividad</i>
1992	CIE-10	<i>Trastorno de la Actividad y de la Atención (en los trastornos hiperkinéticos)</i>
1994	DSM-IV	<i>Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad.</i>
2000	DSM-IV	<i>Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad.</i>
2013	DSM-V	<i>Trastorno por Déficit de Atención/hiperactividad. Presentación combinada; presentación predominante con falta de atención;</i>



INTRODUCCIÓN. TDAH

1. Es un trastorno conductual complejo, neurobiológico, evolutivo, crónico.
2. Hasta hace unos 30 años se consideraba como un trastorno propio de la infancia que remitía en la adolescencia.
3. Su persistencia alcanza al menos al 50-60% de los casos en la edad adulta.
4. Una combinación de factores genéticos y ambientales.
5. Los síntomas pueden causar un deterioro personal en casa, colegio/escuela, instituto, trabajo, deporte, ocio, relaciones sociales....
6. Si no se trata (MTA, 1999) puede producir efectos adversos durante toda la vida.

EL TRASTORNO NO:

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

A la tele y los videojuegos

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

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

CARACTERÍSTICAS



hiperactividad



impulsividad



Déficit de atención

INATENCIÓN

No presta atención suficiente a los detalles	No presta atención a los detalles o comete errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades
Dificultades para mantener atención en tareas y actividades lúdicas	Tiene dificultades para mantener la atención en actividades o tareas de ocio, así como para permanecer atento durante las clases, conversaciones o lectura de textos largos
No escucha cuando se le habla	Parece no escuchar cuando se le habla. La mente está en otra parte, incluso en ausencia de cualquier distracción evidente
No sigue instrucciones. No finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones	No sigue las instrucciones y no logra terminar los deberes, tareas u obligaciones en el lugar de trabajo. Inicia las tareas pero rápidamente pierde el interés y se distrae fácilmente. Comete errores al completar el trabajo escolar, en las tareas domésticas, o en las tareas en el lugar del trabajo
Dificultades para organizar tareas y actividades	Tiene dificultades para organizar las tareas o actividades así como para mantener el orden secuencial. No mantiene los materiales organizados ni sus pertenencias en orden. Es confuso y desorganizado en el trabajo, gestiona mal el tiempo y no cumple con los plazos.
Dificultades para realizar un esfuerzo mental sostenido	Le disgusta involucrarse en tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo los deberes escolares en casa; en adolescentes y adultos, preparación de informes, completar formularios, o la revisión de documentos largos.
Extravía objetos necesarios	Pierde los objetos necesarios para las tareas o actividades (material escolar, lápices, libros, utensilios, carteras, llaves, cuadernos, gafas, móviles)
Se distrae con estímulos irrelevantes	Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes (en adolescentes y adultos pueden incluir pasamientos no relacionados o ajenos
Descuido en tareas diarias	Se olvida de las actividades diarias (hacer recados; en adolescentes y adultos, devolver llamadas, pagar facturas, asistir a citas)

DSM-IV (2000)	DSM-V (2012-2013)
HIPERACTIVIDAD/IMPULSIVIDAD	
Mueve en exceso manos o pies, se remueve en el asiento	A menudo mueve en exceso manos o pies y se retuerce en su asiento
Abandona su asiento en clase	A menudo abandona el asiento cuando se espera que permanezca sentado (abandona su asiento en clase, oficina u otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren permanecer sentado)
Corre, salta excesivamente en situaciones inapropiadas	A menudo corre o salta en situaciones inapropiadas (en adolescentes y adultos puede limitarse a cierta inquietud)
Dificultades para jugar tranquilamente	A menudo es incapaz de jugar o participar en actividades de ocio en silencio o de una manera tranquila
Actúa como si tuviera un motor	A menudo “está en marcha”, “está como una moto” es incapaz de sentarse tranquilo, se muestra inquieto, en restaurantes, asambleas o reuniones, etc.; puede ser percibido por los demás como inquieto y difícil de seguir el ritmo
Habla en exceso	A menudo habla excesivamente
Responde antes de escuchar las preguntas	A menudo precipita una respuesta antes de haber escuchado la pregunta. Acaba las oraciones o sentencias de los demás, interrumpe las conversaciones y no puede esperar el turno en una conversación
Dificultades para guardar turno	A menudo tiene dificultades en esperar su turno (hacer cola)
Interrumpe actividades o conversaciones de otros	A menudo interrumpe o se inmiscuye en las conversaciones de otros (se entromete en conversaciones, juegos o actividades) usa las pertenencias de otras personas sin pedir permiso. En adolescentes o adultos puede entrometerse o hacerse cargo de lo que otros hacen.

GRAVEDAD:

Leve

- Buena capacidad de adaptación al entorno, además no tienen conductas disruptivas, según las características enumeradas anteriormente “pocas o ninguna están presentes, más que los necesarios para el diagnóstico”.

Moderado

- Presentan una sintomatología que provoca en ocasiones niveles de disfuncionalidad, suelen presentar problemas de conducta, académicos y de integración, por lo que necesitan una intervención integral adaptada.

Grave

- Presentan muchos síntomas de los anteriormente descritos, produciendo problemas graves de conducta o de personalidad. En estos niños la intervención debe ser intensa tanto en el ámbito académico, como familiar e institucional.

4. CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO SEGÚN LA EDAD

PRIMERA INFANCIA

- Mayores complicaciones post-natales
- Mayor incidencia de patologías crónicas.
- Menor desarrollo neuropsicológico.
- Nivel de actividad anormal
- Respuesta exagerada ante estimulación
- Falta de regulación emocional.
- Menor funcionamiento cognitivo.
- Irritabilidad
- Dificultad de adaptación a las rutinas
- Problemas de sueño

ETAPA PREESCOLAR

- Conducta hiperactiva
- Falta de equilibrio y coordinación
- Primeros síntomas de falta de inhibición conductual
- Menor capacidad de memoria de trabajo
- Menor planificación
- Menor flexibilidad para cambiar el foco de atención
- Retraso de desarrollo y la internalización del lenguaje.
- Posibles problemas del habla
- Menor comprensión de historias.
- Problemas sociales.

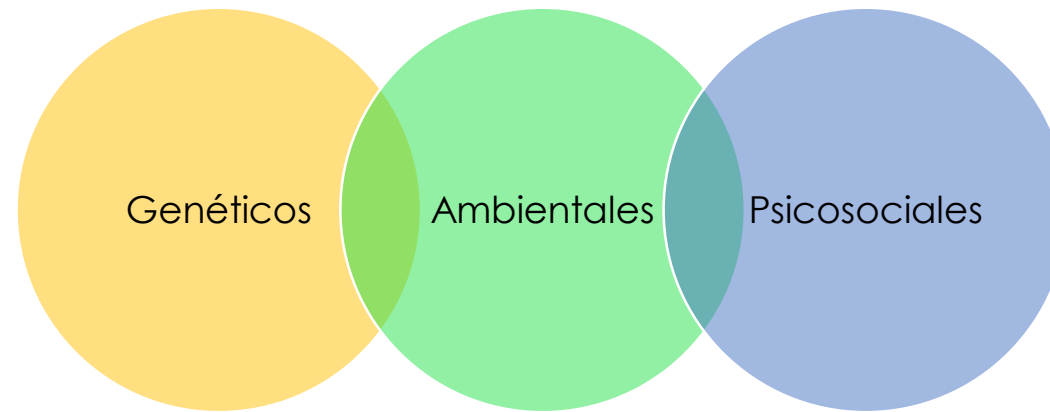
Etapa Escolar

- Persistencia de la conducta hiperactiva y la falta de inhibición
- Déficit atencionales.
- Dificultades en el lenguaje expresivo, comprensivo y pragmático.
- Menor rendimiento académico
- Escasa implicación en las tareas
- Posibilidad de dificultades específicas de aprendizaje.
- Menor desarrollo visomotor.
- Posibles retrasos en el crecimiento físico
- Persistencia de déficit motores.
- Conducta social negativa.
- Menores habilidades de relación.
- Problemas emocionales.

