



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“UNA REVISIÓN TEÓRICA DEL TRASTORNO DE  
DÉFICIT DE ATENCIÓN (TDA), MODA O REALIDAD”**

TESINA

***QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:***

***LICENCIADA EN PSICOLOGIA***

PRESENTA

CARLA EDITH RAMOS MARCELO

DIRECTORA:

DÍAZ SAN JUAN LIDIA

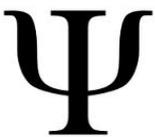
REVISOR:

MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDOÑEZ

Número de cuenta: 304127027

Número de teléfono; 0445530167442 ó 57502572

Correo electrónico: psicol\_18@hotmail.com



México, D.F.

2014



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

<b>Resumen</b> .....	1
<b>Introducción</b> .....	2
<b>Capítulo 1. TDA</b> .....	4
1.1 <i>Antecedentes Históricos</i> .....	4
1.2 <i>Definición</i> .....	12
1.2.1 <i>Clasificación y subtipos</i> .....	21
1.3 <i>Síntomas</i> .....	25
1.3.1 <i>Síntomas primarios</i> .....	25
1.3.2 <i>Síntomas secundarios</i> .....	35
1.4 <i>Diagnostico</i> .....	35
1.4.1 <i>Diagnostico por parte del psicólogo</i> .....	35
a) <i>Evaluación cognoscitiva</i> .....	37
1.4.2 <i>Diagnostico por parte del psiquiatra</i> .....	43
1.5 <i>Tratamiento</i> .....	44
1.5.1 <i>Tratamiento farmacológica</i> .....	44
1.5.2 <i>Tratamiento no farmacológica</i> .....	46
<b>Capítulo 2 Estrategias para padres Y maestros</b> .....	53
<b>Capítulo 3 Propuesta</b> .....	59
<b>Alcances y limitaciones</b> .....	68
<b>Bibliografía</b> .....	70

## **Agradecimientos:**

*En primera instancia a Dios por darme la oportunidad de llegar hasta este momento de mi vida.*

*Así mismo a cada una de las personas que participaron en la culminación de este sueño:*

*A mis Padres: Edith Marcelo y Armando Ramos por darme las herramientas, su cariño y apoyo incondicional en todo este trayecto de vida.*

*A mi hermano: Luis Ramos por su apoyo, su amor incondicional, confianza, no tengo palabras para decirle cuanto lo quiero y le agradezco.*

*A mis Abuelitos: Cruz, Pancho y Carmen por su amor y apoyo.*

*A mis tíos y tías: Paco, Arizbe, Marga, Horte, Servando, Carmen, Ana y Cucho. Los quiero*

*Y mi mayor agradecimiento a las personas que me han ayudado a crecer profesionalmente y me han dado su voto de confianza, así mismo su cariño: Dra. Raquel Levinstein, Dr. Manuel Orlando, Dra Laura Reyes y Dr. Héctor Pureco y a la empresa que me ha visto crecer CSIDH, es como mi segunda casa.*

*A mis amigos Blanca, Martín y Gloria por su amistad incondicional.*

*A mis demás familiares y amigos.*

*¡¡Infinitas gracias!!*

# *Resumen*

El objetivo de esta Tesina es hacer un recopilado de información sobre él TDA, desde sus antecedentes hasta las recomendaciones sugeridas para los padres que tengan un hijo con TDA, esto debido a él TDA se ha vuelto en nuestra actualidad un concepto de moda en el que padres y maestros clasifican inmediatamente cuando un niño es desatento o presenta problemas de conducta. En el mejor de los casos se acude con un especialistas el cual puede descartar el diagnostico, pero en el peor de los casos los padres y maestros diagnostican ellos mismos y dan un tratamiento que desconocen o simplemente no muestran interés y dejan que los niños hagan lo que deseen, lo que a futuro puede generar grandes consecuencias en el menor, por lo que aquí se realizará un recorrido sobre la historia del TDA. ¿Qué es?, Diagnóstico, tratamiento y sugerencias para padres y maestros.

The objective of this Thesis is to make information collected about him TDA, from its beginnings to the suggested recommendations for parents who have a child with AD, this AD because he has become a concept in our current fashion in which parents and teachers classified immediately when a child is inattentive or presents behavioral problems. In the best case it comes with specialists who can rule out the diagnosis, but in the worst parents and teachers diagnose themselves and give a treatment that ignore or simply not interested and let the children do the they want, what the future may generate great impact in the shortest, so here a course on the history of AD was made. What is it?, Diagnosis, treatment and suggestions for parents and teachers.

# *Introducción:*

Cada vez que mencionamos términos TDA, nos referimos a los que suele denominar como “Trastorno por déficit de atención con o sin Hiperactividad”.

Actualmente, y desde hace muchos años la hiperactividad, la falta de atención y la impulsividad dominan la escena del niño, adolescentes y aún del adulto.

Algunos estudios epidemiológicos han mostrado que sólo el 25% de los padres de sujetos con síntomas de trastornos de conducta o del afecto consideraban que sus hijos necesitaban atención médica, y de ellos, solamente el 13% acudió a los servicios de salud mental (Caraveo-Anduaga J, Colmenares-Bermúdez E, Martínez-Vélez N, 2002).

