



Universidad
Zaragoza

Trabajo de Fin de Grado

El TDAH en la actualidad: detección e intervención
educativa.

Autor/es

Carolina Fernández Hernández

Director/es

Isabel Mur Espuña

Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Campus de Huesca.

2023

Índice

| | |
|--|-----------|
| RESUMEN. | 3 |
| 1.INTRODUCCIÓN. | 3 |
| 2. MARCO TEÓRICO. | 4 |
| 2.1. ¿Qué es el TDAH? | 4 |
| 2.2. Tipos de TDAH. | 10 |
| 2.3. Etiología. | 11 |
| 3.DIAGNÓSTICO. | 13 |
| 3.1. Alertas conductuales. | 16 |
| 3.2. Protocolo de evaluación. | 20 |
| 3.3. Dificultades de aprendizaje. | 22 |
| 4. INTERVENCIÓN. | 25 |
| 4.1. Tratamiento farmacológico. | 26 |
| 4.2. Tratamiento psicológico-psicopedagógico. | 27 |
| 5. PAUTAS DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA. | 32 |
| 5.1. Orientaciones-apoyos-adaptaciones. | 32 |
| 5.2. Estrategias de intervención con el alumnado TDAH en el aula. | 38 |
| 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. | 45 |
| 7. ANEXOS. | 47 |

El TDAH en la actualidad: detección e intervención educativa.

TDAH today: screening and educational intervention.

- Elaborado por Carolina Fernández Hernández.
- Dirigido por Isabel Mur Espuña.
- Presentado para su defensa en la convocatoria de septiembre del año 2023.
- Número de palabras (sin incluir anexos): 13.133

RESUMEN.

El presente trabajo discurre acerca de uno de los trastornos infantiles más comunes en nuestra sociedad, el TDAH (Trastorno por déficit de atención e hiperactividad). Los problemas de atención, hiperactividad e impulsividad son los síntomas típicos de este trastorno por ello es previsible encontrar niños con este trastorno entre el alumnado de primaria.

Sin embargo, aunque el TDAH es un trastorno sobradamente estudiado y analizado, parece haber un sobrediagnóstico significativo del mismo, lo que está provocando cierto desconcierto en la población actual, especialmente entre las familias y los docentes que son los educadores primarios de estos niños.

Con este trabajo mi pretensión es resaltar la importancia del diagnóstico diferencial y la comorbilidad que presenta el trastorno con el fin de llevar a cabo una detección precoz y correcta evitando así diagnósticos apresurados. De igual forma, se abarcará el valor de la coordinación escuela-familias para lograr una educación integral, así como pautas para ambas partes y estrategias de intervención más profundizadas para el aula.

Palabras clave: TDAH, comorbilidad, diagnóstico diferencial, intervención educativa.

1.INTRODUCCIÓN.

Con el paso de los años se ha normalizado la presencia de problemas conductuales en las aulas. A día de hoy, hay mayor información recabada acerca de la diversidad

de dificultades que se pueden dar a lo largo del proceso de enseñanza aprendizaje después de varias décadas sin explicaciones o diagnósticos no concretos o acertados.

Son muchas las dificultades de aprendizaje que se pueden observar en un aula, algunas de ellas pueden ser: el trastorno del espectro autista, dislexia, discalculia o trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Este último, se identifica como TDAH, es la materia que se va a abordar a lo largo de este TFG.

El TDAH, es una dificultad de aprendizaje con un índice de incidencia cada vez más alto en los centros educativos. Por ello, es de vital importancia que tanto docentes como cualquier profesional que participe en el proceso educativo de los alumnos y alumnas con esta dificultad, estén suficientemente informados y capacitados para atender a estos niños dentro del aula, facilitándoles toda la ayuda necesaria y que puedan también, trabajar con las familias para llevar a cabo una mejor línea de intervención que les ayude en todos los contextos de su día a día.

Para el equipo docente, es fundamental la reflexión sobre el enorme impacto que tiene el TDAH en los niños y en sus familias, en todos los aspectos: el emocional, el académico, el logístico o el laboral. Entender que esta situación puede afectar de manera negativa en la autoestima del alumno/a, o que pueden acarrear dificultades importantes a nivel familiar, es vital para un acompañamiento global y multidisciplinar.

Además, resulta importantísimo ampliar los conocimientos de los docentes sobre este trastorno, para no confundir la sintomatología y realizar diagnósticos profesionales certeros a tiempo.

A lo largo de este trabajo se va a abordar que es el TDAH, su detección, los posibles tratamientos y las posibles estrategias con las que trabajar desde el aula.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. ¿Qué es el TDAH?

“El trastorno por déficit de atención con hiperactividad, probablemente, y dejando al margen las discapacidades psíquicas, sea el trastorno psicopatológico de

mayor impacto en el desarrollo y en la vida del niño, su familia y su entorno en general” (Severa ,2005).

Para Barkley (2002):

Es un trastorno del cerebro ejecutivo que provoca la incapacidad del niño para inhibir o retrasar sus respuestas, para organizar y controlar su atención, su conducta o sus emociones y para hacer frente a las demandas que se le presentan. Se centran en el aquí y en el ahora; hacen lo que consideran interesante o entretenido en un momento determinado y tienden a evitar lo que no conlleva una recompensa inmediata.

Otros autores afirman que:

Al menos en los últimos veinte años, ha existido un consenso implícito para diagnosticar el TDAH en función de los déficits en dos dimensiones del funcionamiento cognitivo y conductual: la inatención y la sobreactividad motora/impulsividad. Desde el punto de vista aplicado, aun con sus claras limitaciones, la propuesta ha funcionado razonablemente bien: se han generado múltiples recursos para la evaluación y el tratamiento del TDAH (Miranda- Casas et al., 2004).

Según la FEAADAH (Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad), el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es una patología psiquiátrica que padece entre un 2 y un 5% de la población infantil. Se trata de uno de los trastornos más importantes dentro de la Psiquiatría Infanto-Juvenil, constituyendo cerca del 50% de su población clínica. Tiende a ser diagnosticado y tratado insuficientemente. Es crónico y comienza a revelarse antes de los 7 años. Se estima que más del 80% de los niños continuarán presentando problemas en la adolescencia, y entre el 30-65%, en la edad adulta.

El TDAH es padecido por muchos niños españoles. Según un estudio realizado entre la población infantil de 6 a 15 años de Sanlúcar la Mayor (Sevilla), entre el 4 y el 6% de los niños sufren TDAH. Por otro lado, investigaciones realizadas por el doctor Gómez Beneyto evidencian que entre el 3,5 y el 8% de los niños en Valencia (capital) padecen este trastorno. Los niños son más propensos que las niñas a sufrir TDAH, en cifras que varían de 4 a 1.

La feaadah establece una gran variedad de trastornos puede confundirse con el TDAH o aparecen de forma conjunta. Esto ocurre en cerca de dos terceras partes de los niños remitidos a consulta por TDAH.

- Más del 50% de los niños evidencia un trastorno oposicionista desafiante (TOD).
- Entre un 30 a un 50% presenta trastornos de conducta (TC).
- Entre el 20 y el 30% de los niños evidencia trastornos afectivos, y el 25%, trastornos de ansiedad.
- El síndrome de Tourette y el trastorno de tics suelen presentarse junto con el TDAH en un 18% de los niños.
- Más de un 20% presentan problemas específicos del aprendizaje (en lectura, escritura, matemáticas).

Esperón y Suárez (2007) exponen:

Se trata de un trastorno heterogéneo lo que supone que se puede presentar de formas distintas en niños y en niñas y a lo largo de las diferentes edades de preescolar, el niño, el adolescente y el adulto, por lo que no en todos los casos resulta sencillo reconocerlo.

Como afirman Quintero y Castaño de la Mota (*PEDIATRÍA INTEGRAL No9 – NOVIEMBRE 2014 - Pediatría integral, s. f.*):

No somos capaces de encontrar una única definición de TDAH que “conjugue todas las sensibilidades”. La tendencia más actual trata de enmarcarlo como un trastorno del neurodesarrollo, pero, en cualquier caso, un problema que pone en riesgo el normal y armónico desarrollo de aquellos niños que lo padecen.

Las actuales clasificaciones diagnósticas, que son el DSM-V y el CIE-10, aportan conceptualizaciones distintas. Por una parte, el DSM-V (2014) lo define como “un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo”. Y por otra el CIE-10 no lo clasifica como un único trastorno, sino que lo designa como un trastorno hipercinético dentro del cual encontramos 4 subtipos. Siguiendo esta clasificación el CIE-10 (1992) lo designa como grupo de trastornos caracterizados por su comienzo temprano (habitualmente, durante los primeros cinco años de la vida), por falta de constancia en las actividades

que requieren de la participación de funciones intelectuales y por una tendencia a cambiar de una actividad a otra, sin completar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Pueden hallarse asociadas varias otras anormalidades. Los niños hiperkinéticos son a menudo imprudentes e impulsivos, propensos a los accidentes y a verse en dificultades disciplinarias, más que por una actitud desafiante deliberada por incurrir en la violación irreflexiva de normas. Sus relaciones con los adultos son a menudo socialmente desinhibidas, carentes de la reserva y la precaución normales. Son impopulares entre los demás niños, y pueden quedar socialmente aislados.

Es fundamental distinguir el TDAH de la hiperactividad, la impulsividad y la falta de atención en el nivel de desarrollo del sujeto. Estos tres síntomas son los más típicos y pueden mejorar o empeorar según la supervisión individual y frecuente y el entorno grupal. El siguiente es un pequeño resumen de las características de tres síntomas típicos.

- Problemas de concentración: Parece que no escucha cuando habla directamente con las personas, le cuesta empezar, no mantiene el esfuerzo necesario para completar las tareas escolares, a menudo olvida o pierde cosas y se distrae con facilidad.
- Problemas de hiperactividad: Se manifiestan por movimientos excesivos y sostenidos en situaciones inapropiadas. Son inquietos, nerviosos, rebeldes, hacen ruido, se mueven en las sillas o molestan a los compañeros.
- Problemas de impulsividad: Se manifiesta por respuestas apresuradas, dificultad para tomar turnos, interferir en las actividades de otras personas, involucrarse en peleas, etc. A veces conducen a accidentes o comportamientos peligrosos.

A la hora de hablar de cuenta porcentaje de la población lo presenta, Quintero y Castaño de la Mota. (PEDIATRÍA INTEGRAL No9 – NOVIEMBRE 2014 - Pediatría integral, s. f.) comenta que:

La incidencia del TDAH no está claramente establecida, aunque los estudios más recientes la sitúan entre el 5 y el 10% de la población, con una mayor prevalencia en varones. La incidencia del TDAH es aún, en la actualidad, un tema controvertido. Recientes revisiones realizadas al respecto por diversos grupos de trabajo han señalado una prevalencia de entre el 5 y 10% a nivel global.