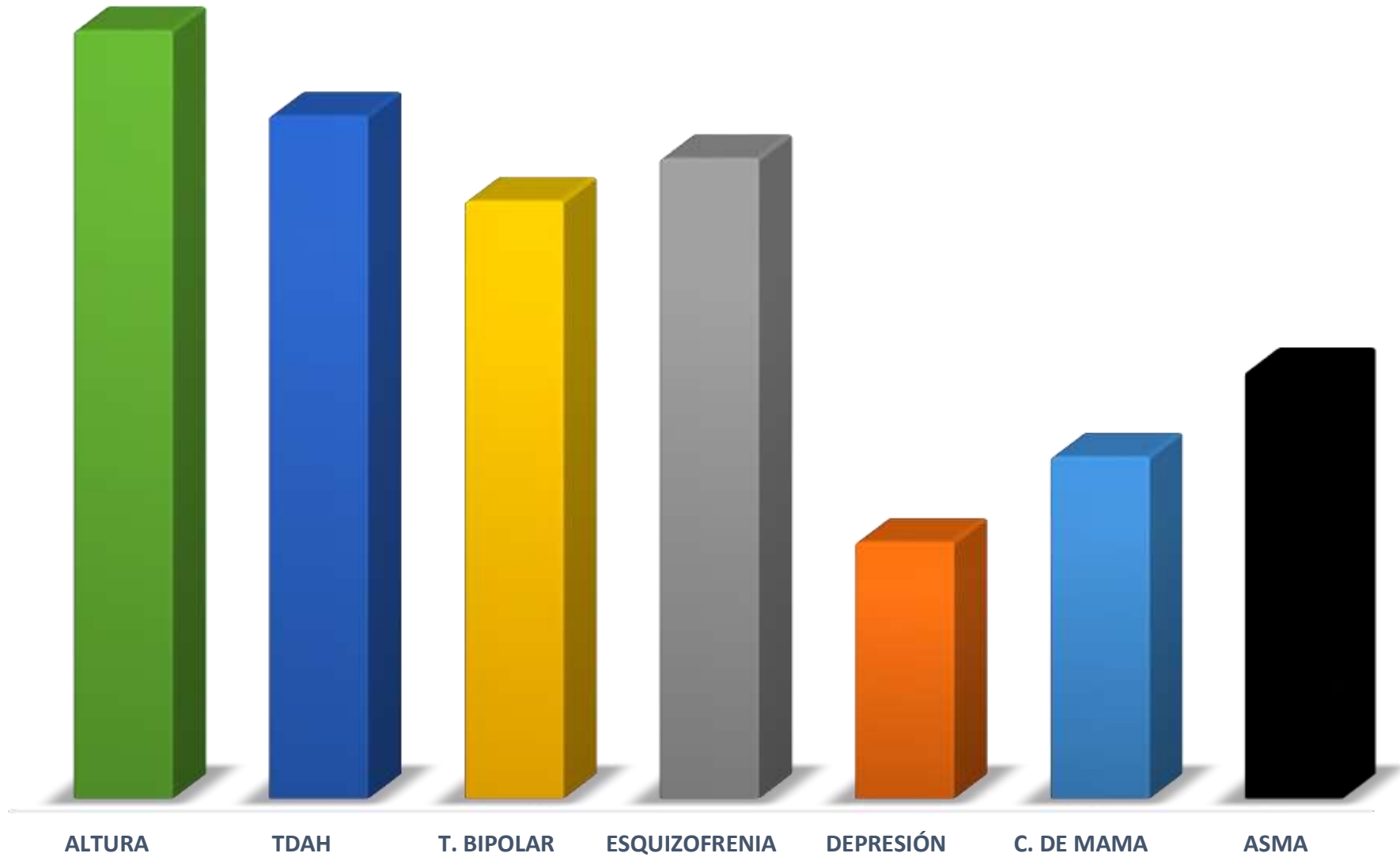
Adolescencia.

- Perdida de intensidad de conducta hiperactiva.
- Alteraciones de atención sostenida, planificación, organización, inhibición de respuestas o memoria verbal.
- Déficit en funciones cognitivas no ejecutivas.
- Interiorización de la experiencia de fracaso académica.
- Niveles más altos de estrés emocional y social
- Autoconceptos distorsionados.
- Conducta antisocial.