El trastorno por déficit de atención (TDA) afecta aproximadamente a un 8% de niños en el mundo, y suele ser crónico, persistiendo en la adolescencia y vida adulta en un porcentaje de casos que ronda el 50% (Biederman y Faraone, 2005 citado por Presentación M<sup>a</sup> Jesús, Pinto Vicente, Meliá Amanda, Miranda Ana 2009).

La prevalencia del TDA a nivel mundial es alta. Los estudios epidemiológicos muestran que del 3 a 5% de los niños y adolescentes en edad escolar pueden recibir este diagnóstico (Polanczyk G, Silva de Lima M, Lessa Horta B, Biederman 2007 citado en Palacios-Cruz Lino, de la Peña Francisco, Valderrama Andrés, Patiño Rodrigo, Calle Portugal Silvia Pamela, Elena Ulloa Rosa 2011). En México se estima que hay aproximadamente 33 millones de niños y adolescentes, de los cuales 1.5 millones podrían ser diagnosticados con TDA (INEGI. Consenso de población y vivienda 2005 citado en Palacios-Cruz Lino, de la Peña Francisco, Valderrama Andrés, Patiño Rodrigo, Calle Portugal Silvia Pamela, Elena Ulloa Rosa 2011). En el contexto clínico, al menos 30% de los pacientes que acuden a valoración de primera vez en los servicios psiquiátricos infantil presentan problemas de inatención, hiperactividad o impulsividad (Secretaría de Salud. Programa de acción en salud mental, 2002 citado en Palacios-Cruz Lino, de la Peña Francisco,

Valderrama Andrés, Patiño Rodrigo, Calle Portugal Silvia Pamela, Elena Ulloa Rosa 2011)

Esta nueva sociedad globalizada provocó un número creciente de personas, principalmente niños, que presentan las características de hiperactividad y falta de atención, lo que sumado a la falta de comunicación dentro de la familia, da origen a un costoso impacto en la salud de los niños.

Debido a esta incidencia de casos tanto padres como maestros han generado creencias. Catalogando a cualquier menor que presente falta de atención, problemas de conducta o hiperactividad como un niño con TDA ocasionando ideas erróneas de cómo tratarlo, así mismo han generado burdos intentos de realizar un diagnóstico, dejando de lado la opinión de un especialista.

Se puede observar que este desinterés por tener información sobre este tema no solo se presenta con los padres si no también se presenta en las aulas, siendo protagonistas profesores que realizan un diagnóstico TDA a cualquier niño que tiene problemas de conducta, colocándole una etiqueta, esto debido a la falta de tiempo del profesor para buscar actividades que pueda permitir una mejor integración en los infantes. Los padres juegan un papel muy importante ya que debido a la desintegración familiar no se dan el tiempo para convivir con sus hijos lo que hacen que desconozcan su desempeño en el aula, igualmente la nueva situación laboral en la que ambos padres trabajan no les permite darse un tiempo para comunicarse con el profesor.

Por lo tanto el objetivo del presente trabajo es recolectar información para que posteriormente pueda ser utilizado en pláticas informativas para padres y maestros en donde conozcan qué es el TDA , Qué especialista puede detectar el padecimiento de este trastorno, qué hacer si el niño ha sido diagnosticado con este trastorno, haciendo que tanto padres como maestros no dejen de lado la importancia de diagnosticar correctamente al niño que sufre este trastorno y que reciba el tratamiento correcto y de igual forma quitar etiquetas a los niños que no padecen este trastorno, pero aun así presenten problemas de conducta; así mismo que los padres pasen tiempo con sus hijos y buscar de nuevo ese trabajo en equipo entre padres y maestros.

# Capítulo 1 TDA

## 1.1 Antecedentes Históricos

Antes de describir al TDA es importante conocer su historia, el conocimiento que se nos brinda. Conocer sus antecedentes nos dará pie a conocer, cómo, cuándo y dónde surgió.

Vesen, Puntas, Dueñas, Untolglich, Fereira, Pazo, Feld, Bignone, Serrate, Diez, Carbajal, (2011) nos mencionan que durante los últimos sesenta años, desde 1945 Spock configuró un nuevo modelo norteamericano de educación infantil y postuló que la crianza debía poner énfasis en lograr que “los niños fueran libres y se sintieran bien con ellos mismos”. Una manera de fomentar la independencia de los niños con respecto a sus padres fue la separación temprana, el sueño solitario, nada de mimos y poco consuelo. Spock fue quien estableció a qué edad había que retirar la cuna de la habitación matrimonial.

Aunque no hay pruebas que avalen su teoría, se cree que el sueño del niño en compañía de los padres fomenta la dependencia emocional que esa dependencia es negativa (Vesen, Puntas, Dueñas, Untolglich, Fereira, Pazo, Feld, Bignone, Serrate, Diez, Carbajal, 2011 p17).

Spock actualmente está cuestionado por los antropólogos pediátricos, que analizan comparativamente la crianza de los niños en diferentes comunidades humanas.