Pujol y Amador (2006) responden a la incógnita que la sociedad se pregunta a veces acerca de a cuantos niños afecta el trastorno manteniendo que:

Estudios actuales afirman que el trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad, es el trastorno con mayor incidencia en la infancia. Se puede afirmar que al menos un niño/adolescente de cada aula puede presentar TDAH, independientemente del entorno y del lugar del mundo en que se encuentre. La incidencia de este trastorno es mayor entre niños que entre niñas, con una proporción de cuatro niños por cada niña.

En el caso de los niños con TDAH, estos presentan un mayor grado de hiperactividad-impulsividad que las niñas, lo que conlleva conductas molestas, desorden, comportamientos impulsivos-agresivos con los compañeros, etc. Las niñas a menudo presentan más problemas de rendimiento académico, sintomatología ansiosa o depresiva y no acostumbran a mostrar conductas molestas.

Todo lo que aparentemente puede parecer TDAH no tiene por qué serlo. Algunos padres o maestros impacientes pueden pensar que su hijo o estudiante es hiperactivo o enérgico, pero eso no significa que tengan TDAH. Los niveles de atención, impulsividad e hiperactividad forman parte de la personalidad, es decir, de la forma de comportarse de todo niño, por lo que se pueden observar diferencias desde la infancia.

Según Vicario y Santos (*PEDIATRÍA INTEGRAL No9 – NOVIEMBRE 2014 - Pediatría integral, s. f.*) hay que tener en cuenta que las manifestaciones clínicas varían según la edad:

En edad preescolar (3-6 años): presentan inmadurez emocional, gran inquietud motora, déficits en el desarrollo, conducta desafiante, problemas de adaptación social, accidentes y dificultades en la coordinación motora, son niños torpes, con dificultad en el aprendizaje. El diagnóstico sigue siendo difícil, ya que la hiperactividad, impulsividad y déficit de atención pueden ser propios de la edad. Es importante valorar si se afecta la socialización, el aprendizaje y la interacción padres-hijos.

En etapa escolar (6-12 años): los síntomas nucleares se manifiestan de forma más clara. Los niños acaban siendo rechazados por sus compañeros, amigos y hermanos, sufren las reprimendas de padres y profesores. Es el grupo de edad para el que se

dispone de la mejor evidencia científica, tanto para el diagnóstico como el tratamiento.

En la adolescencia: disminuye la hiperactividad y se mantiene cierto grado de inquietud e impaciencia, mientras que la inatención suele ser más notoria. Son frecuentes los problemas académicos, la baja autoestima, problemas de comportamiento con la familia y el entorno y aumento de las conductas de riesgo. En esta época se solapan las manifestaciones propias de la adolescencia (inseguridad, rechazo de las normas adultas, invulnerabilidad...) con las manifestaciones de un posible TDAH y el incremento de la comorbilidad.

El 40-60% de los sujetos, continuarán en la edad adulta con la inestabilidad emocional, mayor riesgo de problemas familiares, en el trabajo, con menor nivel socioeconómico del previsto por su potencial y diversas patologías que ocultan el TDAH de base (ansiedad, depresión, trastorno bipolar, etc.).

“La mayoría de los niños con TDAH presentan un trastorno añadido, alrededor del 32%, dos, y el 11% tres o más trastornos añadidos” (Pujol y Amador 2006).

Zúñiga y Durán Forteza. (PEDIATRÍA INTEGRAL No9 – NOVIEMBRE 2014 - Pediatría integral, s. f.) hacen una definición de la comorbilidad, así:

La comorbilidad se define como la presencia de dos o más condiciones nosológicas simultáneas, y en el TDAH puede considerarse la norma más que la excepción. Esto implica un peor funcionamiento y pronóstico, especialmente en aquellos casos en los que es múltiple.

Siguiendo estas afirmaciones los autores Pujol y Amador (2006) establece lo siguiente:

Alrededor del 19-26% presentará un trastorno de aprendizaje, es decir, que su rendimiento en lectura, cálculo o expresión escrita es inferior al que se espera por edad, escolarización y nivel de inteligencia. El 40-60% de los niños/adolescentes con TDAH presentará sintomatología propia del trastorno oposicionista o negativista desafiante, que constituye, con gran diferencia, el que se presenta con mayor frecuencia. El 20-40% de los niños/adolescentes desarrollará un trastorno disocial. Aunque el TDAH no es un trastorno de origen emocional estos niños tienen dificultades en el manejo de sus emociones, básicamente de la rabia. Alrededor del 25% pueden presentar sintomatología depresiva o ansiosa.

2.2. Tipos de TDAH.

Según el DSM-IV (1994) y DSM-IV-R (2000) existen varios subtipos de TDAH:

- TDAH con predominio del déficit de atención.

Cuando el sujeto a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades durante los últimos 6 meses.

- TDAH con predominio hiperactivo impulsivo.

Cuando el sujeto a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento durante los últimos 6 meses.

- TDAH tipo combinado.

Cuando el sujeto a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades o a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento durante los últimos 6 meses.

Además de estos tres subtipos el DSM-V (2013) contempla las siguientes categorías:

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado.

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del desarrollo neurológico. La categoría de otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de algún trastorno específico del desarrollo neurológico. Esto se hace registrando “otro

trastorno por déficit de atención con hiperactividad específico” y a continuación el motivo específico (p. ej., “con síntomas de inatención insuficientes”).

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del desarrollo neurológico. La categoría de trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de un trastorno del desarrollo neurológico específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

2.3. Etiología.

En su manual diagnóstico Esperón y Suárez (2007) declaran que:

El TDAH no es un trastorno con una única causa, se cree que se origina por múltiples causas de diferente tipo y que cada una contribuye en parte a que el trastorno se manifieste. A veces es necesaria solamente una causa muy fuerte, a veces la superposición de varias causas más débiles. La causa principal de que un niño tenga TDAH es la genética, las otras pueden tener lugar en diversos momentos del desarrollo del niño.

Existe evidencia que el origen del TDAH es neurobiológico y genético (Biederman, 2004), como se citó en Wilma, 2013) y no se sustenta por factores sociales (Barkley & Murphy, 2005, como se citó en Wilma, 2013). El TDAH no es un problema de comportamiento, ni de educación, ni social, ni debido a una mala crianza (Barkley, 2009, como se citó en Wilma, 2013). El hallazgo de una influencia social significativa en el TDAH es raro y puede provenir de fuentes como informes de los padres y maestros del niño (Martínez, 2006, como se citó en Wilma 2013), sin embargo, el TDAH no se justifica por factores sociales medioambientales, sino que

los factores neurológicos y genéticos cumplen un rol clave en el origen y expresión del trastorno (Barkley & Murphy, 2005, como se citó en Wilma, 2013).

Según Quintero y Castaño de la Mota (*PEDIATRÍA INTEGRAL No9 – NOVIEMBRE 2014 - Pediatría integral, s. f.*): “el TDAH es un trastorno heterogéneo multifactorial y complejo que no puede explicarse por una única causa, sino por una serie de vulnerabilidades biológicas que interactúan entre sí juntos con factores ambientales”.

Las causas más importantes del TDAH según Esperón y Suárez (2007) son:

- “causa genética
- bajo peso al nacer
- adversidad psicosocial
- consumo de tabaco por parte de la madre durante el embarazo
- consumo de alcohol por parte de la madre durante el embarazo”

Consideremos ahora los factores relacionados con la etiología del TDAH:

- Factores neuroquímicos: Desregulación de los neurotransmisores (principalmente dopamina y norepinefrina), lo que puede explicar los síntomas nucleares del TDAH. En primer lugar, las vías reguladas por la dopamina serían las principales responsables de los síntomas de hiperactividad e impulsividad, mientras que las alteraciones en las vías reguladas por la norepinefrina serían las principales responsables de los síntomas cognitivos y afectivos.

- Factores neuroanatómicos: Los estudios de neuroimagen encontraron una reducción significativa en el volumen de la corteza prefrontal dorsolateral y sus regiones conectivas. Hoy en día, la neuroimagen funcional proporciona una gran cantidad de datos sobre las diferencias en la actividad cerebral en niños con TDAH.

- Factores genéticos y neurobiológicos: Asumiendo una herencia poligénica multifactorial, la influencia de diversos factores ambientales y psicosociales pueden actuar como reguladores de la expresión.

- Factores ambientales: Es importante comprender la interacción con el medio ambiente y el papel que juega en la modulación de la expresión de los factores de riesgo. Cabe destacar el papel del hierro en el normal desarrollo del sistema nervioso

central y, más concretamente, en el normal funcionamiento del sistema dopaminérgico.

- Traumatismo craneoencefálico: Los pacientes con TDAH tienen un mayor riesgo de TCE debido a sus propias características, por otro lado, encontramos más síntomas de TDAH después del TCE.

- Factores gestacionales: La suplementación con DHA se sugiere como una parte crucial del neurodesarrollo debido al aumento del interés por los factores gestacionales. Es importante priorizar también las medidas preventivas establecidas, como la abstención de fumar y el beber alcohol durante el embarazo. La investigación muestra una correlación entre la exposición al tabaco y una mayor probabilidad de TDAH.

3.DIAGNÓSTICO.

Para diagnosticar el TDAH, varios de los síntomas descritos en la siguiente sección deben persistir en cantidades superiores a las normales para la edad de los niños y adolescentes.

Además, es crucial que todo ello se manifieste tanto en el ámbito doméstico como en el exterior (colegio, ocio, etc.). El diagnóstico precoz es fundamental para el éxito del tratamiento.

Los niños con TDAH no diagnosticado pueden desarrollar problemas de comportamiento y aprendizaje que son difíciles de tratar.

Aunque entre el 40-60% de los niños con TDAH siguen experimentando algunos síntomas cuando son adultos, con un diagnóstico temprano, sus complicaciones pueden prevenirse o al menos controlarse.

Vicario y Santos (PEDIATRÍA INTEGRAL No9 – NOVIEMBRE 2014 - Pediatría integral, s. f.) en su artículo acerca del TDAH declaran:

Según las diferentes Guías de Práctica Clínica, el diagnóstico del TDAH es exclusivamente clínico. El PAP debe iniciar una evaluación para identificar un posible TDAH en todo niño de 4-18 años que presente problemas académicos o de conducta y síntomas de inatención, hiperactividad o impulsividad.

Conforme a la REP (*Revista Española de Pediatría Clínica e Investigación - SEINAP*, 2019) en la actualidad los principales sistemas de clasificación internacional de criterios para diagnosticar el TDAH son: los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) son ampliamente utilizados para el diagnóstico del TDAH en nuestro país.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), publicada por la Organización Mundial de la Salud, en su 10ª versión, publicada en 1992, utiliza el término trastorno hiperactivo para referirse al TDAH.