Etiología



COEFICIENTE HEREDABILIDAD



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,

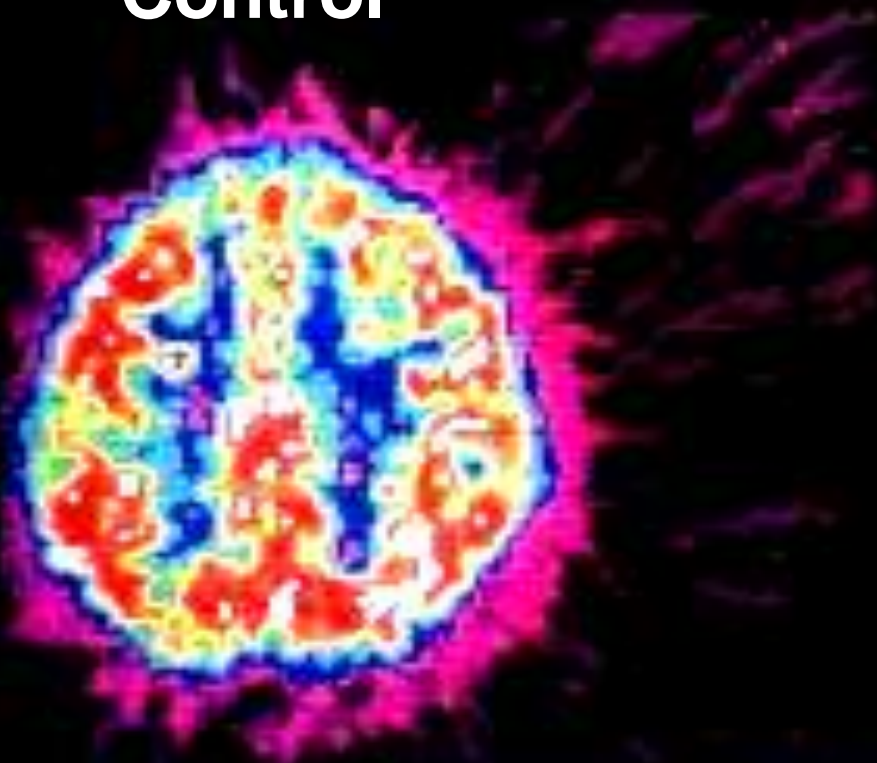
hemorragias

preparto

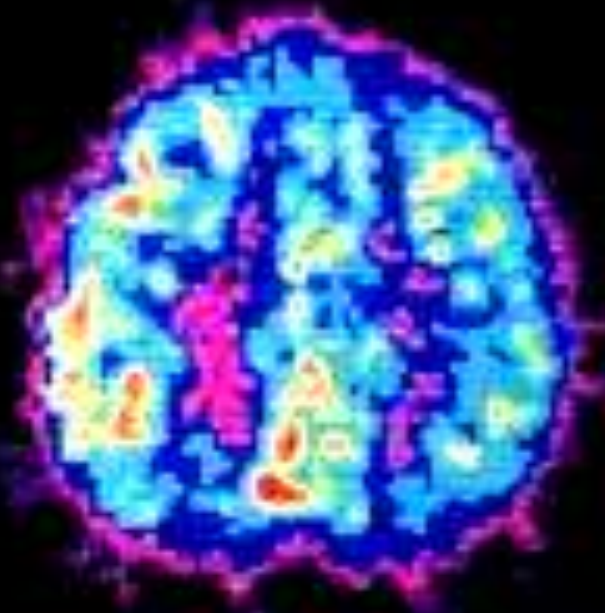


Etiología:
Menor actividad cerebral

Control



TDAH



Section on Clinical Brain Imaging, LCM, NIMH

Conductas visibles



Conductas invisibles/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

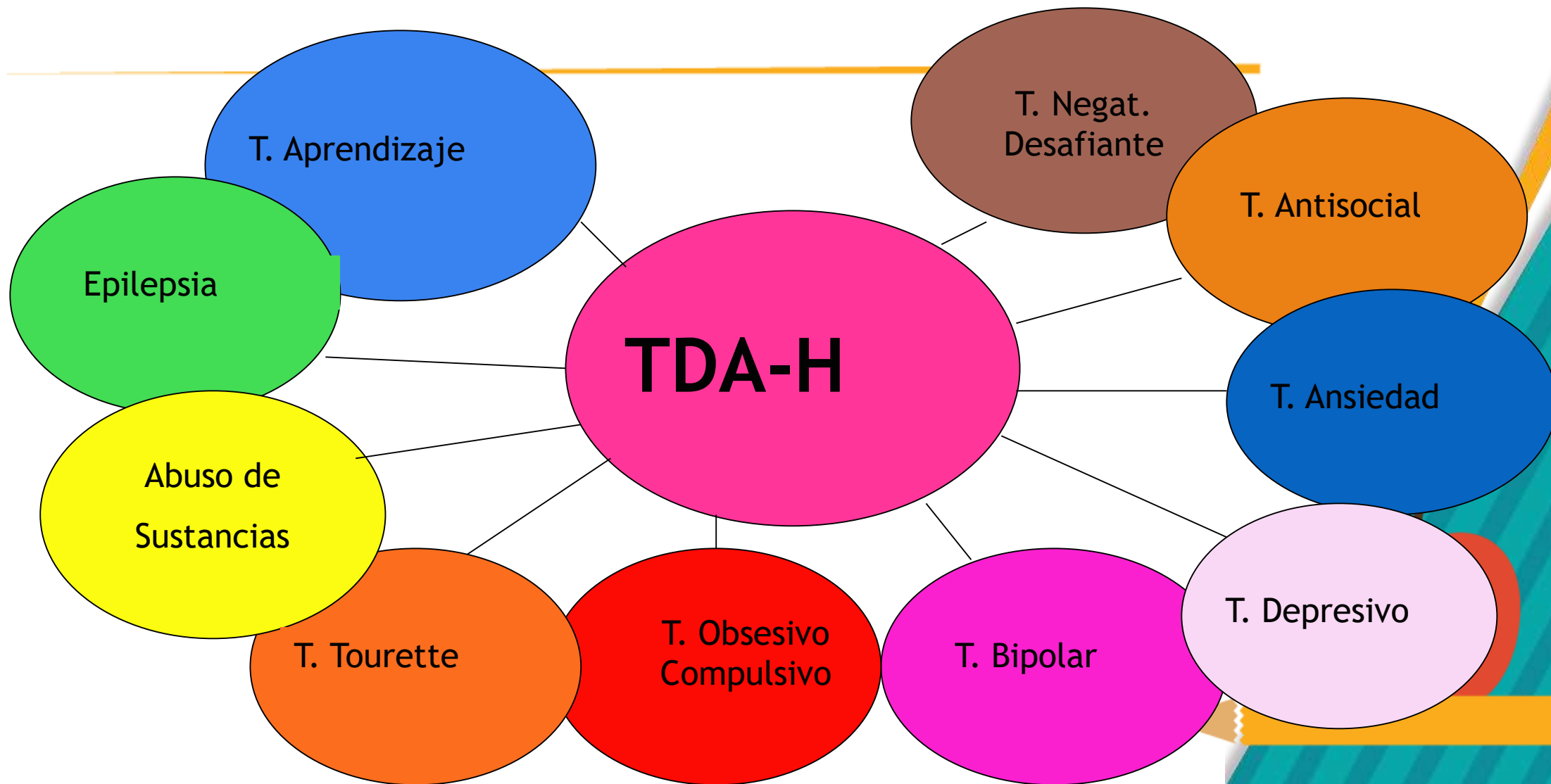
Impulsividad

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

Zeigler & Zeigler, 2006

Comorbilidades



COMORBILIDAD

HACE REFERENCIA A LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y DE APRENDIZAJE QUE COEXISTEN CON EL DIAGNÓSTICO DE TDA-H.

PRESENTACIÓN EN UN MISMO INDIVIDUO DE DOS O MAS TRASTORNOS.

- Trastorno Opositorista Desafiante (TOD) 40%
- Trastorno de Conducta (TC) o Disocial (TD) 30%
- Trastornos de ansiedad 25%
- Trastornos afectivos y emocionales 20-30%
- Trastornos del sueño 60%
- Trastornos de Tics 18%
- Síndrome de Gilles de la Tourette 35-60%
- Problemas de rendimiento académico 20%
- Lesiones y accidentes 4 veces más de lo normal

Comorbilidad



Trastorno Negativista Desafiante (TND):

Consiste en un **patrón de conductas negativistas, hostiles y desafiantes** presente de forma persistente durante al menos 6 meses. Dichas conductas incluyen discusiones con adultos, rabietas y enfados, negativa a cumplir las normas establecidas o las órdenes de los adultos, mentiras, culpar a otros de malas conductas propias y resentimiento.

5-10%

TDAH + TOD: 40%

- ① Pierde la paciencia fácilmente
- ② Frecuentemente riñe con adultos
- ③ Con frecuencia molesta intencionadamente a otras personas
- ④ Culpa con frecuencia a otros por los errores o mala conducta propios
- ⑤ Es susceptible o se molesta fácilmente por otros
- ⑥ Se enoja y se resiente con frecuencia
- ⑦ Es rencoroso y vengativo.



Comorbilidad

TND + TC

NIÑOS 40%

ADOLESCENTES: 60%

Trastorno de Conducta o Disocial (TC/TD)

Consiste en un **patrón de conductas en el que se violan sistemáticamente las normas sociales y legales y los derechos básicos de los demás**, de forma persistente y durante al menos un año. Pueden presentarse conductas agresivas hacia personas y animales (intimidación y amenazas, peleas, uso de armas potencialmente dañinas, crueldad física), destrucción de la propiedad, robos y mentiras para evadir responsabilidades, y violaciones graves de las normas establecidas.



- ① Agrede a personas o animales
- ② Destruye objetos o propiedades
- ③ Engaña o roba
- ④ Realiza violaciones serias de las normas



Comorbilidad

- **Lesiones y accidentes:** el niño hiperactivo tiene 4 veces más posibilidades de sufrir **accidentes y lesiones graves** (fracturas óseas, traumatismos craneo-encefálicos, rotura de dientes, etc.) que el niño sin este trastorno, debido a su impulsividad y a la presencia de trastornos de la coordinación motora.



Comorbilidad

Abuso de sustancias

Leyes psicológicas: Los seres humanos tendemos a repetir aquellas conductas que nos producen placer y evitamos aquellas que nos causan malestar y dolor.

Teoría de los reforzadores positivos y negativos

Predisposición biológico neuroquímica para iniciarse en el consumo de drogas y alcohol.

PREMISA: “Si el TDAH posee una base neuroquímica y el sujeto prueba alguna sustancia que posee efectos psicoestimulantes y experimenta sus efectos “positivos”, es muy probable que se enganche fácilmente a las drogas y el alcohol”l.