El bebé independiente de Spock es el predecesor del bebé competente de Brazelton, dando lugar al bebé sobre-estimulado con todos los juguetes imaginables de hoy, para llegar hasta el niño hiperactivo, inquieto, demandante y disperso. Ese conjunto ha instaurado las características que hoy conocemos como TDA. (Vesen, Puntas, Dueñas, Untolglich, Fereira, Pazo, Feld, Bignone, Serrate, Diez, Carbajal, 2011 p17)

Palacios, De la Peña y Gómez (2010) refiere:

Una de las primeras descripciones hechas sobre el trastorno que actualmente se conoce como TDAH, fue descrito por primera vez por un médico alemán llamado Heinrich Hoffmann en 1854, desde entonces muchos investigadores han estudiado este trastorno (p.3).

Desde el siglo XIX, Maudsley y Bourneville realizaron las primeras descripciones, aunque en esta época sólo se establecían algunas de las características clínicas de dicho padecimiento. En 1902, Still y Tregold informaron acerca de 20 niños que tenían hiperactividad, movimientos coreiformes e incapacidad para sostener la atención, situaciones aparentes que condicionaban problemas escolares, aun en ausencia de retraso mental y aparente falta de respuesta a los castigos, por ello, se consideró que padecían un “defecto del control moral o una especie de agenesia moral. (DSM-IV, 1994, en Ruiz 2007).

Tregold describió niños con características de hiperactividad y “daño cerebral mínimo” y denominaba a estos pacientes como portadores de “alto grado de debilidad mental”, toda vez que no se beneficiaban de la educación escolar regular, pero sí de una atención e instrucción individualizadas. Asimismo, les consideraban proclives a un comportamiento criminal, aunque hubieran sido formados en un ambiente adecuado, probablemente por “anormalidad orgánica de los niveles cerebrales superiores” y suponía que las áreas donde se localizaba el “sentido de la moralidad”, eran de reciente desarrollo en la especie humana y, por ello, más sensibles al daño. Creía también en la posibilidad de heredar este daño de generación en generación, lo cual daría lugar a diversos problemas; hiperactividad, migraña, modalidades leves de epilepsia, histeria y neurastenia, por lo que lo llamó “diátesis neuropática”, “diátesis psicopatía” y “blastoforia” (Frick, Lahey, Christ, p. 445-451 1991, en Ruiz 2007).

En 1917 y 1918, la epidemia de encefalitis viral de Von Economo, demostró la relación existente entre lesión cerebral frontal y conducta hiperactiva y desinhibida, problemas de aprendizaje y cambios catastróficos de personalidad (Oman 1922, Ebaugh 1923), y se acuñó el término “trastorno de conducta prosencefálico” para describir este comportamiento. (Ruiz 2007).

Alfred Strauss y Heinze Werner evaluaron niños con lesiones cerebrales en búsqueda de anormalidades. Basados en los antecedentes personales y de desarrollo, clasificaron a estos sujetos en dos categorías: los que tenían daño cerebral y quienes no los presentaban. Al comparar ambos grupos en lo cognitivo y lo emocional, hallaron que los pacientes con antecedentes patológicos tenían hiperactividad más grave, labilidad emocional trastornos de la percepción, impulsividad, distractibilidad, rigidez y perseverancia. Entre los sujetos sin antecedentes, también se encontraban niños con conducta hiperactiva e impulsiva y ante la ausencia de lesión cerebral evidente se les clasificó como portadores de un “daño cerebral mínimo” (Ruiz 2007).

En 1922 (Elias, 2005), Hohman describió un síndrome de hiperactividad aunado a un comportamiento impulsivo y agresividad, y que asociaba con problemas de aprendizaje y con fallas en la coordinación motora en los niños que habían padecido encefalitis de Von Economo. Los síntomas de hiperactividad en estos niños contrastaban con el Parkinson que se observa en los adultos que habían padecido encefalitis letárgica de Von Economo. Otros investigadores reportaron un comportamiento semejante en infantes que habían sufrido traumatismos craneoencefálicos.

En 1923 Se dio un brote de encefalitis, donde se hizo evidente que algunos pacientes presentaban impulsividad, atención breve o lábil e hiperactividad. Esto dio origen a la hipótesis de que el TDAH se debía a un déficit de dopamina (Vesen, Puntas, Dueñas, Untolglich, Fereira, Pazo, Feld, Bignone, Serrate, Diez, Carbajal, 2011 p17).

En 1934, Kahn y Cohen propusieron que la hiperactividad y la conducta impulsiva, acompañadas a menudo de agresividad, se debían a factores orgánicos localizables posiblemente en el tallo cerebral (Elias, 2005, p18)

Entre 1935 y 1941, se llevaron a cabo investigaciones relacionadas con medicamentos que podrían ayudar a quienes padecían problemas de conducta e hiperactividad, lo que dio como resultado que, para la década de 1970, el uso de fármacos, en particular de estimulantes, se convirtiera el tratamiento más popular (Benavides, 2002, p21).