Tabla 1. Criterios diagnósticos para el TDAH y trastorno hiperactivo.

| Criterios | DSM-V | CIE-10 |
|-------------------------------|---|--|
| Síntomas | | |
| Inatención | 6 de 9 síntomas; 5 de 9 síntomas en mayores de 17 años. | 6 de 9 síntomas |
| Hiperactividad e Impulsividad | 6 de 9 síntomas; 5 de 9 síntomas en mayores de 17 años. | 3 de 5 síntomas de hiperactividad; 1 de 3 síntomas de impulsividad |
| Edad de inicio | Antes de los 12 años | Antes de los 7 años |
| Ambiente | Dos o más ambientes | Más de un ambiente |
| Duración | Más de 6 meses | Más de 6 meses |

| | | |
|-----------|---|--|
| Deterioro | Pruebas claras de interferencia en el funcionamiento social, académico o laboral. Especificar si deterioro leve, moderado o grave. | Malestar clínicamente significativo o alteración en el rendimiento social, académico o laboral |
| Subtipo | Presentación combinada; Presentación con predominio del déficit de atención; Presentación con predominio de la hiperactividad/impulsividad | No propone |

“La hiperactividad es una expresión inespecífica de diversos trastornos neuropsiquiátricos, de los cuales el TDAH es el más frecuente” (Vaquerizo, 2005).

Palacio et al. (2009) manifiesta que “el TDAH se debe diferenciar de diversas patologías neurológicas, psiquiátricas y trastornos del comportamiento en niños preescolares, y de múltiples factores o situaciones psicosociales. Es indispensable evaluar también variables relacionadas con el manejo parental y el temperamento del niño”.

Las respuestas parentales patogénicas (como el abuso y la negligencia) ante las variables individuales del niño (p. ej. temperamento difícil y conducta agresiva en edad temprana) y algunos factores ambientales (como estilos de crianza punitivos, abuso de la pareja, aislamiento y abuso de sustancias) pueden exacerbar los síntomas del TDAH y sus comorbilidades (Weiss y Hechtman; Spieker, Larson, Lewis, Keller, Gilchrist; Extraído de Palacio, 2009).

Tabla 2. Diagnóstico diferencial del TDAH en preescolar.

| Neurológicas | Psiquiátricas | Psicosociales |
|---|--|---|
| 1. Secuela de traumatismo de cráneo. | 1. Trastorno negativista y desafiante (temperamento difícil). | 1. Muerte de algún familiar. |
| 2. Epilepsia: crisis de ausencia, epilepsias del lóbulo temporal. | 2. Trastorno disocial. | 2. Duelo, pérdidas, cambios recientes en el entorno del niño. |
| 3. Síndromes neurocutáneos (neurofibromatosis, esclerosis tuberosa). | 3. Episodios de depresión y duelo no resuelto. | 3. Familiar en duelo: el padre o la madre. |
| 4. Alteraciones del neurodesarrollo: neuromotor, comunicación, lenguaje, interacción social, cognitivo, integración sensorial, etc. | 4. Trastornos de ansiedad por separación y de ansiedad generalizada. | 4. Dificultades de pareja. |
| 5. Neuropatías sensitivas. | 5. Maltrato infantil. | 5. Dificultades familiares (sociales y/o económicas). |
| 6. Síndromes frontales con hiperactividad e impulsividad relacionados con lesión frontal. | 6. Abuso sexual. | 6. Privación ambiental (casa, hogar, institución). |
| | 7. Trastorno generalizado del desarrollo (autismo, asperger). | 7. Eventos estresantes como: migración, violencia, guerra y desplazamiento. |
| | 8. Retardo mental. | |
| | 9. Trastorno obsesivo-compulsivo. | |
| | 10. Trastorno por estrés postraumático. | |

Agregando a lo anterior, el TDAH se debe diferenciar de diversas entidades médicas y del uso prolongado de algunos fármacos.

Tabla 3. Entidades médicas y medicaciones que pueden ocasionar síntomas de TDAH.

| Entidades médicas | Medicaciones o sustancias |
|---|---|
| 1. Disminución de agudeza visual (miopía, hipermetropía, debilidad visual). | 1. Antiepilépticos: fenobarbital difenilhidantoina carbamazepina |
| 2. Hipoacusia (sordera). | 2. Ansiolíticos: benzodiazepinas |
| 3. Hipotiroidismo. | 3. Simpaticomiméticos: aminofilina teofilina |
| 4. Desnutrición. | 4. Tóxicos: plomo arsénico mercurio |
| 5. Deficiencia de hierro. | 5. Antidepresivos: fluoxetina venlafaxina |
| 6. Trastornos de sueño (apnea obstructiva, síndrome de piernas inquietas, falta de hábitos, parasomnias). | |
| 7. Intoxicación por plomo. | |
| 8. Enfermedades crónicas (alergia respiratoria, diabetes). | |
| 9. Aditivos y azúcares en los alimentos (en pocos casos). | |
| 10. Infecciones del oído medio que causan problemas de audición intermitente. | |
| 11. Enfermedades metabólicas (acidosis tubular renal, hipotiroidismo). | |
| 12. Enfermedades de vías aéreas (adenoides, amígdalas, asma). | |

3.1. Alertas conductuales.

Según el DSM-V (2014) los criterios diagnósticos que alertan de la posibilidad de TDAH son los siguientes:

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. Inatención: seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante actividades (p.ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p.ej., tiene dificultades para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).

c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).

h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad e impulsividad: seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido por lo menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).

c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)

d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.

e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

f. Con frecuencia habla excesivamente.

g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).

h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).

i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras

personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Especificar si:

- Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

- Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses. 314.0

- Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

Especificar si:

En remisión parcial: Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

Especificar la gravedad actual:

- Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.
- Moderado: Síntomas o deterioros funcionales presentes entre “leve” y “grave”.
- Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

3.2. Protocolo de evaluación.

El Protocolo IMAT es una actuación de valoración y propuesta clasificatoria dirigida tanto a niños como adultos con indicios de TDAH. Estamos ante una adecuación del protocolo creado por Barkley para valorar el TDAH en el cual se contrastan las actuaciones del sujeto ante diversos ámbitos.

Como mantiene Martínez (2009) en su artículo acerca del TDAH:

Lo que hace el Protocolo es determinar, en primer lugar, qué procedimientos de evaluación para recopilar la información se utilizarán, no importa tanto las pruebas específicas puesto que éstas han ido cambiando, en parte, con los años y, en segundo lugar, cómo integrar los resultados. Los procedimientos, sus objetivos y la prueba que recomendamos son los siguientes:

| Procedimientos | Protocolo IMAT |
|---|---|
| Entrevista inicial/anamnesis | Adaptación de la entrevista clínica de Barkley (1997d) |
| Exploración Psicopatológica | CBCL de Achenbach (2001) |
| Exploración específica de síntomas TDAH | ADHD Rating Scales-IV para padres y maestros de DuPaul y cols. (1998) |
| Exploración del funcionamiento cognitivo en general | WISC-IV, con especial atención a Memoria de Trabajo, Velocidad de Procesamiento y al factor FD |
| | (aritmética, claves y dígitos). |
| Tareas de laboratorio | Especial atención a la medida de la atención sostenida/vigilancia a través de la CSAT (Servera y Llabrés, 2004). De modo complementario CPT-II de Conners (2000), la EMIC (impulsividad cognitiva) (Servera y Llabrés, 2000) y d2 (Brickenkamp y Seisdedos, 2002) |
| Revisión médica y neuropediátrica | Revisión médica general centrada en factores propios del TDAH y aplicación de la QNST-II de Muti y cols (1998) (exploración de signos neurológicos menores). |
| Registros de observación y pruebas complementarias | Registros de observación de los evaluadores durante la aplicación de las pruebas y, si es necesario, ampliación de la evaluación a otras pruebas en función de la problemática detectada. |

Tabla 4. Los procedimientos en la evaluación del TDAH y el Protocolo IMAT. Extraído de Martínez (2009).

Siguiendo esta tabla trataremos cada uno de los procedimientos y sus correspondientes herramientas de evaluación:

- Entrevista inicial para padres y anamnesis. Una vez que el niño es derivado por sospecha de TDAH este presenta una problemática múltiple que obliga, en primer lugar, a una exploración general en forma de entrevista psiquiátrica, y en segundo lugar a una anamnesis más centrada en aquellos factores de la primera infancia que sabemos que guardan relación con el trastorno. En este caso se utiliza la Entrevista clínica de Barkley (1997) con una adaptación.

- Exploración psicopatológica psicométrica. De como complementario a las informaciones de la entrevista, basada en un sistema más categorial, es oportuna la utilización de una exploración psicopatológica. El objetivo es obtener información no tan específica sobre TDAH sino en áreas generales de psicopatología infantojuvenil, lo que en el sistema de Thomas Achenbach se conoce como trastornos internalizados y externalizados. La prueba recomendada es el CBCL (Child Behavior CheckList) de Achenbach (2001).

- Exploración específica de síntomas. En este caso lo que se busca son instrumentos que se ajusten a uno de los estándares de diagnóstico, en este proceso al DSM-IV, con el objetivo de que permitan comparar los resultados de nuestros sujetos con grupos normativos por edad y sexo. La escala ADHD Rating Scale-IV de DuPaul y cols. (1998) para padres y maestros es la elegida en esta ocasión.

- Exploración del funcionamiento cognitivo en general. La idea es, por una parte, que el evaluador pueda ver en acción al niño ante tareas de resolución de problemas y pueda explorar, en forma de registro de observación, posibles deficiencias en sus funciones ejecutivas y, por otra parte, escoger aquellas subescalas de la prueba en donde la investigación haya demostrado que los niños con TDAH tienen más problemas. Para ello se utiliza el WISC-IV, Escala de Inteligencia de Wechsler para niños (2003).

- Tareas de laboratorio de atención/desinhibición. En el caso del Proyecto IMAT optaron por desarrollar dos tareas propias en este ámbito: la Escala Magallanes de Impulsividad Computarizada (EMIC, Servera y Llabrés, 2000) y la Tarea de Atención Sostenida en la Infancia (CSAT, Servera y Llabrés, 2004).

La EMIC es una versión de los conocidos test de emparejamiento de figuras familiares (MFFT) para la evaluación del estilo cognitivo impulsivo en tareas con incertidumbre de respuesta, aunque de modo más genérico se considera que este tipo de pruebas evalúa comportamiento estratégico (planificación, evaluación de alternativas, toma de decisión, etc.).

La CSAT es una medida de la atención sostenida pero basada en un paradigma diferente al de los CPTs: la vigilancia. En las distintas versiones de los CPTs (los de Conners tal vez sean los más conocidos) el objetivo es detectar problemas de inhibición motora.

- Revisión neuropediátrica: signos neurológicos menores. Como señalan Barkley y Edwards (1998: 285-288) el examen neuropediátrico es esencial en el diagnóstico del TDAH. En general este examen tiene dos focos: una revisión médica general y una evaluación más específica de los signos neurológicos menores (SNM). La revisión de SNM se basa en la hipótesis de una inmadurez en el neurodesarrollo del niño, y aunque es muy recomendable hay que tener presente que no es única del TDAH (es visible en trastornos del aprendizaje, de la coordinación, retraso mental, espectro autista e incluso en una minoría de los niños normales) (Barkley y Edwards, 1998: 287) y que ni sirve para descartar ni para confirmar la presencia del TDAH (Reeves, Werry, Elkind, y Zametkin, 1987).

