

**Rafael Guerrero**

Prólogo de Joaquín Fuster e introducción de Luis Rojas Marcos

**TRASTORNO** POR  
**DÉFICIT** DE  
**ATENCIÓN** CON  
**HIPERACTIVIDAD**

Entre la patología y la normalidad



**Rafael Guerrero**

**TRASTORNO POR  
DÉFICIT DE  
ATENCIÓN CON  
HIPERACTIVIDAD**

**Entre la patología y la normalidad**

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 éste 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](http://www.conlicencia.com) o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

© del texto: Rafael Guerrero, 2016.

© de las fotografías: Shutterstock, 2016.

© de las ilustraciones: José Carlos Muniz da Cunha y Sergio Cordero Cañizares, 2016.

Diseño y maquetación de interior: Rudesindo de la Fuente

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: abril de 2016

© Editorial Planeta, S. A., 2016

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](http://www.planetadelibros.com)

ISBN: 978-84-480-2219-8

Depósito legal: B. 1.205-2016

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.

## CAPÍTULO 1

---

# EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y MITOS SOBRE EL TDAH

---



## 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, el 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 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 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 éste 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 de 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, éstos 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 muchachos de su edad. Por tanto, no juegan más tiempo a los videojuegos que el resto de los chicos, como comúnmente se piensa.

**El TDAH con la 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 éste 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 y sacrificadas en los estudios. Según la proporción de casos de TDAH con presentación inatenta, éste es casi dos veces más frecuente que la presentación combinada.

**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 Viena, esta patología no existe como entidad diagnóstica.

**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 la persona que la 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.