En 1937, Bradley descubrió que los niños hiperactivos respondían adecuadamente al tratamiento con anfetaminas (en particular con benzendrina), aun cuando no había evidencia manifiesta de daño cerebral (Elias 2005, p 18)

Ruiz (2007) menciona:

Todo lo anterior ofreció elementos para apoyar un trastorno funcional más que una lesión cerebral y sugirió que la génesis era consecutiva a una combinación de problemas de aprendizaje y emocionales, discapacidades y dificultades para controlar la atención y la impulsividad (p.2).

En 1940, investigadores del Wayne County Training School, en Northville, Michigan, estudiaron los efectos psicológicos del daño cerebral en un grupo de niños con retardo mental. Entre los síntomas descritos, encontraron desatención e hiperactividad. Su trabajo culminó en 1947 con la publicación de *Psicopatología y educación de los niños con daño cerebral*, donde se comienza a utilizar el concepto de disfunción cerebral mínima (Walker, 2004 p23).

Strauss y Lehtin infirieron que sí los traumatismos craneoencefálicos, las secuelas prosencefálicas podrían producir manifestaciones de hiperactividad, problemas de atención y de impulsividad, entonces todo niño que exhibiera esa sintomatología debería tener algún tipo de “daño cerebral mínimo”, Este planteamiento tuvo una gran difusión en el periodo comprendido entre 1950 y 1960 (Elias,2005, p18).

En 1957, Laufer, Denhoff y Solomons desarrollaron un modelo que explicaba la hiperactividad como un defecto neurológico que se caracteriza por permitir la llegada a la corteza motora de una cantidad excesiva de estímulos periféricos y por la incapacidad para manejarlos. La gran popularidad de la que gozó este modelo en los años sesenta favoreció que ese trastorno se le denominara *síndrome del niño hiperactivo*, reacción hiperquinética de la niñez y de otras maneras semejantes (Elias, 2005, p18).

En el decenio de 1960, aparecieron otras contribuciones que hicieron posible diferenciar la hiperactividad relacionada o no con daño cerebral. Los trabajos de Moses Laufer (1957 en Ruiz 2007) y de Stella Chess (1960 Ruiz y Sánchez 2007) definieron lo que se conoció, a partir de entonces, como “síndrome hiperkinético” en cuanto a sus características clínicas, y se crearon las primeras herramientas de valoración para la escala de Conners (1969, 1970), que permitieron medir de manera estandarizada algunas conductas presentes en estos pacientes (Faraone y Biederman en Ruiz 2007).

En los años “60”, el término “daño cerebral mínimo” fue lentamente abandonado, ya que se consideró incorrecto inferir la presencia de daño cerebral en niños que sólo presentaban problemas conductuales (y no la pérdida de una función previamente adquirida). Fue precisamente Clements quien introdujo el término “disfunción cerebral mínima”, considerando a la hiperactividad como su síntoma principal. En la práctica, la palabra “disfunción” siguió llevando implícito el concepto de daño cerebral, y su diagnóstico se transformó, aplicado por igual a niños con problemas motores, conducta, o de aprendizaje. Lo que todos ellos tenían en común era la presencia de “signos blandos” o de daño cerebral, como la hemiparesia y, en algunos casos, anomalías inespecíficas en el electroencefalograma (Quiros, 2000 p21).

En esta década sobrevino un cambio teórico fundamental, al describir Douglas y cols. Los déficits cognitivos asociados a la hiperactividad, a saber:

1. incapacidad para mantener la atención y el esfuerzo mental
2. deficiente control de los impulsos
3. incapacidad para modular el nivel de alerta
4. fuerte inclinación a buscar gratificación inmediata

Estos estudios no sólo ampliaron el criterio diagnóstico sino que lo redefinieron al incluir características que antes eran consideradas solo como secundarias. Entre otras cosas, Douglas encontró que el principal déficit estaba en la atención sostenida y no en la distracción, parámetro en el cual los estudios no diferían de controles normales (Quiros, 2000 p22).

Ruiz (2007) menciona:

Los avances en la neuroquímica, los estudios de imagen, la genética, la neurofisiología, la epidemiología y la neuropsicología que dan sustento al trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) como se conceptúa hoy en día (p.2).

En 1961, se utilizó por primera vez la Ritalina en el tratamiento de la hiperactividad (Walker, 2004 p23).

En 1968 se incluyó una definición de “hiperactividad” en la segunda edición del *manual de diagnósticos y estadísticas de trastorno mental* (DSM-II, American Psychiatric Association, 1968, citado por Benavides 2002).

En la década de 1970, este trastorno acaparó la atención de investigadores, científicos y público en general, por lo cual se publicaron numerosos estudios y libros de texto científicos y clínicos, además de que se le dedicó un sinnúmero de volúmenes de revistas especializadas y se realizaron diversas investigaciones. El uso de medicamentos y la teoría de que la hiperactividad podía ser el resultado de factores ambientales, fueron aspectos que cobraron importancia para estudios y científicos. Se habló de dietas y del efecto de determinadas sustancias en los alimentos, de un desarrollo cultural excesivamente rápido y cambiante que “dejaba atrás” a algunos miembros de la sociedad, así como se mencionaron “fallas” en la educación que los padres brindan, entre otras posibles causas (Benavides, p22, 2002).