La herramienta utilizada en este caso es el QNST-II (Quick Neurological Screening Test) de Muti y cols. (1998) que permite una evaluación en 15 signos neurológicos.

- Registros de observación y evaluaciones complementarias. Para acabar los evaluadores del Protocolo IMAT reciben formación específica y registros de observación orientados a la detección de conductas propias del TDAH. El objetivo es que tras dos o tres horas de evaluación con el niño sean capaces de determinar, en su opinión y en sus registros, si han observado o no estas conductas. Y, a veces, en función de cada caso, se realizan evaluaciones complementarias que pueden incluir test de lectoescritura, cuestionarios de ansiedad/depresión, o registros de observación para padres y maestros sobre frecuencia e intensidad de problemas de comportamiento.

3.3. Dificultades de aprendizaje.

Aguilera Albasa, Mosquera Gorostidi, M. Blanco Beregaña (*PEDIATRÍA INTEGRAL No9 – NOVIEMBRE 2014 - Pediatría integral, s. f.*) establecen que “es

habitual que los niños con TDAH presentan dificultades de aprendizaje en habilidades instrumentales lectura, escritura y/o cálculo. Estas dificultades pueden aparecer durante la etapa de infantil o de forma progresiva conforme aumenta la exigencia en los cursos académicos”.

En su libro *Didáctica escolar para alumno con TDAH* Lacosta (2009) plantea que:

Las características específicas de aprendizaje que presenta el alumno con TDAH en el ambiente escolar se pueden resumir en dos tipos de problemática diferente: Comportamiento e interacción social, que engloban aquellas actitudes dentro y fuera de su aula (pasillos, patio, etc.): frecuentes interrupciones en clase y capacidad para mantener conflictos con sus compañeros debido a actitudes disruptivas. Este tipo de actitudes interfieren en el correcto proceso de aprendizaje de forma grave, creando déficit en áreas determinadas. Dificultades específicas que requieren una didáctica especial, respecto al tratamiento y evolución de su marcha escolar. Entre otras dificultades, encontramos: Dificultades para planificar su horario a corto, medio y largo plazo tanto en casa como en el colegio; Dificultades para organizar su trabajo y su material, que a menudo pierden; Inhibición de estímulos irrelevantes para la tarea a desarrollar; Precipitación en el trabajo; Memorización incorrecta de texto por una lectura precipitada; Insuficiente reflexión y escasa atención a la hora de realizar correctamente los ejercicios propuestos en clase; Carencia de estrategias para manejar la información; Dificultades para mantener el nivel de atención tanto en la ejecución de tareas (sobre todo las de larga duración), como la incapacidad en el seguimiento de las instrucciones del profesor; El “soñar despierto” y estar fuera de lugar con demasiada frecuencia.

Además, por las características de estos alumnos, se requiere que los docentes comprendan las características de sus déficits para ayudarlos a paliar las dificultades que ocasionan, especialmente en materias instrumentales, matemáticas, lectoescritura, que pueden terminar sin un tratamiento especial. Tener discapacidades graves como ortografía, discalculia, disgrafía y otras discapacidades relacionadas con la lectura.

Orjales (2003, como se citó en Lacosta, 2009) propone unos puntos a tener en cuenta para aumentar el rendimiento escolar en un alumno con TDAH:

Mejor realizar poco trabajo, pero muy frecuentemente, que mucho de una vez, ya que a medida que va apareciendo el cansancio, los errores aumentan. Para reforzar

la atención, debemos exigir periodos de concentración cortos. Centrarse en la recuperación de los aspectos específicos que estén alterados. Es imprescindible que el alumno pueda comprobar la mejora de su trabajo.

A continuación, nombraré algunos de los errores más comunes en las áreas mencionadas según:

Dificultades en la lectura: omisiones, adiciones, sustituciones, dificultad ante algunos grupos consonánticos, comprensión lectora deficiente, desmotivación ante la lectura, lectura lenta, “silabeada” o precipitada, perdida en la lectura. Dificultades en la escritura: unión de las palabras, fragmentaciones, adición de letras, omisiones de letras, sílabas o palabras, sustitución de letras, sílabas o palabras, repetición o rectificación de sílabas o palabras, caligrafía pobre y desorganizada, mayor número de faltas ortográficas. Dificultades en las matemáticas: pobre comprensión de los enunciados, errores por descuido a la hora de aplicar el signo, dificultad de abstracción de conceptos matemáticos, dificultad para resolver problemas matemáticos (Pujol y Amador, 2006).

Figura 1. Relación entre el TDAH y las dificultades de aprendizaje.

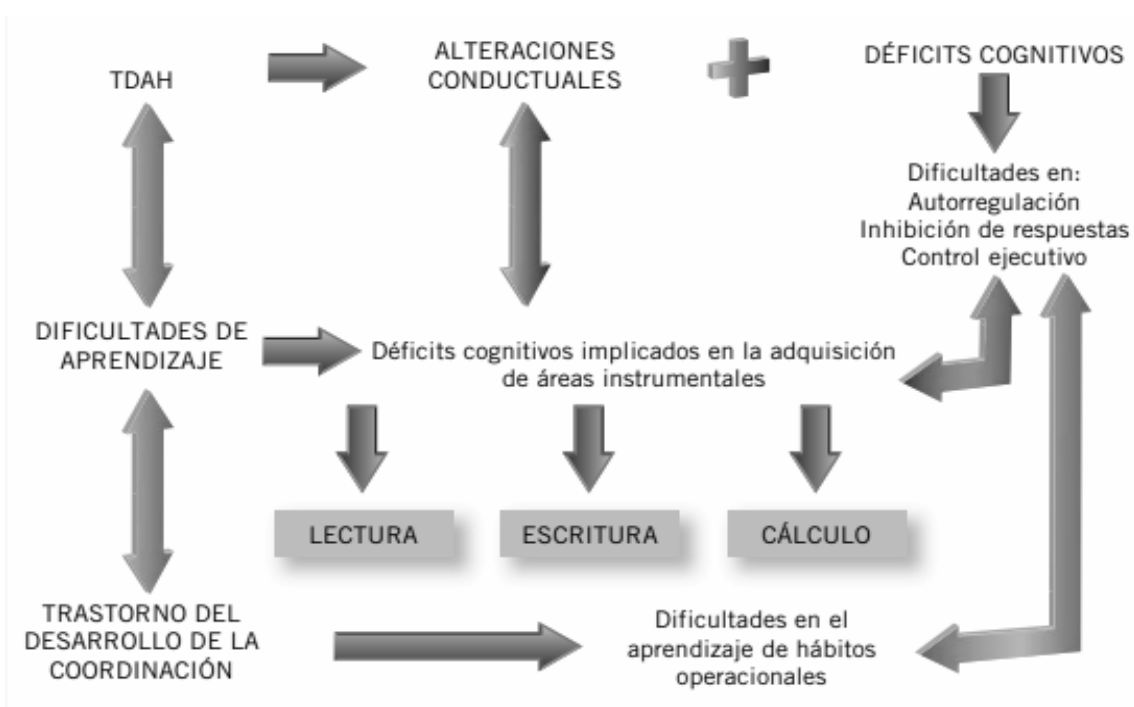
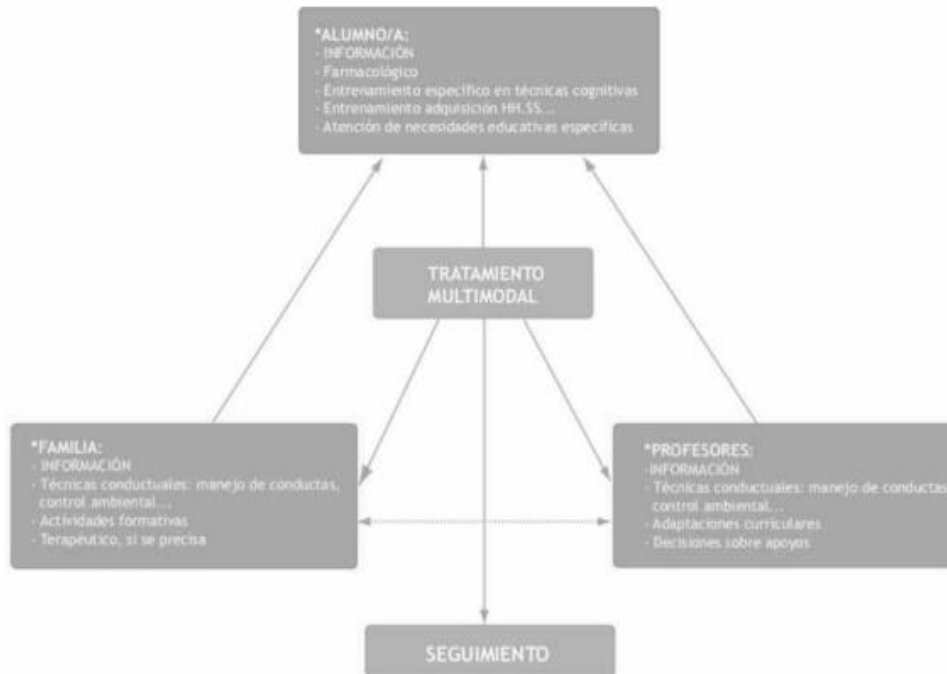


Figura extraída de Aguilera et al., (2014)

4. INTERVENCIÓN.

La mayoría de especialistas en el tema, abogan por un modelo multidisciplinar e integrador en el tratamiento del TDAH.



“El TDAH es un trastorno de curso prolongado, lo cual debe ser tenido en cuenta de cara a una correcta planificación del tratamiento y manejo de nuevos problemas”. (Conners, Wells, Erhardt, et al. *Revista Española de Pediatría Clínica e Investigación - SEINAP*, 2019).

El tratamiento debería ser multimodal, y llevarse a cabo en el ámbito sanitario a cargo del Servicio de Salud Mental de Niños y Adolescentes, coordinado por el médico especialista en Psiquiatría Infanto-Juvenil, con la adecuada formación actualizada, aplicando en lo posible intervenciones basadas en guías clínicas y protocolos (medicina basada en la evidencia), con participación de distintos especialistas y profesionales (psicólogos, neuropediatras y psicopedagogos), en estrecha relación con el colegio y las familias. Debe enfatizarse en la importancia del abordaje del trastorno desde la Psiquiatría Infanto-Juvenil, pues no en vano el TDAH es un trastorno que la OMS clasifica dentro del apartado de las enfermedades mentales. Organización Mundial de la Salud (1994).