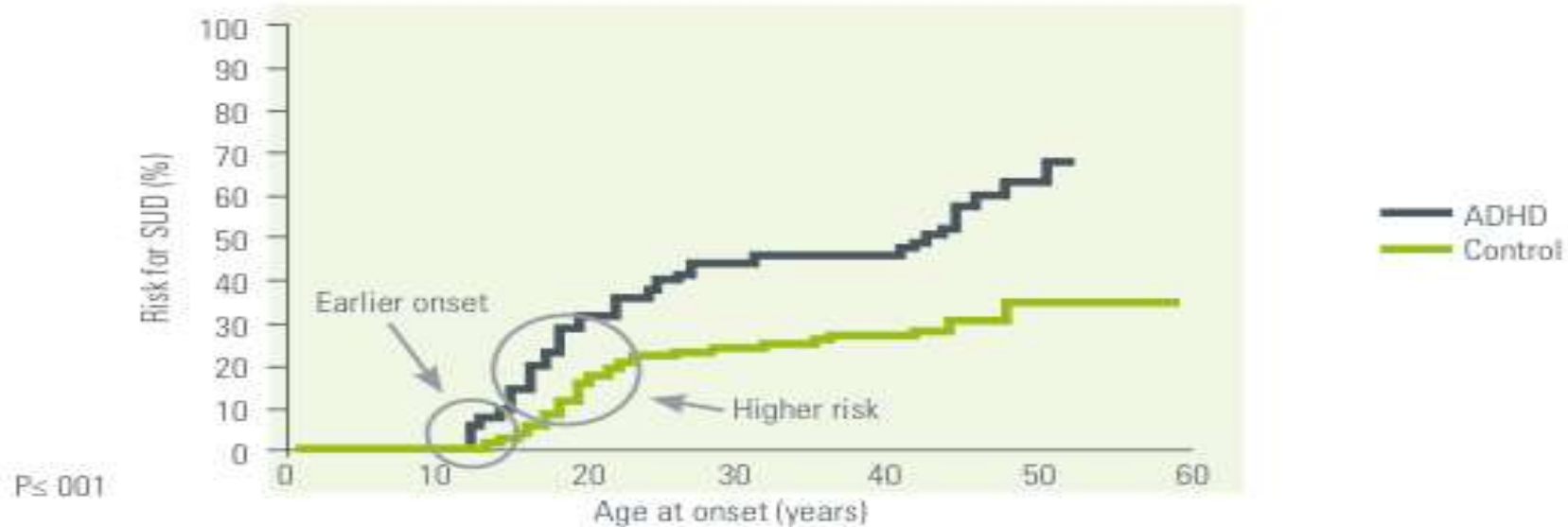
(Gratch, Luis Oscar, Médico Psicoanalista Argentino). El trastorno por déficit de atención. Panamericana.2009



Comorbilidad

FIGURA 5 TDAH Y ABUSO DE SUSTANCIAS

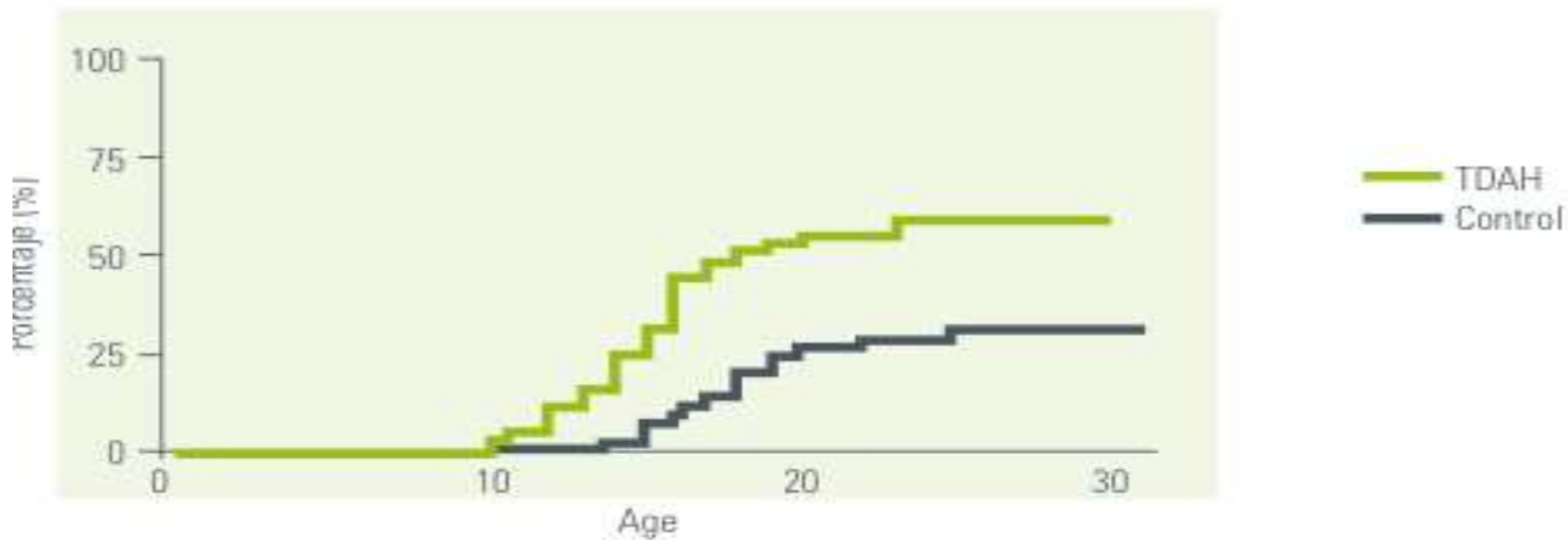
Survival curve: Risk for SUD
Onset in adults with untreated ADHD



Preprinted with permission from: Wilens TE, Biederman J, Mick E, et al. *J Nerv Ment Dis.* 1007;185:475-482.

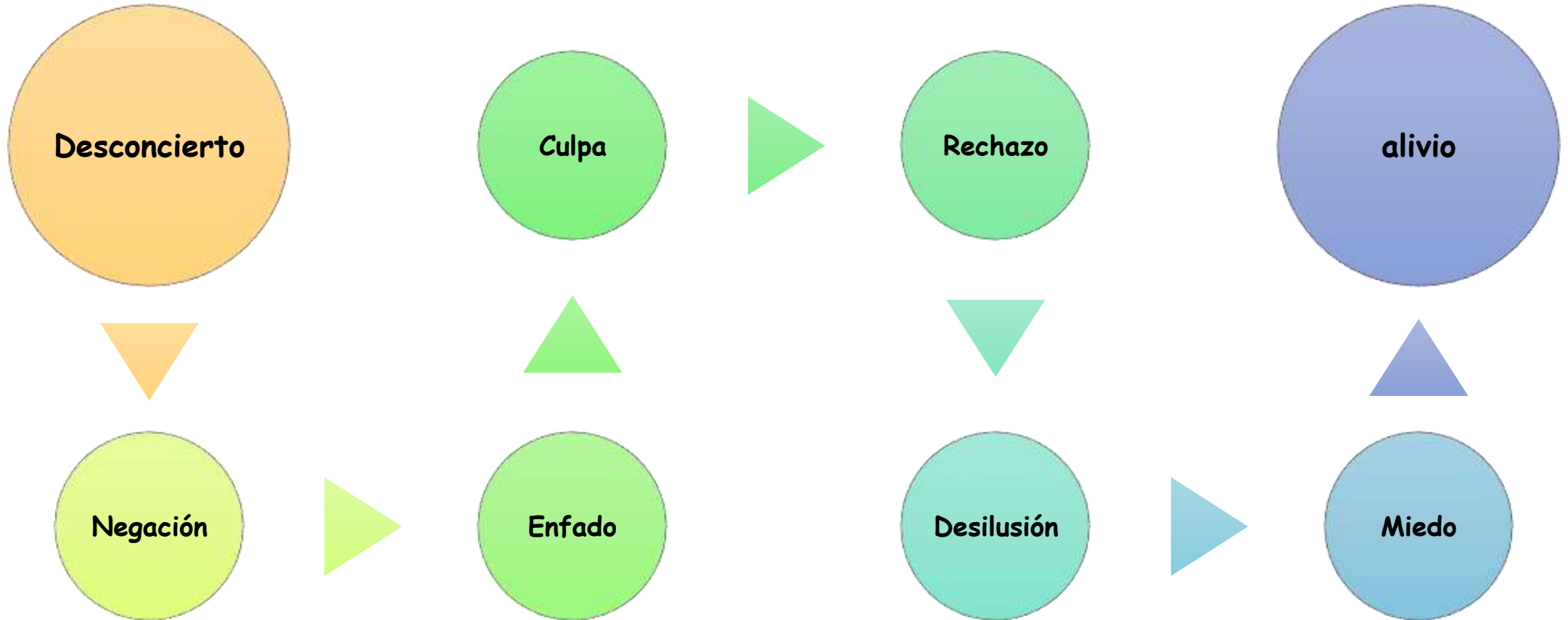
Comorbilidad

FIGURA 8 DEPENDENCIA DE NICOTINA EN SUJETOS TDAH³



FAMILIAS.