En 1990. Alan J. Zamertkin y Cols. Publican la primera tomografía por emisiones de positrones (PET) en un paciente con TDA, tratando de describir una alteración estructural con esta tecnología (Citado en Vesen, Puntas, Dueñas, Untolglich, Ferreira, Pazo, Feld, Bignone, Serrate, Diez, Carbajal, 2011).

En 1994, la cuarta edición del DSM considera al Síndrome de Déficit de Atención como un síndrome neurológico con una alta probabilidad de ser transmitido genéticamente. (Benavides, p23, 2002).

En este mismo año Lou y otros publicaron una serie de trabajos realizados sobre la base de mediciones del flujo cerebral, donde proponían diferencias anatomopatológicas en ciertas áreas del cerebro, específicamente en la parte frontal. (Walker, 2004 p23).

En 1998, el departamento de educación de Estados Unidos, así como su Departamento de Educación Especial, revisando los estatutos de la ley, permitieron que los niños con Síndrome de Déficit de Atención también pudieran recibir servicios programas educativos especializados (Benavides, p22, 2002).

En la segunda mitad del siglo XX, la Asociación de Psiquiatría publicó el *Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales (DSM; por sus siglas en inglés)*, en el cual se establece el término “trastorno por déficit de atención” y se diferencia de otros diagnósticos. Cabe comentar que este manual ha ido evolucionando y, por ello, se ha modificado su concepto y se ha establecido con mayor presión sus síntomas clínicos (DSM-IV, 1994, en Ruiz 2007).

Por otro lado, el rendimiento de niños hiperactivos en pruebas de atención sostenida no diferiría de los normales en situaciones de refuerzo continuo e inmediato. Douglas documentó los significativos efectos del metilfenidato sobre la atención, así como la asociación entre el déficit en el control de los impulsos y problemas de conducta en la evolución del síndrome.

EL concepto del llamado TDA fue variando desde la noción de que toda conducta, signo, síntoma o modalidad era una demostración de daño cerebral hasta quedar acotado bajo la denominación genérica de trastornos de la conducta (Vesen, Puntas, Dueñas, Untolglich, Fereira, Pazo, Feld, Bignone, Serrate, Diez, Carbajal, 2011 p20).

DSM-V El trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad se ha modificado levemente para recoger la posibilidad de su diagnóstico en la etapa adulta. En niños se ha cambiado la edad de aparición para el diagnóstico de TDAH (ahora

los síntomas deben aparecer antes de los 12 años, en vez de antes de los 7). (DSM-V en Rico y Martínez 2013).

Ahora que conocemos la historia de este trastorno y sus raíces, podemos darnos cuenta que en sus inicios fue considerado como un daño cerebral, es decir, como una discapacidad, imaginando que las personas que lo sufrían debían de tener un trato especial. Al avanzar su historia se modificó el término y, del mismo modo, se buscaron nuevas formas de tratamiento para así dejar de llamarlo daño cerebral y nombrarlo como un trastorno.

Si conocemos su historia, podremos definirlo. Daremos un significado a este Trastorno y así identificaremos a qué nos referimos cuando hablamos de un Trastorno de Déficit de Atención y qué características se muestran en él.

La teoría fue constituida como una reacción frente a la rigidez disciplinaria del modelo de sociedad castigadora y represora existente en ese momento.

## *1.2 Definición*

El TDA es un trastorno que afecta la atención y la impulsividad. En su origen y desarrollo participan causas neuroquímicas y psicodinámicas, su tratamiento requiere la imprescindible participación de profesionales médicos, psicólogos, psicopedagogos, maestros, psicomotricistas y padres (Gratch, 2000, p6).

Benavides, 2002, menciona: “el Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad es la denominación diagnóstica más reciente para individuos que presentan problemas serios de atención, impulsividad y, en ocasiones, hiperactividad. Al decir problemas serios nos referimos a la dificultad grave para integrarse satisfactoriamente a su entorno escolar, familiar y social”.

En 1987, en la tercera edición del DSM, de la asociación Americana de Psiquiatría, se sustituyó el concepto de hiperactividad por el concepto de hiperactividad por el trastorno de déficit de atención (con o sin hiperactividad). (Benavides, 2002, p22).

El concepto de déficit de atención mencionado en el DSM-IV es amplio, entraña mucho más que simplemente no prestar atención mientras alguien está hablando. Los criterios del DSM-IV también se refieren a los excesivos problemas planteados por la facilidad para distraerse y las dificultades crónicas para organizar tareas y actividades, atender a los detalles, seguir instrucciones y acabar tareas, emprender actividades que requieren un esfuerzo mental sostenido, así como a los problemas por extraviar objetos y ser excesivamente olvidadizo. Esta amplia gama de síntomas englobados dentro de los criterios del DSM-IV para el déficit de atención dibuja una alteración no de una sola función unitaria, si no de un conjunto de funciones cognitivas diversas, pero relacionadas, englobadas bajo el concepto de “atención” (Parasuramant, 1998 en Brown 2003).