Como dicen Del Alamo y Cabasés (*Revista Española de Pediatría Clínica e Investigación - SEINAP*, 2019) en su artículo de revista:

Los objetivos no deben ser solamente tratar los síntomas nucleares del trastorno, sino también los trastornos comórbidos y propiciar cambios positivos en el entorno del niño, apoyando a las familias y al profesorado del sistema educativo. En síntesis: reducir los síntomas del TDAH, reducir los síntomas comórbidos, reducir el riesgo de complicaciones, educar al paciente y a su entorno sobre el trastorno, adaptar el entorno a las necesidades del paciente, mejorar las habilidades de abordaje de los pacientes, padres, educadores, cambiar las percepciones desadaptativas.

Como enuncia el autor en su libro:

El tratamiento global siempre debe contemplar la psicoeducación con los padres, la familia, los profesores y el ámbito escolar: la información sobre la naturaleza del trastorno, su clínica y evolución, las alternativas terapéuticas y el manejo concreto de situaciones debe constituir siempre el primer paso por parte del especialista (Weis, 1992).

4.1. Tratamiento farmacológico.

El tratamiento farmacológico es siempre una decisión médica y a este profesional le corresponde la prescripción y el control del mismo. La elección del fármaco tendrá un carácter individual. No obstante, los psicoestimulantes y sobre todo el metilfenidato son los fármacos más utilizados y los que han demostrado una mayor eficacia en el control de los síntomas centrales del TDAH.

Según Soutullo et al., (*PEDIATRÍA INTEGRAL No9 – NOVIEMBRE 2014 - Pediatría integral*, s. f.) “el tratamiento del TDAH tiene 3 partes principales: 1) psicoeducación y manejo conductual; 2) apoyo académico; y 3) tratamiento farmacológico. En España están aprobadas para niños y adolescentes con TDAH: estimulantes (Metilfenidato y lisdexanfetamina) y no estimulantes (Atomoxetina)”.

De acuerdo con Alda et al. (2015) en uno de sus apartados de su artículo acerca del TDAH:

Los fármacos para el tratamiento del TDAH están entre los más estudiados y seguros de todos los que se utilizan en niños y adolescentes, siendo muy eficaces para el tratamiento de los síntomas del TDAH. Con los fármacos disminuyen los síntomas del TDAH, mejorando el rendimiento escolar y el comportamiento del niño

y las relaciones tanto en casa como en la escuela. Al mismo tiempo, facilitan el efecto de las intervenciones psicológicas y psicopedagógicas.

Soutullo et al., (*PEDIATRÍA INTEGRAL No9 – NOVIEMBRE 2014 - Pediatría integral*, s. f.) establecen que “el 60-75% de los casos de TDAH responden favorablemente al tratamiento con MTF, además de mejorar las características principales: hiperactividad, inatención e impulsividad, también mejora la función social y cognitiva, y la agresividad”.

Todos los psicofármacos tienen algunos efectos secundarios; serán mayores o menores en función de las características individuales de las personas y de las dosis prescritas. Alda et al. (2015) nombra los siguientes efectos secundarios más frecuentes: “de los estimulantes (metilfenidato): pérdida de apetito y peso, dificultad para conciliar el sueño, cefalea, tics, inquietud. De los no estimulantes (atomoxetina): pérdida de apetito y peso, somnolencia, síntomas gastrointestinales (dolor abdominal, náuseas o vómitos), mareos y cansancio, ictericia.”

4.2. Tratamiento psicológico-psicopedagógico.

La literatura científica nos indica que no existe ninguna intervención aislada que dé una respuesta óptima al TDAH y la mayoría de los especialistas en el tema recomiendan programas multicomponentes que tengan en cuenta al niño, a la familia y al profesorado.

Estos tratamientos también denominados tratamientos no farmacológicos, según Del Alamo y Cabasés (*Revista Española de Pediatría Clínica e Investigación - SEINAP*, 2019) tienen los siguientes objetivos generales:

Información sobre naturaleza, causas y evolución TDAH, así como sobre los riesgos y beneficios de las opciones terapéuticas disponibles. Establecimiento de registros de los pacientes y ajuste de los tratamientos que reciben. Proporcionar terapia y apoyo a pacientes con TDAH (tratando fundamentalmente trastornos comórbidos) y sus familias. Enseñar habilidades de manejo y protección a pacientes con TDAH, a sus familias y educadores.

En lo que respecta a la intervención psicopedagógica, según Alda et al. (2015):

Tiene como objetivo mejorar el rendimiento académico del niño o adolescente (mediante la reeducación psicopedagógica) y realizar aquellas acciones dirigidas a la mejora de su adaptación escolar (mediante un programa de intervención en la escuela y la formación a los docentes).

Siguiendo el trabajo de estos autores, estos se pronuncian acerca de la reeducación psicopedagógica. Para Alda et al. (2015):

La reeducación psicopedagógica es un refuerzo escolar individualizado que se lleva a cabo después del horario escolar y que tiene como objetivo intervenir sobre los efectos negativos del TDAH en relación a su aprendizaje y competencia académica. Concretamente se trabaja sobre la repercusión negativa del déficit de atención, la impulsividad y la hiperactividad en el proceso del aprendizaje escolar. Afirman que la reeducación psicopedagógica debe incluir acciones encaminadas a: mejorar el rendimiento académico de las diferentes áreas; trabajar los hábitos que fomentan conductas apropiadas para el aprendizaje (como el manejo del horario y el control de la agenda escolar) y las técnicas de estudio (prelectura, lectura atenta, subrayado, resúmenes y esquemas); elaborar y enseñar estrategias para la preparación y elaboración de exámenes.; mejorar la autoestima en cuanto a la competencia académica, identificando habilidades positivas y aumentando la motivación por el logro; enseñar y reforzar conductas apropiadas y facilitadoras de un buen estudio y cumplimiento de tareas; reducir o eliminar comportamientos inadecuados como conductas desafiantes o malos hábitos de organización; mantener actuaciones de coordinación con el especialista que trate al niño/ adolescente y con la escuela para establecer objetivos comunes y ofrecer al docente estrategias para el manejo del niño o adolescente con TDAH en el aula; intervenir con los padres para enseñarles a poner en práctica, monitorizar y reforzar el uso continuado de las tareas de gestión y organización del estudio en el hogar.

Por otro lado, siguiendo a Rodríguez y Criado (*PEDIATRÍA INTEGRAL No9 – NOVIEMBRE 2014 - Pediatría integral*, s. f.):

El tratamiento conductual, mediante técnicas de modificación del comportamiento, es el tratamiento no farmacológico más eficaz. La terapia psicológica mediante estrategias conductuales se debe emplear de manera precoz, ya que es una medida que mejora el pronóstico y su eficacia es mayor en los escolares que en los adolescentes, y cuando los problemas en el comportamiento están comenzando. Antes de comenzar el tratamiento conductual, se debe establecer un

registro de conductas para identificar las características de los problemas. En dicho registro, que puede ser elaborado por padres, educadores o tutores, se debe especificar: las características de la conducta anómala y todas sus particularidades importantes, la intensidad de los síntomas (incluyendo: su consistencia y la frecuencia), la expresión de los síntomas en relación con el entorno (en qué situaciones empeoran o mejoran) y la evolución a lo largo del tiempo.

Los encargados de aplicar las técnicas conductuales son los tutores (familiares o quienes tengan su tutela), profesores, etc., del niño. Por ello, se debe entrenar a los tutores en la identificación de los problemas que van apareciendo y en la idoneidad de aplicar cada técnica.

Las estrategias psicológicas se deben emplear en todos los contextos del niño y del adolescente, por lo que además del aprendizaje familiar, se deben aportar pautas útiles a educadores y profesores. En la intervención no se deben olvidar los factores del entorno, como los aspectos socioeconómicos y culturales. Tampoco los factores inherentes al niño y adolescente, como su temperamento o el nivel madurativo.

La psicoterapia conductual incluye una serie de técnicas de relativamente fácil aplicación, para ser utilizadas en el entorno del niño o adolescente. Aunque existen muchas técnicas conductuales, algunas de las más importantes son las siguientes:

- Reforzadores o premios: los reforzadores son elementos que se asocian a una buena conducta para que se incremente la probabilidad de su aparición. Por ejemplo, si un niño se pelea diariamente con otros niños en clase y un día no lo hace, en ese momento se utilizará el reforzador. Pueden ser:

- Tangibles (un pequeño regalo asociado a la conducta positiva).

- Intangibles (una alabanza, una caricia).

- Economía de fichas: es la utilización de reforzadores o premios mediante el registro de las conductas positivas del niño en un calendario. Cada conducta positiva conlleva una señal y cuando se sobrepasa un determinado número de señales se le entrega un premio, que puede ser alguno de los mencionados en el apartado anterior. El tipo de premio y el número de señales necesarias para su obtención deben ser pactados previamente.

- Castigos: los niños con TDAH se acostumbran con facilidad a los castigos. Por ello, su utilización debe reservarse para los comportamientos disruptivos

significativos. Para el empleo de castigos es importante tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Poca frecuencia y poca duración. De nada sirve, por ejemplo, una semana sin ver la televisión.

- El castigo se formula sin adjetivos descalificadores sobre la persona. En lugar de decir, por ejemplo: “eres malo por haber roto el jarrón, o por haber suspendido”, se debe decir: “romper el jarrón está mal hecho”.

- Se debe añadir un componente emocional al comunicar el castigo. Por ejemplo, finalizar diciendo: “mamá y papá están muy tristes por ello, me siento mal con lo que ha ocurrido”.

- Técnica de extinción: sirve para eliminar problemas de conducta. Se emplea cuando existen episodios intrusivos o explosivos que provocan situaciones de conflicto con educadores o familiares. Para su aplicación, se debe ignorar la conducta problemática que realiza el niño desde su comienzo. Para comprender mejor esta técnica, se utiliza un ejemplo. Si la familia acude a un restaurante a almorzar y el niño presenta conductas negativas y desafiantes continuas, se debe ignorar la intromisión que realiza. Las primeras veces que se utiliza la ignorancia existe un incremento del negativismo y el desafío, ya que el niño estaba acostumbrado a ser el centro de atención cuando ahora no lo es.

- Técnica del contrato de contingencias: un contrato de contingencias es un documento que recoge los resultados de una negociación. Se establece por escrito después del periodo en el que el educador o familiar del niño o adolescente discute sobre un tema sobre el que existen posturas distantes. Al finalizar la negociación, se plasma en el documento los resultados de la misma y se mencionan los objetivos y las concesiones que las dos partes han realizado. También debe recoger las consecuencias de que alguna de las dos partes rompa el contrato. Al final, las dos partes firman el documento. Esta técnica es muy útil, especialmente en adolescentes, y su efecto es mayor si está constantemente visible (por ejemplo, colgado en su cuarto) y si es un tema muy importante para el joven. Por ejemplo, si quiere ir al viaje de fin de curso, se puede realizar un contrato en el que se especifiquen los cambios en la conducta que deben producirse para poder ir, así como las conductas negativas que impiden que acuda.