Reacciones de los padres



Reacciones de los padres ante un trastorno del desarrollo

- **Desconcierto.** Se da en aquellos padres con niños muy pequeños cuyos síntomas son controlables en el ámbito familiar. Por esta razón, no pueden comprender que el niño tenga problemas en el colegio.
- **Negación.** “Esto no le puede estar pasando a mi hijo”. La negación surge del miedo a que su hijo sea rechazado por amigos, familiares y profesores.
- **Enfado.** Tiene que ver con la frustración ante la sospecha errónea de que el niño podría superar su problema si se esforzara lo suficiente. Por otra parte, los padres sienten rabia hacia sí mismos por sentir que le han fallado a su hijo.
- **Culpa.** De entre todas las preguntas que podrían llegar a surgir ante un diagnóstico de TDAH, la más angustiante es “¿Es culpa mía que mi hijo sufra este trastorno?”. De ahí surgen dudas sobre cualquier hecho que haya podido generar un TDAH (descuidos en el embarazo, educación proporcionada, genética, etc...)

Reacciones de los padres ante un trastorno del desarrollo

- **Miedo.** Esta sensación se produce ante el desconocimiento del TDAH y suele paralizar a algunos padres. Surge el miedo hacia el rechazo social, temor ante la posibilidad de que ellos mismos padezcan TDAH, preocupaciones sobre si su hijo puede hacer vida normal, etc.
- **Rechazo.** Puede estar dirigido hacia el niño, hacia el personal médico o hacia otros miembros de la familia. La sacudida de sus expectativas hace que a muchos padres les cueste aceptar al niño como una persona con plena capacidad de desarrollo.
- **Desilusión.** Ante la posibilidad de que su hijo no sea perfecto. Los padres deberán tener mucho cuidado a la hora de enfrentarse a este sentimiento. Su frustración puede llevarles a no aceptar al niño tal como es y a exigirle cosas que el no puede hacer, lo que le generará sentimientos de hostilidad y resentimiento

PREVALENCIA

PREVALENCIA:

SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD EXISTE UNA PREVALENCIA DEL TDAH DEL 5.3 % (5%-7%)



PREVALENCIA:

AFECTA A 1 DE CADA 20 NIÑOS O ADOLESCENTES.

ENTRE EL 3 AL 6 % DE LA POBLACIÓN ESCOLAR.



DIAGNOSTICO Y TRATADO

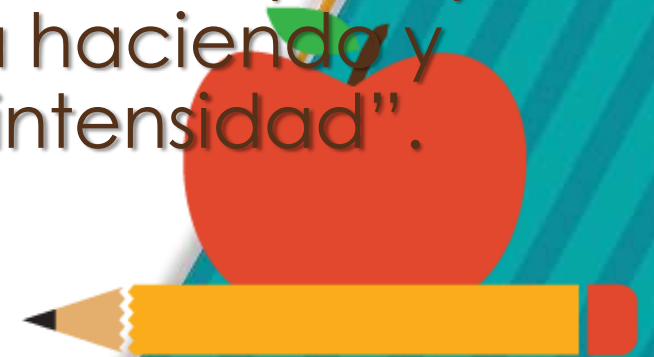
288.000 SIN DIAGNOSTICAR

SOLO EL 1,8 % RECIBEN TRATAMIENTO.

MÁS DE LA MITAD SIN TRATAMIENTO

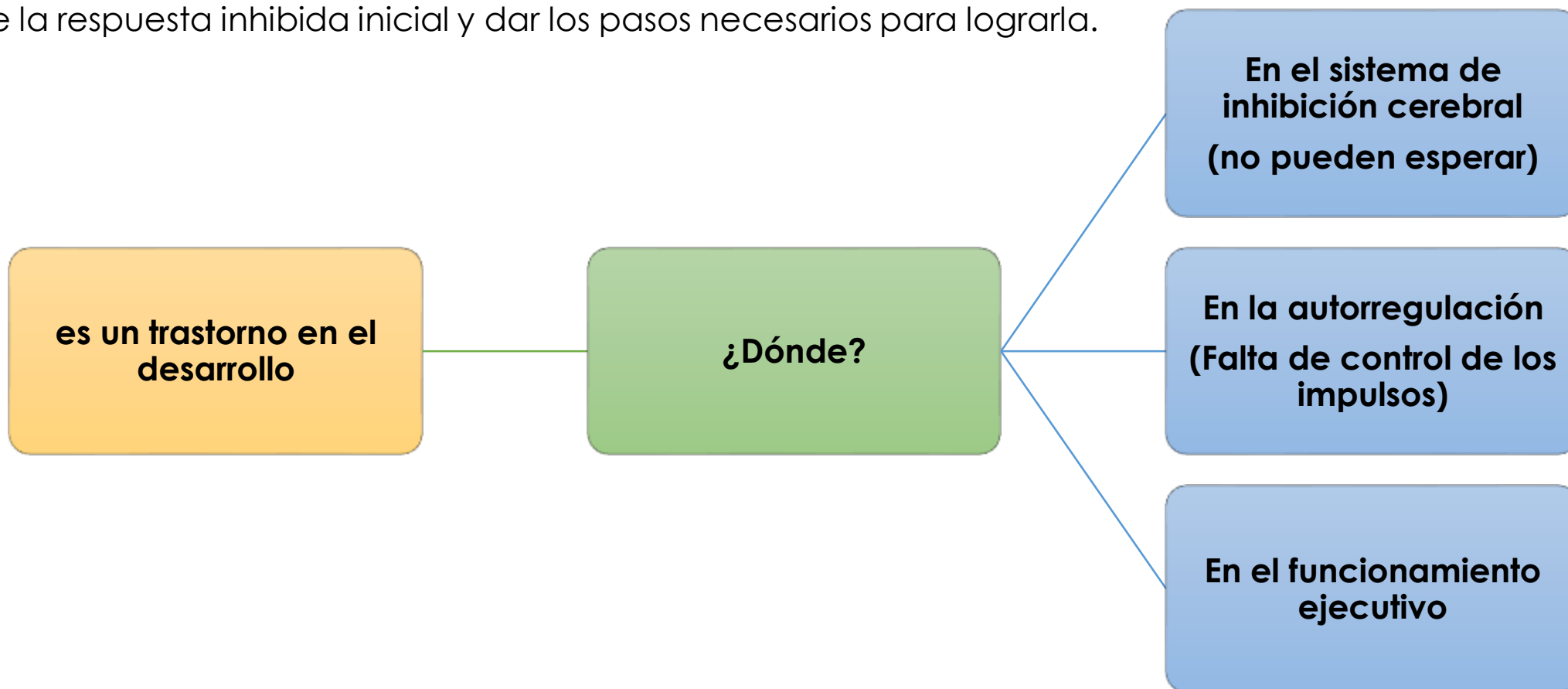
- En 2007. Los cerebros de quienes padecen TDAH maduran tres años más tarde que los de sus pares.
- Este descubrimiento sirve para explicar el atraso en el desarrollo de las funciones ejecutivas de los niños con TDAH.

-
- El doctor Barkley define las funciones ejecutivas como “aquellas acciones sobre nosotros mismos, o dirigidas a nosotros mismos, que nos permiten alcanzar el auto-control, desarrollar comportamientos orientados a metas, y maximizar resultados futuros”.
 - Mediante el uso de una metáfora, el doctor Brown, compara las funciones ejecutivas con el papel de un director de orquesta.
 - “El director organiza varios instrumentos para que se toquen ya sea de forma individual o colectiva, integra la música haciendo y omitiendo ciertas acciones, y controla su ritmo e intensidad”.