El núcleo central del TDA consiste en un trastorno neurobiológico que interfiere en la capacidad de una persona para mantener la atención y concentración en una tarea determinada y para controlar las conductas impulsivas. La

hiperactividad no tiene porque existir en todos los casos (Canals y Guillaumet 2003, p 571).

Mendoza (2003) a continuación nos detalla de manera fisiológica el TDA también cómo se ve afectado a nivel fisiológico cada una de las sinapsis neuronales:

El déficit de atención es, básicamente, una incapacidad para mantener la atención o concentrarse, es un desorden, orgánico de origen neurobiológico y, aunque no se conoce a ciencia cierta la causa del problema, las últimas investigaciones indican que es una alteración en la producción de neurotransmisores inhibidores (dopamina norepinefina); es decir, las personas con déficit de atención presentan un mecanismo deficiente de los neurotransmisores que inhiben o detienen la transmisión de los impulsos nerviosos (a nivel de la sinapsis neuronal), para evitar que lleguen a la corteza cerebral alta y sean integrados y con esto percibimos. Una de las alteraciones se encuentra relacionada con reabsorción en la neurona de los neurotransmisores liberados en la sinapsis; las personas con TDA no reabsorben del todo lo que liberan, de tal manera que en la siguiente conexión neuronal hay un exceso de neurotransmisores sinápticos (dopamina) y se cree que este exceso de neurotransmisores en la sinapsis neuronal, que nunca se reabsorbe y que constantemente queda en el sistema, lo que produce la excesiva inquietud, la impulsividad y el movimiento constante: Aunque también se encuentran alterados otros sistemas neuronales, como el colinérgico.

Otro autor que nos menciona que es el trastorno con déficit de atención es Van-Wielink (2004) él nos dice lo siguiente:

“El trastorno por déficit de Atención (TDA) con o sin hiperactividad, está constituido por un conjunto de fenómenos neuropsicológicos, cuyos síntomas principales son los periodos cortos de atención y la hiperactividad”.

Al TDA se le llama trastorno por que es un conjunto de síntomas que tiene una causa (etiología) común y que siguen una evolución (curso, pronóstico) igual. No se usa la palabra enfermedad ya que ésta denota la existencia de una cierta

lesión en algún órgano que en este caso sería el cerebro, lo cual no es correcto.

Es decir, el TDA es una alteración en lo que consideramos como el comportamiento “normal” de un niño, adolescente o adulto (Van- Wielink, 2004, p15).

Aun no queda claro ¿Qué es el déficit de atención?, por lo que continuamos contestando tú pregunta.

El déficit de atención se refiere al hecho de que los periodos en los que puede mantenerse la atención tiene una duración insuficiente, lo cual le impide al niño realizar actividades académicas en forma efectiva.

Por ejemplo, para leer un renglón necesitamos unos segundos de atención; sin embargo, para leer una página requerimos unos minutos y para un capítulo, unos 10 minutos o más de atención. Si un niño no puede mantenerse atento más de unos segundos, entonces no podrá leer una página completa y menos aún un capítulo en una sola ocasión y , por consiguiente, le será ,uy difícil entender e incluso recordar lo que intenta aprender. (Van- Wielink, 2004, p16).

Un autor más es Soutullo (2005) él nos define al TDA como: un trastorno psiquiátrico con origen biológico, probablemente a nivel cerebral y con transmisión genética, que afecta la capacidad del niño, adolescente o adulto de regular su nivel de actividad, por lo que tienen hiperactividad; inhibir o frenar sus pensamientos o sus comportamientos, por lo que tiene impulsividad; prestar atención a las acciones que realizan, por las cuales sufren inatención  
Los niños con TDA tienen gran dificultad o incapacidad para prestar atención y concentrarse, presentan un alto nivel de actividad inadecuada para su edad, se distraen muy fácilmente y son muy impulsivos.

Carballo (2011) nos dice:

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA) es una condición muy frecuente con la que se enfrentan los padres, los maestros y la sociedad. Está caracterizado por dificultades para sostener la atención, problemas en la habilidad de inhibir respuesta (impulsivas) y puede estar acompañado de altos niveles de actividad.

Está caracterizado por distracción, de moderada a severa, es decir, periodos de atención breve, hiperactividad, inestabilidad emocional e impulsividad. Habitualmente, los síntomas empeoran en situaciones que exigen atención o esfuerzo mental sostenidos o que carecen de atractivo o novedad intrínsecos. Por ejemplo: escuchar al maestro en clase, hacer las tareas, escuchar o leer textos largos, trabajos en tareas monótonas o repetitivas.

Con frecuencia los padres afirman que su hijo no tiene TDA por que “no es hiperactivo” o, bien, que siempre pone atención en clase, tiene magnificas calificaciones y, por tanto, “no tiene problemas de atención”. La confusión se deriva del hecho de aquel nombre TDA engloba una serie de condiciones que pueden representar grandes diferencias de un niño a otro. Recordemos que este nombre sólo evoca algunos síntomas cardinales del trastorno y no incluye otras manifestaciones.