Hay que mencionar, además que los niños y adolescentes con TDAH suelen tener problemas de relación con sus familias, dificultades con las habilidades sociales y problemas con sus compañeros.

Para estos casos, resultan de utilidad los entrenamientos en habilidades sociales, técnicas de resolución de problemas y las estrategias de autoayuda. Estas actuaciones se basan en la psicoterapia cognitiva. Esta comprende una serie de técnicas psicológicas que se utilizan para modificar determinados pensamientos, creencias o actitudes que presenta un paciente. Están dirigidas a reestructurar los pensamientos de los niños y lograr nuevas conductas facilitadoras de la reducción de los problemas de comportamiento (Rodríguez y Criado. *Pediatría Integral*. 2014).

- Entrenamiento en autoinstrucciones.
- Modelado cognitivo: El profesor o el terapeuta realiza la tarea mientras se da instrucciones a sí mismo en voz alta. El alumno observa cómo trabaja el profesor terapeuta y escucha sus verbalizaciones.
 - Guía externa manifiesta: El alumno realiza la misma tarea siguiendo las instrucciones dadas oralmente por el profesor o terapeuta. Este observa la ejecución y corrige verbalmente, si es necesario.
 - Autoinstrucción manifiesta: El niño realiza la tarea dando instrucciones en voz alta.
 - Autoinstrucción manifiesta atenuada: El niño desarrolla la tarea mientras se susurra a sí mismo las instrucciones.
 - Autoinstrucción encubierta: El niño ejecuta la tarea utilizando como guía el lenguaje interno. La utilización de tarjetas gráficas le ayudará a organizar la secuencia y a recordarla.
- Entrenamiento en solución de problemas.
 1. Reconocimiento del problema: En esta primera fase se entrena a los niños a reconocer la existencia de un problema.
 2. Análisis del problema: Los niños deben conocer las causas físicas o emocionales implicadas en el problema y valorar su grado de dificultad.
 3. Plantear soluciones alternativas y valorar sus consecuencias: Los niños proponen todas las soluciones que se les ocurren. Posteriormente el profesor-terapeuta plantea una discusión tendente a evaluar las consecuencias de las distintas alternativas.

4. Pensamiento medios-fines: Una vez elegida la mejor solución, esta se debe llevar a la práctica. En esta fase se entrena a los niños a ignorar, a expresar sus sentimientos de forma correcta, a ser asertivos, a cooperar y a compartir.

- Entrenamiento para atribuir de forma adecuada las consecuencias de sus éxitos y fracasos. Técnica de la tortuga: es un método eficaz para lograr el autocontrol de la conducta impulsiva y la relajación en situaciones de estrés. Desarrollo de la técnica:

1. El profesor-terapeuta lee la historia de la “tortuga” para que el niño se identifique con ella.

2. El profesor invita a los niños a dramatizar la sensación de frustración de la tortuga, su rabia contenida y su intento de introducirse en el caparazón. La sesión termina invitando a todos los niños de la clase a convertirse en la tortuga en aquellas situaciones en las que se sientan estresados, con deseos de agredir, etc.

3. Ante una situación estresante, el profesor dice la palabra “tortuga” y el niño adopta la postura entrenada: barbilla pegada al pecho, brazos a lo largo del cuerpo y puños cerrados y en tensión. Contar hasta diez y relajar todos los músculos.

4. El profesor deberá reforzar tanto el entrenamiento como la aplicación de la técnica para que los niños se animen a utilizarla de forma autónoma en situaciones de descontrol. Este refuerzo se aplicará de manera individual y colectiva.

5. PAUTAS DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA.

5.1. Orientaciones-apoyos-adaptaciones.

El hogar y la escuela son dos entornos que juegan una labor primordial en el crecimiento y progreso de los niños y adolescentes.

El hogar es el primer entorno social y el espacio donde los niños adquieren los valores, competencias y patrones relacionales fundamentales para una plena integración en la sociedad.

Las escuelas son las instituciones más relevantes para los niños y jóvenes en cuanto a la cantidad de tiempo que pasan en la escuela y la cantidad de relaciones sociales que se desarrollan en los centros educativos.

Los colegios son más que un lugar donde para aprender materias escolares y saberes, también es donde interactúan padres, profesores, estudiantes y otros profesionales.

La educación integral para los estudiantes, requiere canales de comunicación y acción coordinada en el hogar y la escuela para que se desarrolle el desarrollo intelectual, emocional y social de los niños y niñas.

Hazlo en las mejores condiciones. Esta actuación conjunta estimulará la idea de niños y niñas de que se encuentran en dos espacios diferentes pero complementarios.

-Actuación en el aula.

El centro debe aceptar al alumno con TDAH, con sus características individuales, y realizar los ajustes necesarios para darle la respuesta que precisa. Por otra parte, el profesorado deberá contar con recursos suficientes para manejar las dificultades derivadas del trastorno y para responder a sus necesidades específicas:

- Cumplir órdenes e instrucciones.
- Comportarse de forma adecuada.
- Planificar y organizar su trabajo escolar.
- Participar de manera correcta en las actividades de grupo.
- Lectura, escritura, cálculo...

Las actuaciones a desarrollar tanto en el centro como en el aula deberán ajustarse a las peculiaridades de cada alumno. Con carácter general se recomiendan las siguientes:

Organización de la clase y distribución de los alumnos:

- Controlar los estímulos sonoros, evitando ruidos, voces altas..., así como los estímulos visuales, retirando aquellos que puedan distraerles.
- Situar al alumno con TDA-H cerca de la mesa del profesor y al lado de compañeros tranquilos y ordenados. Evitar la proximidad a puertas, ventanas y a los lugares de mayor tránsito. Cuando realice trabajos en grupo, cuidar tanto la ubicación del grupo (próxima al profesor) como la elección de los compañeros...

Materiales y recursos:

- En las clases en las que los materiales sean de uso común, deberán regularse de forma clara tanto su utilización como el lugar en el que estarán colocados.
- Cuando se le den explicaciones sobre una actividad, dejarle claro qué materiales deberá utilizar. Solo tendrá encima de la mesa los que necesite para realizar la tarea.
- Aprovechar los materiales para asignarle responsabilidades sobre su cuidado y utilización (reparto, recogida, ordenar, hacer fotocopias...).

Estrategias para captar y mantener la atención:

Durante las explicaciones.

- Antes de iniciar una explicación debemos asegurarnos de que el niño está atento.
- Mantener el contacto visual; permanecer cerca de él e incluso tomarle por el hombro de forma suave...
- Implicar al niño permitiendo o promoviendo su participación a través de preguntas sencillas sobre el tema, introduciendo actividades en las que se interpretan roles diferentes, manejando materiales diversos, presentando las tareas de forma novedosa, etc.
- Utilizar estímulos visuales, entonación o gestos exagerados, modificar el ritmo durante la exposición.
- Promover el aprendizaje cooperativo. Proponerle que explique a un compañero con mayores necesidades los puntos importantes de un tema o pedirle a otro compañero que se los clarifique o pregunte a él.

Antes y durante la realización de las actividades.

- Antes de iniciar una actividad conviene que se la expliquemos de forma clara y con un vocabulario sencillo. Asegurarnos de que la ha entendido.
- Secuenciar las instrucciones y órdenes complejas en pequeños pasos.
- Segmentar las actividades largas y limitar el número de estas.
- Supervisar la realización de forma frecuente para reforzarle positivamente o para reconducir tanto la ejecución como las distracciones.
- Conseguir la colaboración de un compañero “responsable” para que le ayude en la comprensión o en la realización de las actividades.

- Reforzar las ejecuciones positivas y las conductas adecuadas. Los refuerzos deberán ser frecuentes y, siempre que podamos, centrados en la tarea: “has leído muy bien”, “qué bien te han salido las cuentas”, “estás haciendo muy buena letra”.

- No hacerle demasiadas indicaciones sobre lo que realiza de forma inadecuada: “estás en las nubes”; “no molestes”; “ya está bien” ... Es mucho mejor hablarle en estos términos:” ¿has terminado?”; “¿recuerdas lo que debes hacer?”.

- Utilizar un sistema de refuerzos para motivar y favorecer la ejecución de las tareas:

- Elogios privados y públicos por las actividades bien hechas.

- Colocar sus trabajos en el corcho o en la pared de la clase.

- Recoger la realización de tareas dentro de un sistema de economía de fichas.

Otras estrategias para desarrollar y mantener la atención:

- Es importante establecer rutinas y hábitos en las actividades del aula: hábitos de autonomía, de escucha, de utilización y recogida de materiales, de inicio, de finalización o de cambio de actividad...

- Enseñarles que deben poner su nombre, fecha, títulos, que respeten el margen... y, en general, a utilizar todo tipo de elementos que faciliten el orden y la organización.

- Entrenarlos para que sigan unas secuencias en la realización de actividades:

- Escuchar o leer las instrucciones.

- Seleccionar el material necesario.

- Reflexionar... ¿Qué se me pide que haga?

- Realizar la tarea.

- Revisar esta tarea.

- Enseñársela al profesor.

- Corregir, si es necesario.

- Recoger la tarea y los materiales utilizados.

Deberes:

- El niño deberá tener claras las tareas para realizar en casa. Para ello podemos utilizar la pizarra, una agenda o la colaboración de un compañero de clase.

- Seleccionar y priorizar los deberes para que los pueda realizar en un tiempo prudencial (en función de la edad).

- La agenda puede ser, además, un buen instrumento de comunicación entre la familia y la escuela.

Exámenes:

- Utilizar diferentes formas e instrumentos de evaluación (trabajo diario, controles orales y escritos...).
- Entrenar tanto la preparación de los exámenes como su realización.
- Los exámenes escritos deberían ser cortos y más frecuentes, las preguntas claras y con un vocabulario sencillo; concederle más tiempo...
- Supervisar la comprensión de las preguntas y la ejecución.

Programa conductual para regular el comportamiento:

Es aconsejable establecer un programa individual para regular su comportamiento. Cuatro principios que hay que tener en cuenta:

- Hacer al niño responsable de sus conductas.
- Recompensarlo por las adecuadas.
- Ignorar, reconducir-sancionar las conductas inadecuadas.
- Enseñarle conductas alternativas.

También es importante contar en clase con unas normas claras para todos los alumnos: escuchar, respetar turnos, hablar, solicitar permisos, etc. Explicitar las conductas esperadas y las consecuencias por el cumplimiento o incumplimiento de las mismas. En general, los estudiantes con TDAH no necesitan realizar ajustes importantes en sus cursos. Si el TDAH está asociado a una dificultad de aprendizaje, el equipo orientador de cada centro será el responsable de evaluar y recomendar dichos ajustes tras una valoración psicoeducativa.

Los tutores son los responsables de realizar las ACI vitales en colaboración con el equipo docente del estudiante (incluidos los especialistas del equipo de apoyo) y el responsable de Orientación del Centro (tutores propios del Centro, equipo de orientación). En estos casos, se puede evaluar la necesidad de realizar una ACI significativa.