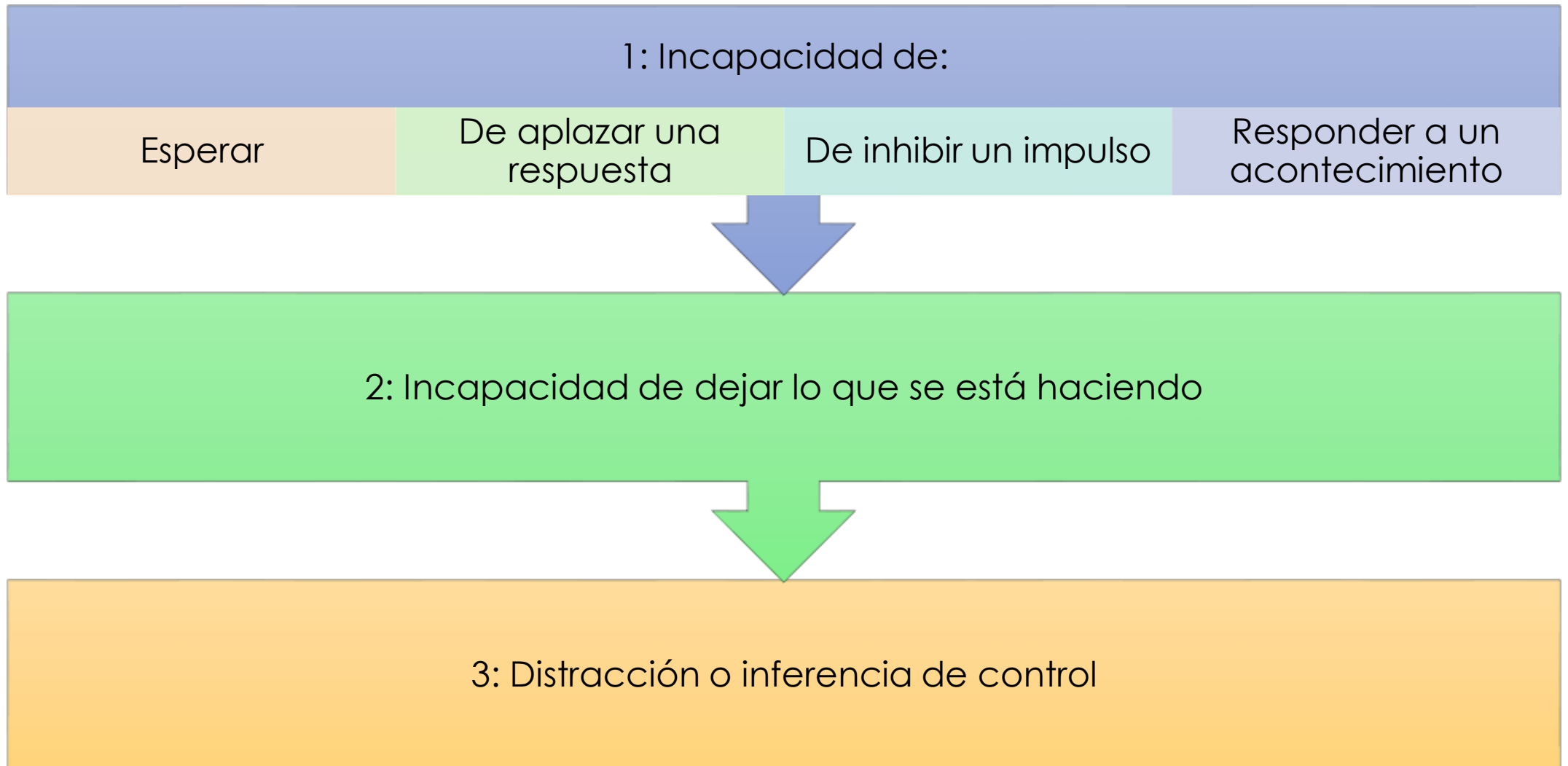


FUNCIONES EJECUTIVAS

Son el conjunto de habilidades cognitivas responsables de la organización y planificación del comportamiento, que nos ayudan a resistir la distracción, fijarnos unas metas nuevas más adecuadas que la respuesta inhibida inicial y dar los pasos necesarios para lograrla.



En el sistema de inhibición cerebral



LAS FUNCIONES EJECUTIVAS GOBERNADAS POR LA INHIBICIÓN



**Memoria
de
Trabajo verbal**

” La voz de la mente
“Hablarse a uno mismo”

**Memoria
de
Trabajo NO verbal**

El ojo de la mente
“Sentirse a uno mismo”

**Memoria emocional
Autorregulación
emocional**

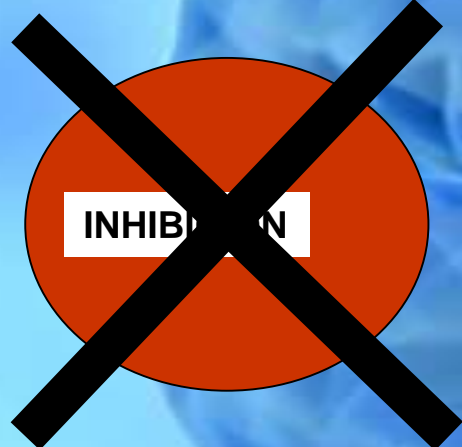
El corazón de la mente
“Emocionarse a uno mismo”

**Planificación
y Resolución
de Problemas**

El control motor
“Controlarse a uno mismo”

INHIBICIÓN = CAPACIDAD

LAS FUNCIONES EJECUTIVAS AFECTADAS POR EL TDAH: PERDIDA DE LA INHIBICIÓN



Memoria de Trabajo verbal

Memoria de Trabajo NO verbal

Auto-regulación emocional

Planificación y Resolución de Problemas



- DESTRUCCION DEL SENTIDO DEL TIEMPO
- MIOPÍA HACIA EL FUTURO
- VIVEN UN PRESENTE CONTINUADO
- LO DEJAN TODO PARA EL ULTIMO MOMENTO
- DIFICULTADES DE EMOTIVIDAD AFECTIVIDAD
- POBRE REGULACION DEL CONTROL MOTOR

DIAGNÓSTICO.

Sólo el 15% de niños con TDAH están diagnosticados.

Importancia del cribado.

Centros escolares.

Centros de salud.

Población de riesgo.

Adultos.

Guía práctica clínica sobre el TDAH, 2010:

Población de riesgo:

- Niños y adolescentes impulsivos o con problemas de conducta (Bullying).
- Deficiente rendimiento académico
- Historial de gabinetes psicológicos, logopédicos,...
- Adolescentes con conductas de riesgo (tabaco, alcohol, drogas, conductas sexuales),...
- Familiares con TDAH
- Prematuros
- Bajo peso
- Ingesta de tóxicos durante la gestación.
- TCE graves.



TRATAMIENTO

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Se persigue minimizar los síntomas del trastorno. El metilfenidato, es el medicamento más utilizado, y por el momento más eficaz, ya que consigue mejorar las capacidades de los niños, además facilita el correcto desarrollo intelectual, mejora la interacción social, y por ultimo este tratamiento ayuda a las demás intervenciones mediante el manejo de la conducta

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

Este tratamiento trata de conseguir estrategias de comunicación, de conducta o para enseñar el propio autocontrol.

Técnicas de modificación de conductas.

Estrategias de autocontrol

Autoinstrucciones.

Autoevaluación con refuerzo.

Programas de entrenamiento a padres.

Técnicas de control de la ira.

Intervenciones multidisciplinarias.

TRATAMIENTO PSICOPEDAGÓGICO

ayudan a mejorar su adaptación al entorno, además de utilizar procedimientos de enseñanza-aprendizaje de habilidades comportamentales.



TRATAMIENTOS

Objetivos:

Disminuir/eliminar los síntomas centrales del TDAH y comorbilidades.

Optimizar el rendimiento académico y el funcionamiento social.