Debemos también considerar que los síntomas se modifican a lo largo del proceso, a veces podremos notar más impulsividad, en ocasiones mas opcionismo, otras veces más distracción por soñar despierto, etc; éste trastorno se desarrolla junto con el niño al igual que su personalidad y sus habilidades cognoscitivas. No se trata de un fenómeno estático, sino más bien, de un hecho dinámico, cuya influencia cambia y se matiza de diferente manera con el transcurso del tiempo.

De acuerdo con el DSM, el TDA se presenta como entidad patológica con estatuto propio, diferenciada de otras: esquizofrenia, trastornos generalizados del desarrollo o TGDS, trastornos psicóticos en la infancia, etc., aunque con una alta comorbilidad. Otro elemento es que la inclusión dentro de los patrones

de diagnóstico de TDA se asocia a una cuestión de grado, de distancia con respecto a un patrón de regularidad. Resulta posible identificar una cuestión de grado en el manual, en tanto, lo que merece la consideración de patológico no es que el niño o niña no preste atención, o le cueste permanecer sentado en la silla, entre otras conductas. Lo que da la pauta de la existencia de una patología es, la frecuencia y duración de estas conductas, que puestas en comparación con los parámetros normales, resultan en una desproporción, un exceso o una desmesura. (Bianchi, 2012, p1029).

El TDA según el DSM-IV (o trastorno hiperactivo según el CIE 10) se define como un determinado grado de déficit de atención y/o hiperactividad-impulsividad que resulta desadaptativo e incoherente en relación con el nivel de desarrollo del niño y está presente antes de los 7 años de edad. Las manifestaciones clínicas deben persistir durante más de 6 meses. El cuadro debe ser más severo que lo observado en otros niños de la misma edad, el mismo nivel de desarrollo e inteligencia. Debe estar presente en varios ambientes como familia, escuela, amigos. Debe producir serios problemas en la vida diaria. Además, este trastorno va cambiando con la edad y puede durar toda la vida (en general la hiperactividad mejora y se mantienen el déficit de atención y la impulsividad). Es importante tener presente que, para diagnosticar un TDA, los síntomas del cuadro clínico no pueden ser debidos a otro trastorno mental como esquizofrenia o autismo, entre otros, ni a ningún problema médico, ningún fármaco o ningún tóxico (DSM-V, citado por Vicario, Soutullo 2013).

Después de la revisión podemos concluir que TDA se define como:

Un nivel de inatención, hiperactividad e impulsividad inadecuada para el niño, el cual dura al menos 6 meses y empiezan los síntomas antes de los 7 años.

El TDA produce un deterioro importante y afecta negativamente al niño o adolescente en al menos dos ambientes de su vida (en casa, en el colegio, con los amigos). Cabe resaltar que no debe ser consecuencia de otro problema psiquiátrico (ansiedad, depresión), ni tampoco debe ser causado por un problema médico, o una sustancia, o una medicación.

En la revisión anterior se percibió las diferentes definiciones de los autores donde unos hablan a nivel conductual y otros muestran la fisiología, aunque algunos hablen de conducta y otros de fisiología, se deben integrar ambos conceptos para identificar que un TDA no solo abarca la conducta o la fisiología si no que se complementan uno de otro. Para continuar este recorrido de información es necesario distinguir los diferentes tipos de TDA, debido a que en ocasiones los padres desconocen que el niño lo tenga ya que consideran que si no hay hiperactividad no puede serlo.

*El término TDA en remisión* se utiliza para aquellas personas que fueron diagnosticadas, recibieron tratamiento, lo terminaron, y presenta todavía algún síntoma.

*El TDA atípico o no diferenciado* es el término que recibe el adulto que no fue diagnosticado en la infancia.

A continuación podemos observar la tabla 1 la cual muestra las semejanzas y diferencias entre los diferentes conceptos de TDA:

Tabla 1: Semejanzas y Diferencias del concepto del TDA

Autor	Semejanzas	Diferencias
DSM III Parasuramant (1998)	Menciona que esta relacionado con la “Atención”	TDA es una alteración en el conjunto de funciones cognoscitivas
Gratch (2000)	Es un trastorno que afecta la atención	También afecta la impulsividad. En su origen y desarrollo participan causas neuroquímicas y psicodinámicas
Benavides (2002)	Es la denominación diagnósticas más recientes para individuos que presentan problemas serios de atención, impulsividad	En ocasiones de la misma forma la hiperactividad. Al decir problemas serios nos referimos a la dificultad grave para integrarse satisfactoriamente a su entorno escolar, familiar y social
Mendoza (2003)	Nos vuelve a mencionar la atención	Es un desorden, orgánico de origen neurobiológico y, aunque no se conoce a ciencia cierta la causa del problema, las últimas investigaciones indican que es una alteración en la producción de neurotransmisores inhibidores (dopamina norepinefina); es decir, las personas con déficit de atención presentan un mecanismo deficiente de los neurotransmisores que inhiben o detienen la