- Actuación en las familias.

Los padres son las figuras más relevantes para el niño y una pieza fundamental dentro del plan de tratamiento. Es importante que conozcan en qué consiste el trastorno y proporcionarles unos conocimientos básicos y unas habilidades mínimas para manejar las necesidades de sus hijos.

Información a los padres:

- El orientador comunicará a los padres las conclusiones de la evaluación diagnóstica y las necesidades de su hijo en los diferentes ámbitos.
- También se les debe informar sobre el tratamiento más adecuado, los profesionales que van a intervenir y la manera de coordinarse.
- Explicarles en qué consiste el trastorno.
- Exponerles también cómo su forma de actuar puede influir positiva o negativamente en las conductas de su hijo con TDA-H.
- Desarrollar unas habilidades mínimas para el manejo de contingencias y proporcionarles unos recursos básicos para manejar las conductas disruptivas en casa.

Procedimiento en el hogar:

- La familia y el centro educativo deben acordar las normas de trabajo: reforzar la educación, repartir tareas, etc.
- Detectar aquellos estímulos ambientales que favorecen la aparición de conductas inadecuadas y realizar un análisis funcional de estas.
- Detectar, igualmente, aquellos estímulos, actuaciones... que facilitan la conducta adaptada del niño y la dinámica familiar.
- Introducir en el ámbito familiar reajustes para mejorar las condiciones que favorecen el mantenimiento de las conductas deseadas.
- Adquirir unas estrategias de comunicación que mejoren las relaciones tanto con el hijo con TDA-H como con el resto de miembros de la familia.
- Especificar reglas y restricciones de comportamiento en casa. Establecer reglas claras y síguelas en todo momento.

En todo momento ambas partes deben implicar al niño:

- Informar al niño sobre qué le está pasando, en qué consiste la intervención y los objetivos que buscamos con ella.

- Explicarle qué conductas serán objetivo de la intervención; cuáles son adecuadas o inadecuadas y por qué las consideramos así.
- Elaborar con él una lista de posibles reforzadores.
- Consecuencias positivas y negativas que obtendrá cuando realice estas conductas.

La sensación de incompetencia y de fracaso los lleva a valorarse de forma negativa y su autoestima se resiente. Es importante que padres y profesores conozcan estas dificultades y les ayuden a superarlas o a moderar las:

- Deben aceptarlos como son, con sus cualidades, peculiaridades y necesidades, evitando las comparaciones con otros hermanos, compañeros o amigos.
- Cuidar el lenguaje y las etiquetas; proponerle mensajes positivos diciéndole lo que deseamos de él.
- Valorar su esfuerzo y no solo los resultados. Destacar los aspectos positivos, reconocer y elogiar todo lo que haga correctamente.
- Establecer normas y límites tanto en casa como en el colegio.
- Favorecer sus relaciones con iguales y ayudarle a conseguir éxito social.

5.2. Estrategias de intervención con el alumnado TDAH en el aula.

Un importante número de niños y niñas con TDAH comienzan la escuela primaria sin un diagnóstico, a veces sin siquiera sospechar que padecen un trastorno, que es tratable. A la edad de seis o siete años, estos estudiantes ya tienen que poder sentarse y escuchar durante largos períodos de tiempo, aprender o ya saber leer y escribir, ser capaces de realizar tareas escritas breves, empezar a memorizar, etc.

Los alumnos con un crecimiento ordinario regulan su comportamiento a través de sus consecuencias y tienden a buscar la remuneración, buenas notas y aprobación de la familia y los profesores. Los estudiantes con TDAH pueden tener algunas dificultades en áreas muy concretas debido a la inmadurez. Algunas de las siguientes características se pueden observar en ocasiones en algunos alumnos: a veces tienen dificultades para hacer una página continua de tarea; a veces son impulsivos, respondiendo a la primera respuesta que le viene a la mente sin prestar mucha atención a la afirmación; algunos pueden no tener la paciencia y el cuidado suficiente para

escribir correctamente, saltarse letras o palabras, cometer errores en tareas que comprenden perfectamente y saben hacer.

Los docentes suelen estar consternados por el hecho de que las calificaciones escolares no reflejan las competencias del alumno. En la misma materia, pueden obtener calificaciones completamente contrarias. La verdad es que, para tener un buen desempeño en el examen, además de comprender el contenido, es necesario concentrarse y no apresurarse. Lo mejor es que los profesores se adapten a las características de cada alumno, pensando en cómo evaluar lo que saben, y al mismo tiempo desarrollar la atención, concentración y reflejos de los niños o niñas.

Llegados a este punto expondré una serie de intervenciones para llevar a cabo en el aula atendiendo a los 3 síntomas nucleares del TDAH.

Métodos para desarrollar la atención:

- Crear entornos físicos y una atmósfera estructurada.
- Crear reglas, que deben ser claras, sencillas y consensuadas por el resto del equipo docente. Sentarlos en un punto claro.
- Establecer rutinas diarias en el aula.
- Anticipar cambios en la vida diaria.
- Publicar el horario de clases semanal en un lugar destacado.
- Planificar las ubicaciones de los estudiantes.
- Organizar las tareas a realizar y los materiales a utilizar.
- Hacer uso de la tecnología (video, computadora, etc.) para captar su atención.
- Respecto a las tareas escolares, recuerda que deben ser breves, organizadas y motivadoras, preferiblemente pocas, variadas y supervisadas.
- Utilizar mapas conceptuales y resúmenes.
- Enseñar a los estudiantes a utilizar una lista ordenada de tareas para la consecución de la actividad, pueden tener imágenes o texto.
- Enseñar habilidades de gestión del tiempo.
- Indicar como deben prevenir y organizar el material necesario para llevar a cabo la actividad. Al principio y al final de la clase.
- Avanzar hacia funciones más autónomas, permitiendo un tiempo para organizar los materiales que necesitan.

- Confirmar que ha comprendido el trabajo.
- Llamar la atención del estudiante antes de comenzar la explicación al grupo.
- Resumir individualmente las instrucciones dadas al grupo.
- Repetir información usando otras palabras, gestos o accesorios visuales.
- Incidir discretamente al alumno que verbalicen lo que comprende.
- Vigilar el tiempo destinado a las tareas.
- Pactar con el alumno señales que eviten que se distraigan y lo reconduzcan de nuevo en sus tareas.
- Dividir la actividad en partes pequeñas y controlar el tiempo.
- Establecer tiempos específicos para la realización de tareas.
- Utilizar un reloj o cronómetro para las tareas.
- Dar pautas conforme se van realizando los diferentes pasos.
- Alerta temprana antes de que finalice el tiempo destinado a la tarea. evento.
- Monitorear cuidadosamente el desarrollo de las tareas propuestas.
- Fomentar periodos de atención cada vez más prolongados.
- Mantener contacto visual regular con los estudiantes.
- Programar las clases planeando el trabajo y los descansos, respetando su tiempo de atención.
- Consolidar el aumento de la capacidad de atención parpadeando, sonriendo, etc.
- Colaborar a programar su vida escolar.
- Recordar a los estudiantes el horario y las rutinas escolares.
- Aludir cuando se acercan las fechas límite de tareas o exámenes.
- Reforzar el acto de anotar las tareas y comprobar si las ha realizado.
- Revisar agendas y materiales requeridos en la escuela y en casa.
- Enriquecer su motivación y esfuerzo.
- Plantear una variedad de actividades.
- Presentar tareas colaborativas y formación de grupos de trabajo bien definidos.
- Sugerir nuevas tareas que asuman desafíos y estén dentro de sus posibilidades.
- Involucrar exitosamente al alumno en clase haciéndole preguntas cuyas respuestas sepa.
- Hacer comentarios positivos y refuerzos.
- Recuperar y realzar las conductas positivas del alumno.
- No presuponer sobre comportamientos inapropiados.

- Identificar el comportamiento apropiado que debería reemplazar el comportamiento inapropiado.

- Mayor nivel de obligación a medida que avanza el aprendizaje.

Métodos para abordar la hiperactividad:

- Vigilar la agitación y el movimiento excesivo.

- Determinar cuánto tiempo permanece concentrado en su trabajo.

- Anticipar situaciones difíciles y desarrollar estrategias con antelación para ejecutarlas.

- Reconocer señales que prevén actuaciones incómodas, como golpear repetidamente un lápiz en un escritorio, y reconducirlos para realizar tareas que impliquen movimiento, como repartir hojas de trabajo.

- Propiciar actividad física para reducir los niveles de actividad.

- Posibilitar el ajeteo en el asiento ya que puede resultar beneficioso para realización de la tarea.

- Se permiten movimientos corporales que no impliquen desplazamiento siempre que no interfieran con la actividad principal.

- Facilitar el desplazamiento funcional. Por ejemplo, levantarse y mostrar al docente parte de la tarea.

- Impulsar actividades controladas.

- Establecer tareas donde los estudiantes puedan intervenir en diferentes grados y realizar diversas actividades.

- Organizar pequeñas tareas o responsabilidades para ayudar a los docentes a suprimir el nerviosismo y la energía acumulada.

- Dirigir los estímulos.

- Reducir el número de ejercicios para que se centre más en la calidad que en la cantidad.

- Entregar la actividad después de completar la anterior para darle tiempo a completarla y corregirla inmediatamente.

- Planificar actividades que requieran trabajo mental después del trabajo físico.

- Hacer uso de contadores de tiempo como relojes de arena, cronómetros, etc. para desarrollar la percepción del tiempo.

- Tolerar cierto grado de ruido y actividad en el aula.

- Hacer frente a circunstancias comunes de forma óptima.

- Dar la oportunidad de que lleve a cabo explicaciones a otros compañeros.
- Dar lugar a manifestarse en circunstancias conflictivas que viva.
- Mediar con sus compañeros para que toleren algunas actuaciones no apropiadas por parte de su compañero.
- Disuadir a los compañeros de fomentar al alumno a ejecutar acciones inapropiadas. También evitar que imite comportamientos inapropiados.

Métodos para abordar la impulsividad:

- Determinar las reglas.
- Acordar y concretar normas generales para el aula y determinar las consecuencias en caso de incumplimiento.
- Escribir de manera positiva las reglas, que deben ser escasas, claras y coherente.
- Fijar y consensuar reglas individualizadas con los estudiantes que las necesiten.
- Ofrecer diversas maneras de resolver el mismo problema.
- Proporcionar recordatorios frecuentes de las reglas y situarlas en un lugar destacado en el aula.
- Consecuencias inmediatas.
- Ser consistente y firme en la aplicación de las actuaciones.
- Fomentar el autocontrol.
- Promover la colaboración entre los estudiantes.
- Proporciona instrucciones, consejos y advertencias para guiarle con su conducta.
- Cuando comience un comportamiento inapropiado, evaluar activamente a los estudiantes que exhiben un comportamiento apropiado y puede servir de modelo.
- Ilustrar estrategias de autodirección a través del habla interna. Capacitar a los estudiantes para que controlen su propio comportamiento.
- Ofrecer procedimiento de relajación que el alumno podrá aplicar cuando note inquietud o reciba avisos de ella.
- Enseñar a turnarse para participar en actividades cooperativas.
- Incrementar la supervisión en situaciones poco estructuradas: parques infantiles, salidas, viajes, fiestas, etc.
- Mayor paciencia a la decepción, posponiendo compensaciones inmediatas en favor de otras recompensas mayores y de más largo plazo.