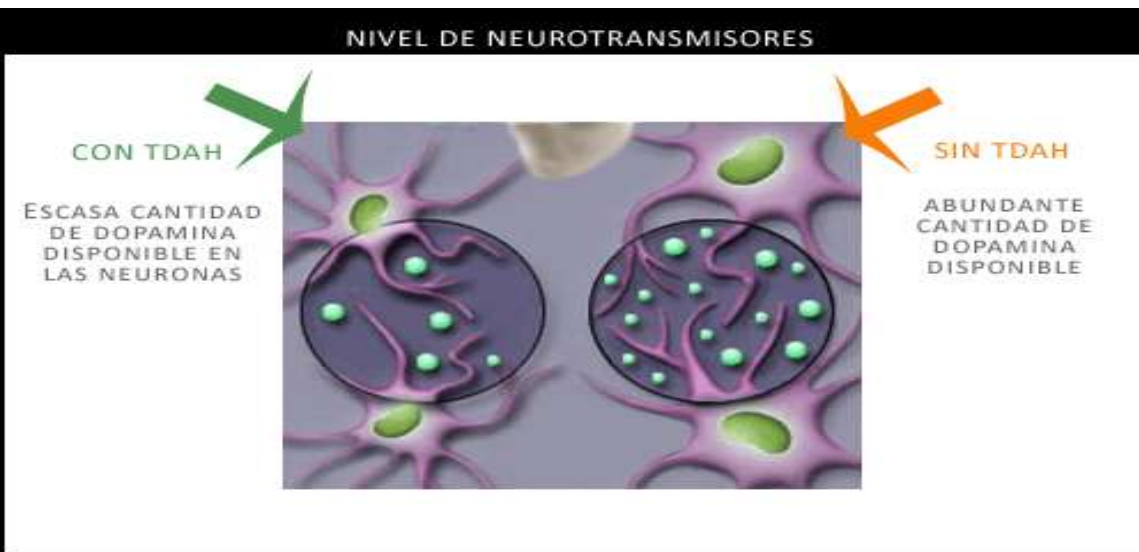
Adaptar el entorno a las necesidades del paciente y facilitar la transición a la vida adulta.



TRATAMIENTOS

El tratamiento que ha demostrado mayor eficacia es el Multimodal Treatment of Children with ADHD. MTA, 1999, que consiste en una combinación:

- Médico-Farmacológico.
- Psicológico-social (Padres, Profesores y Alumno)
- Educativa



Fármacos: actúan aumentando el nivel de dopamina y noradrenalina en el espacio sináptico. Esto ocurre al inhibir la recaptación de estos dos neurotransmisores en la neurona presináptica, para facilitar su llegada a la neurona postsináptica



Metilfenidato y derivados

- (Rubifen®)*. LABORATORIOS RUBIÓ S.A.
- (Medikinet®)* Metilfenidato liberación prolongada
- Medikinet/medicebran (juste S.A.Q.F.)
- (Concerta®) Metilfenidato-OROS® * (JANSSEN-CILAG S.A.)
- (Ritalin®) XR®) Metilfenidato lib. prolongada
- (Focalin®) D-metilfenidato
- (Eqwasym®) (Celltech Pharmaceuticals Ltd.)
- Tranquilyn (Laboratorios Rubió)
- Metilfenidato, parche transdérmico (Daytrana®)

Anfetaminas y derivados

- Dextroanfetamina (Dexedrine®)
- Mezcla de sales de anfetaminas (Adderall® y Adderall-XR®)

Otros:

- Atomoxetina (Strattera®)*
- Pemolina magnésica (Cylert®)
- Modafinilo (Modiodal®)
- Intuniv *

* Disponibles en España.

FÁRMACOS AUTORIZADOS (EEUU, Europa) Y DISPONIBLES EN ESPAÑA*



EFECTOS ADVERSOS PREOCUPANTES

Todos los medicamentos tienen efectos secundarios adversos

→ **DOLOR DE ESTÓMAGO**

→ **DOLOR DE CABEZA**

→ **DISMINUCION DEL APETITO**

→ **DISMINUCIÓN DEL CRECIMIENTO.**

→ **AUMENTAR TICS.**

→ **DIFICULTADES PARA DORMIR (INSOMNIO)**

→ **ABUSO POTENCIAL**





TRATAMIENTOS

Según Jensen (2001), el uso de medicación es casi tan efectivo como la combinación de medicación e intervención en la conducta.

- 58% sólo tratamiento farmacológico
- 34% al cognitivo-conductual
- 68% a la combinación de ambos

Coste directos-Indirectos del tratamiento: 5.000-8.000 €



5. Tratamiento: multimodal

Farmacológico: (reducir los síntomas)

- ESTIMULANTES DEL SNC (metilfenidato: rubifen, medikinet, concerta)
- Noradrenérgicos (Stratera)
- “Anticonvulsivos”, “Antidepresivos”, “antipsicóticos”

Psicológico (padres, profesores y niños):

- Información sobre el trastorno.
- Estrategias de manejo conductual.
- Estrategias de comunicación.
- Estrategias para mejorar el autocontrol.

Psicopedagógico:

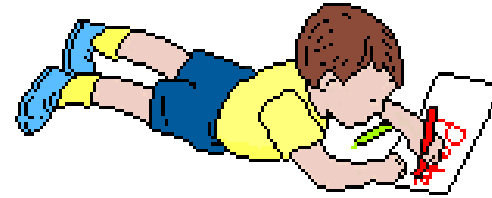
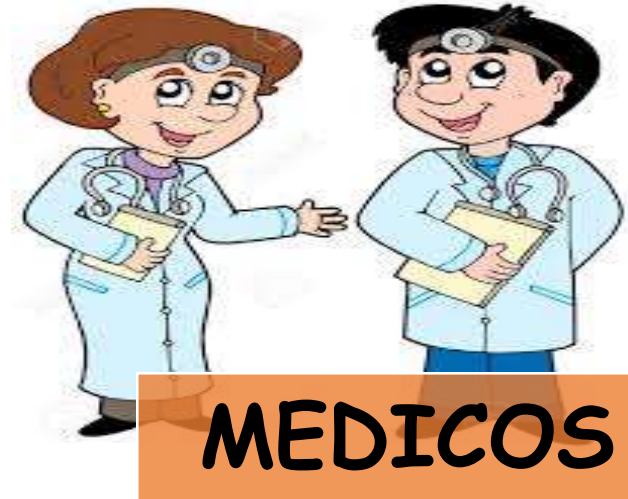
- Ajuste metodológico
- Apoyo educativo
 - A nivel de centro
 - Familiar
- Otras medidas



Lo que los medicamentos pueden y no pueden hacer:

Lo que los medicamentos pueden hacer:	Lo que los medicamentos no pueden hacer
Disminuir el grado de actividad Aquietar durante más tiempo.	Enseñar buen comportamiento. Enseñar a reflexionar.
Permitir concentrarse por más tiempo. Hacer trabajos más precisos. Mejorar la atención.	Enseñar destrezas sociales. Enseñar material escolar pasado. Enseñar a determinar en que se debe concentrar.
Disminuir la impulsividad. Cumplir mejor con las reglas. Pensar antes de actuar.	Enseñar a manejar los sentimientos. Hacer feliz al niño.
Ser menos agresivo. Manejar la frustración.	Motivar al niño. Resolver problemas de aprendizaje.

¿QUIÉN ESTÁ IMPLICADO?



LA PERSONAS AFECTADAS TIENEN MÁS PROBABILIDADES DE:

- Abandonar los estudios (32-40%)
- Tener pocos o ningún amigo (50-70%)
- Bajo rendimiento laboral (70-80%)
- Consumo de tabaco y drogas ilegales (?)
- Actividades antisociales (40-50%)
- Conductas de riesgo: Accidentes de tráfico (?)
- Embarazo precoz (40%)
- Enfermedades de transmisión sexual (16%)
- Depresión (20-30%)
- Trastornos de personalidad (18-25%)

Fuente:

(ADHD Internatinal Consensus Statement, 2012)

ESTRUCTURACIÓN DEL AMBIENTE EN EL AULA:

Sentarle cerca

Lugar libre de estímulos

Marcadores de tiempo

Estímulos visuales

Grabaciones, cassetes

Compañeros de supervisión

Control del material disponible

minutos

Recordarle las Rutinas

Que se las diga en alto

Confirmar que se ha enterado

Información inmediata de su

actuación

Desglosarles el futuro en el aquí y ahora ,

Metas mas inmediatas

Pocas tareas y trabajos

Una detrás de otra, no a la vez

Descomponerlas en pasos intermedios: fragmentarla

Señalarle, marcarle lo relevante

Darle un tiempo y externalizárselo

Descansos

AUTOINSTRUCCIONES

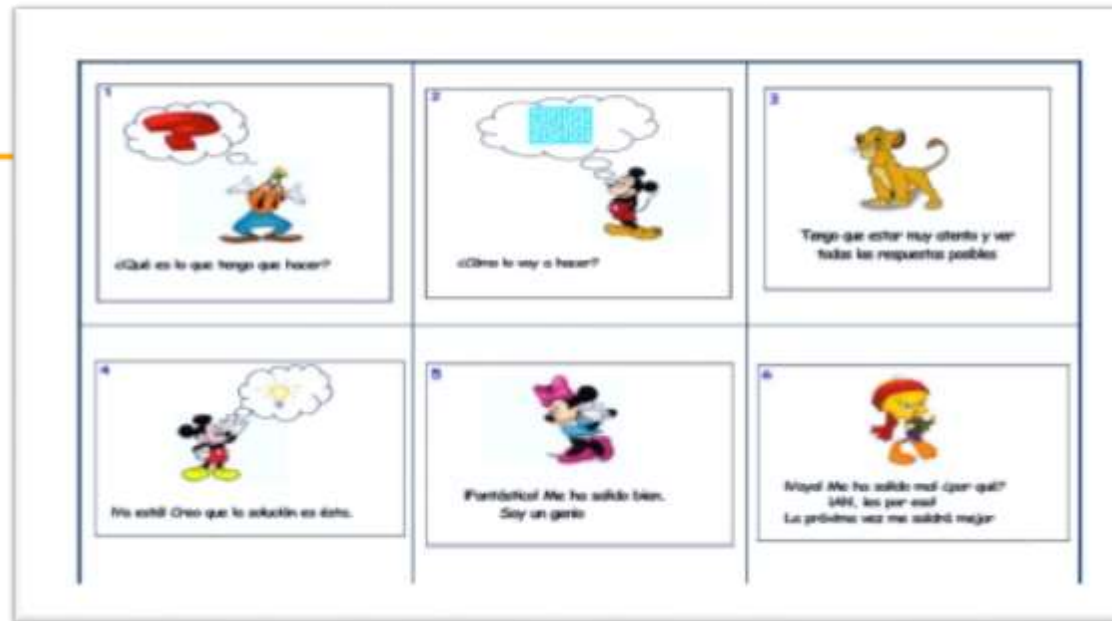


AÑOS 80, DONALD MICHENBAUM

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN EN FLORIDA. INSTITUTO PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE VIVTIMAS DE ACTOS VIOLENTOS

LENGUAJE INTERIOR
DIÁLOGO INTERNO

PASOS



MODELADO:

EL PROFESOR LO HACE Y EL CHICO LO REPITE.

1. EXPLICAR EN **VOZ ALTA** CÓMO SE ESTÁ REALIZANDO LA TAREA
2. EXPLICAR EN **VOZ BAJA**
3. EXPLICAR **GESTICULANDO**
4. **VOZ INTERIOR**



Necesidades de los pacientes con TDAH.

SANIDAD

- Implantación de la Guía Inclusión del TDAH en el Plan Estratégico de Salud Mental Favorecer la innovación e incorporación al Sistema Sanitario de nuevas alternativas en el tratamiento del tratamiento del TDAH Reconocimiento especialidad psiquiatría infantil Círculo (punto negro) Coordinación e impulso de protocolos de CCAA

EDUCACION

- Proyecto Ley LOMCE Formación profesorado (formación reglada/universitaria, y formación continuada) Coordinación e impulso de protocolos de CCAA

POLITICA SOCIAL

- Ayudas familias desfavorecidas Inclusión en las líneas de trabajo de las políticas con infancia Atención y diagnóstico en centros y servicios de protección a menores

JUSTICIA

- Diagnósticos y tratamientos entre población reclusa Formación a fiscales, jueces y abogados Atención y diagnóstico en el sistema de responsabilidad penal de los menores

Para pensarlo

Un estudio realizado en Islandia demuestra el **éxito** de la intervención precoz en TDAH

En el TDAH el **tiempo es crítico**. Un retraso de dos años en la intervención se traduce en un descenso acusado en las calificaciones académicas. Así lo muestra un estudio publicado en la revista 'Pediatrics' basado en el análisis de 11.872 niños islandeses de entre 9 y 11 años de edad.

El trabajo concluye que la **intervención precoz** en los niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) mejora el rendimiento escolar y evita problemas futuros. Los investigadores, que fueron coordinados desde la Facultad de Medicina de Mount Sinaí, en Nueva York, descubrieron que los niños con TDAH que fueron tratados más tarde tenían mayor probabilidad de obtener peores notas en las asignaturas de Matemáticas y Lengua.

En concreto, el estudio islandés ha demostrado que "los niños y niñas de entre 9 y 12 años tratados más precozmente presentan un menor riesgo de descenso en su rendimiento académico, particularmente en matemáticas".

En conclusión, este estudio indica que **el retraso en la detección de estos niños**, en su diagnóstico y en la intervención de un médico especialista **puede afectar de forma notable a su rendimiento escolar**.

Proceso en España

Los padres detectan que algo no va bien

Acuden a los especialistas

Derivación a los Equipos:

- Elaboración de una evaluación psicopedagógica
- Dictamen de escolarización:
 - Apoyo
 - Refuerzo Educativo



Proceso en España

Orden EDU 571/2005, de 26 de abril por la que se crea un fichero automatizado de datos de carácter personal, con el nombre de :

“ Datos relativos al alumnado con necesidades Educativas Específicas” es la ATDI:

- Se accede a través del portal de Educación de la Junta de Castilla y León con unas claves de usuario y contraseña



MEDIDAS DE ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD

ADAPTACIONES CURRICULARES

GRUPOS DE REFUERZO

TUTORIAS

OPCIONALIDAD DE MATERIAS

PROGRAMAS DE DIVERSIFICACIÓN CURRICULAR

EDUCACIÓN COMPENSATORIA

PROGRAMAS DE CUALIFICACIÓN PROFESIONAL



RECORDAMOS

DETECCIÓN

IDENTIFICACIÓN

ADAPTACIÓN CURRICULAR METODOLÓGICA



INSTRUCCIONES

USAR UN LENGUAJE CLARO Y CONCRETO

DAR EXPLICACIONES CON DEMOSTRACIONES Y MEDIOS ICÓNICOS

NO DAR EXCESIVA INFORMACION

SOLICITAR AL ALUMNO QUE REPITA LAS INSTRUCCIONES DE LO QUE SE LE DEMANDA



EXPLICACIONES

EVITAR DESPISTES:

- Diciendo su nombre durante la explicación
- Exámenes orales o escritos
- Retroalimentación y reforzar su atención
 - No te preocupes,...
 - Sé que te has esforzado,...
 - Muy bien, sigue así,...
 - Te ha salido bien porque te has parado a pensar,...



Actividades

Hay varias **actividades útiles para niños con TDAH** que les permiten desahogarse, correr, moverse y descargar energía, y resultarán un alivio.

Nadar. Requiere coordinación y esfuerzo físico. Además puede disfrutarse con los padres y amigos.

Deportes de equipo. Practicar fútbol, waterpolo, baloncesto, balonmano, volleyball enseña a participar en equipo y supone un gran esfuerzo físico.

La pesca. Se ha demostrado que a algunos niños con TDAH la pesca les relaja.

Karate o judo. Aunque parezca contrario al sentido común, las artes marciales implican una gran disciplina y estructura que es muy positiva para niños con TDAH.

Danza y gimnasia. Gran vía de escape para la energía del TDAH, especialmente si el objetivo es divertido y entretenido.

Juegos de ordenador. A los niños con TDAH suelen interesarse bastante por los ordenadores. El ordenador no grita y actúa de manera racional. Jugar en el ordenador puede ayudar a aprender las habilidades informáticas esenciales que necesitarán.

Cualquier otra actividad que ayude al niño a concentrarse y socializarse.



Muchas gracias

PROF. MANUEL RODRÍGUEZ BECERRA

mrodriguezbe@upsa.es

manurodriguez2002@gmail.com

www.fundaneed.es

Telf. 626 988 176