- Recompensar el comportamiento correcto e ignorar el comportamiento incorrecto.
- Expresar los aspectos positivos de llevar a cabo el alumno.
- Hacer evaluaciones positivas e imparciales.
- Obviar equiparaciones con otros estudiantes.
- Evitar críticas desafortunadas, sarcasmo, alzar la voz, etc.
- Hacer uso de anotaciones para que pueda verse el progreso que ha realizado en las lecciones.
- Mejorar su habilidad de meditación.
- Reemplaza el verbo ser con el verbo estar para proteger su amor propio.
- Construir el entorno con señales visuales para guiarle y recordarle que debe esperar y pensar.
- Hacer de ejemplo para utilizar el lenguaje interno en la resolución de conflictos.
- Trabajar con el alumno examinando su comportamiento en diversos tiempos, espacios y con distintas personas, exponiendo variables a comportamientos inapropiados.
- Analizar objetivamente los errores cometidos y evitar remordimientos de culpa.

Siguiendo estas intervenciones y siendo más concreta, trataremos algunas orientaciones ante situaciones concretas, según Pujol y Amador (2006):

Se levanta a menudo: recordar la norma antes de empezar “vendrá a mi mesa el que tenga el trabajo acabado, el que tenga una duda que levante la mano y yo me acerco; concretar una señal privada que le recuerde la norma; asegurarnos de que dispone de todo el material necesario para realizar la tarea y evitar que se levante; reforzar la conducta correcta (acercarse y decir “me gusta verte sentado, sé qué harás buen trabajo”) e ignorar la incorrecta; elaborar un sistema que le dé la oportunidad de ponerse en pie y andar (dibujar un espacio en el suelo, dar un cargo, etc.); entrenarlo para permanecer unos minutos trabajando autónomamente (si es capaz de estar sentado unos minutos pactados durante la tarea, podrá realizar después una actividad que le guste); aplicar la consecuencia más lógica en caso de incumplir la norma (por ejemplo, perder temporalmente el privilegio de sentarse).

Interrumpe constantemente: ofrecer la norma por escrito o a través de un dibujo en un lugar visible (“para intervenir es necesario estar en silencio, bien sentado en la mesa y con la mano levantada”); pactar con el niño señales silencio es como

recordatorio (tocar, mirar, hacer un guiño) y mantenerse a menudo cerca de él; aprovechar algunas situaciones con otros niños para mostrar el modelo correcto (“a ver a quién pregunto... a Alberto que está sentado, en silencio y con la mano levantada”); reforzar la conducta correcta siempre que ésta se dé o se aproxime “me gusta que Marta recuerde que ha levantado la mano y espera que yo le diga que hable. Gracias Marta”; en caso de que el niño continúe interrumpiendo, ofrecer pequeños recordatorios de la norma e ignorar la conducta; podemos darle al niño impulsivo un pequeño margen de interrupción, pactando previamente con él una interrupción legal. Posponiendo la interrupción le ayudamos a adquirir un mayor autocontrol, pues le forzamos a concentrarse, a la vez que conseguimos disminuir el número de interrupciones; a aquellos niños poco autónomos podemos ofrecerles un medio adicional para reclamar ayuda (el niño puede disponer de una tarjeta roja que dejará sobre la mesa cuando necesite la ayuda del maestro).

Molesta a los compañeros de mesa: sentarlo con un compañero que presente un buen modelo de comportamiento; dedicar un tiempo personal a hablar sobre los sentimientos que genera en los compañeros cuando invade su espacio, los interrumpe, habla en exceso...; ofrecer un espacio para él solo donde pueda trabajar tranquilamente, presentándolo como un “lugar para trabajar tranquilo” y no un “lugar para que no molestes”; elogiarle mediante le alabanza específica cuando trabaje correctamente y con sus compañeros; en caso de incumplimiento podemos aplicar, por ejemplo, el tiempo fuera con la siguiente consigna: “únete a tu compañero cuando creas que podrás trabajar en silencio”.

Pierde el control, chilla, desafía...: si pierde completamente el control tendrá que retirarle del aula; si el niño desafía, inicialmente se pueden ofrecer otras alternativas de solución, en caso de que no dé resultado no conviene enfrentarse ni entrar en lucha de poderes, mantenerse firme y no caer las lamentaciones, no agredir (ni física ni verbalmente); posteriormente al desafío dedicar un tiempo personal para hablarlo, dejándole explicarse, escuchándole atentamente, buscando conjuntamente soluciones para otro momento, orientándole, recordándoles los límites y respetándole en todo momento; nuevamente se puede aplicar el tiempo fuera como técnica para reducir este comportamiento; se ha de evitar el abuso de la expulsión del aula, puesta esta estrategia no favorece el autocontrol del alumno. Como alternativa, pactamos con él tres advertencias: la primera, se levanta y se mantiene de pie al lado de la silla; la segunda, se mantiene de pie al final de la clase, y sólo en la tercera abandona el aula.

“Va como una moto”: reforzar en todo momento la buena conducta; ignorar algunas conductas inadecuadas menores (ruiditos, movimientos, hablar en voz baja...); permitirle un alivio para la tensión física (rayar una hoja, borrar la pizarra, ir a buscar alguna cosa.); enseñar técnicas de autocontrol (Anexo I) y relajación (respiración profunda); pactar previamente con el niño señales de recordatorio de autocontrol o relajación.; intentar prever momentos clave en que sabemos que pierde fácilmente el control: los momentos de transición, tarea poco planificada, momentos sin actividad...

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Alda, J. A., Serrano, E., Ortiz, J. y San, L. (2015). *El TDAH y su tratamiento*. https://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/1830.1-pildora_tdah.pdf.

Aparicio, F. B. (2014). *Orientaciones y estrategias dirigidas al profesorado para trabajar con alumnado con trastorno por déficit de atención e hiperactividad*.

Association, A. P. (2000). *Diagnostic criteria from DSM-IV-TR*. Elsevier España.

Association, A. P. (2015). *DSM-5 Classification*. American Psychiatric Publishing.

Association, A. P., & Dsm-iv, A. P. A. T. F. O. (1994).

Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.

Barkley, R. A. (2002). *Niños hiperactivos: Cómo Comprender y Atender Sus Necesidades Especiales: Guía Completa Del Trastorno Por Déficit de Atención con Hiperactividad, TDAH*. Grupo Planeta (GBS).

Barkley, R. A. y Edwards, G. (1998). *Diagnostic interview, behavior rating scales, and the medical examinations*. En R. A. Barkley, *Attention deficit hyperactivity disorder* (2 ed.), pp. 263- 311. Nueva York: Guilford.

Conners CK, Wells KC, Erhardt D, et al. *Multimodality therapies: methodologic issues in research and practice*. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1994; 3: 361-77.

Esperón, C. S., & Suárez, A. D. (2007). *Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH*. Ed. Médica Panamericana.

Guías: Protocolo de detección, orientaciones y estrategias para alumnado con TDH -Educastur. (s. f.). <https://www.educastur.es/-/gu%C3%ADas-protocolo-de-detecci%C3%B3n-orientaciones-y-estrategias-para-alumnado-con-tdh>

Inicio – Feaadah. (2023, 31 marzo). Feaadah. <https://www.feaadah.org/>

Lacosta, Á. M. C. (2009). *Didáctica escolar para alumnos con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*.

Martínez, M. Á. M. (2009). *Trabajar con personas con TDAH, una labor de equipo*.

Organización Mundial de la Salud (1994), *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A., 2000.

Revista De Neurologia, 40(06), 358. <https://doi.org/10.33588/rn.4006.2004364>
Martínez, M. Á. M. (2009). Trabajar con personas con TDAH, una labor de equipo.

Palacio, J. D. (2009). Algoritmo de tratamiento multimodal para preescolares latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad (TDAH). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=23271>

PEDIATRÍA INTEGRAL No9 – NOVIEMBRE 2014 - Pediatría integral. (s. f.). Pediatría integral. <https://www.pediatriaintegral.es/revistas/revista-pediatria-integral-noviembre-2014/>

Pujol, B. M., & Amador, J. A. (2006). El alumno con TDHA: guía práctica para educadores.

Revista Española de Pediatría Clínica e Investigación - SEINAP. (2019, 31 enero). SEINAP, Sociedad Española de Investigación en Nutrición y Alimentación en Pediatría. <https://www.seinap.es/revista-de-pediatria/> Tratamiento TDAH. (s. f.). Scribd. <https://es.scribd.com/document/136950215/Tratamiento-tdah#>

The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders, Geneva: World Health Organization; 1993.

Vaquerizo-Madrid J. *Hiperactividad en el niño preescolar: descripción clínica*. Rev Neurol 2005;40(Supl 1):25-32.

Weiss, M. (1992). *Psychoeducational intervention with the family, school, and child with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 1(2), 467-479. [https://doi.org/10.1016/s1056-4993\(18\)30598-4](https://doi.org/10.1016/s1056-4993(18)30598-4)

Wilma, R. G. (2013). *Etiología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y características asociadas en la infancia y niñez*. Acta de Investigación Psicológica, 3(2), 1079-1091. [https://doi.org/10.1016/s2007-4719\(13\)70953-0](https://doi.org/10.1016/s2007-4719(13)70953-0)

7. ANEXOS.

Técnica de la tortuga.

SI SIENTO QUE VOY A EXLOTAR...



Esta técnica está diseñada para niños desde preescolar hasta segundo grado y está diseñada para promover el autocontrol y la relajación en situaciones estresantes o que provocan ira.

En la aplicación de la técnica se tendrán en cuenta (Pujol y Amador, 2006):

El educador parte de la explicación de un cuento (<https://www.youtube.com/watch?v=BdOWNd5KtLk&t=124s>) para que el niño se identifique con el personaje que lo protagoniza. Ante una situación potencialmente estresante, el maestro dice la palabra “tortuga”, el niño adopta una posición previamente entrenada (imitando a la tortuga introduciéndose dentro de su

caparazón: barbilla en el pecho, mirada al suelo, brazos y puños cerrados y en tensión, estirados a lo largo del cuerpo) contar hasta diez y proceder a relajar de nuevo todos sus músculos. El maestro ha de reforzar o premiar este entrenamiento o posterior aplicación para que el niño se anime a utilizar esta estrategia de forma autónoma cuando se sienta inquieto o ante situaciones que le resulten de difícil control.