		transmisión de los impulsos nerviosos (a nivel de la sinapsis neuronal), para evitar que lleguen a la corteza cerebral alta y sean integrados y con esto percibimos.
Van-Wielink (2004)	Periodos cortos de Atención, hiperactividad	
Soutullo (2005)	Falta de concentración	Un trastorno psiquiátrico con origen biológico, probablemente a nivel cerebral y con transmisión genética, que afecta la capacidad del niño, adolescente o adulto de regular su nivel de actividad
Carballo (2011)	Dificultades para sostener la atención, problemas en la habilidad de inhibir respuesta (impulsivas) y puede estar acompañado de altos niveles de actividad.	Un trastorno psiquiátrico con origen biológico, probablemente a nivel cerebral y con transmisión genética, que afecta la capacidad del niño, adolescente o adulto de regular su nivel de actividad
DSM-IV Vicario, Soutullo (2013)	Se define como un determinado grado de déficit de atención y/o hiperactividad-impulsividad que resulta desadaptativo e incoherente en relación con el nivel de desarrollo del niño	Se presenta antes de los 7 años de edad. Las manifestaciones clínicas deben persistir durante más de 6 meses. El cuadro debe ser más severo que lo observado en otros niños de

la misma edad, el mismo nivel de desarrollo e inteligencia. Debe estar presente en varios ambientes como familia, escuela, amigos. Debe producir serios problemas en la vida diaria. Además, este trastorno va cambiando con la edad y puede durar toda la vida

### 1.3 CLASIFICACIÓN Y SUBTIPOS:

Benavides (2002) describe tres tipos del Trastorno:

Trastorno de déficit de atención e hiperactividad combinado, que incluye síntomas de problemas de atención, hiperactividad e impulsividad; Trastorno de déficit de atención, que incluye, principalmente o únicamente, problemas de atención; Trastorno de déficit de atención e hiperactividad que incluye impulsividad e hiperactividad.

En 1987 en el DSM-III se consideró el déficit de atención sin hiperactividad, ya no como un subtipo, sino como una categoría independiente (Benavides, 2002, p22).

Otra autora es: Mendoza (2003), que habla de tres subtipos de pacientes con déficit de atención:

1. *Déficit de atención con hiperactividad o combinado*, en donde se encuentran presentes todos los síntomas: inatención, impulsividad e hiperactividad. Es el que se presenta con mayor frecuencia, de 60 a 70% de los casos;
2. *Déficit de atención inatento*, en donde predomina la inatención, y no está presente la hiperactividad. Por lo general, este es el que se diagnostica más tardíamente y se presenta en 20% de los casos;
3. *Déficit hiperactivo impulsivo*, en donde no está tan marcada la inatención, pero la inquietud y la impulsividad son la causa principal de los problemas. Éste es el menos frecuente y se observa en menos de 10% de los casos.

Van-Wielink (2004); habla de tres subtipos de TDA, según la predominancia de hiperactividad o del déficit de atención y son:

1. TDA de tipo combinado: donde la hiperactividad y el problema de atención están presentes y ambos son significativos. Estos niños son fáciles de diagnosticar por que llenan todos los criterios del trastorno;

2. TDA de tipo inatento: en estos los niños predominan la inatención y, por ello, se les suele considerar como distraídos. Es común que los padres comenten que “Sí tienen inteligencia, pero no la usan”, y también son estereotipados como “El profesor distraído”. Estos pequeños suelen tener más problemas académicos que de conducta, y en este caso hay que hacer un buen diagnóstico diferencial con otras condiciones, por ejemplo con la depresión infantil;
3. TDA de tipo hiperactivo: predomina la hiperactividad, y se les denomina “muy inquietos”. En ellos son habituales los problemas de conducta en la escuela, en casa y con los amigos; además, siempre se les ocurren “nuevas aventuras” que suelen atraerles muchas dificultades.

Existen tres subtipos. El predominantemente hiperactivo/impulsivo es más prevalente en niños menores (3-5 años), el combinado tiene mayor prevalencia en la edad escolar (6-11 años), y el predominantemente desatento es más frecuente para los mayores y adultos (9-13 años). Esto indica que la edad se relaciona estrechamente con la manifestación de los síntomas de desatención e hiperactividad-impulsividad (Montiel-Nava, Peña y Montiel-Barbero, 2003 citado por Zuluaga Valencia y Vasco Uribe 2009).

El DSM-IV (2000), describe el TDA como un trastorno del desarrollo que consiste en dos dimensiones para subclasificarlo en tres tipos: combinado (C), déficit de atención (DA) hiperactividad-impulsividad (HI) ( Barkley, 2009, pS101).

En el DSM-IV (2000) existe la posibilidad, no contemplada en la CIE-10, de que un niño, con el tipo inatento, pueda no tener ningún síntoma de hiperactividad/impulsividad. Por ello, si se siguen los criterios del CIE-10. Es más probable que los niños con el tipo inatento queden por debajo del umbral diagnóstico y que su trastorno permanezca sin detectar, produciéndose así un falso negativo (menor sensibilidad y mayor especificidad). Por otro lado, al usar criterios DSM-IV, es más probable diagnosticar las formas de hiperactividad e inatención leves en el niño (teóricamente “normales” para la edad) como TDA, con mayor riesgo de obtener falsos positivos en el diagnóstico (Menor especificidad y mayor sensibilidad), ( Barkley, 2009, pS101).

El DSM-IV (Manual de Diagnóstico Estadístico de Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría), describe 3 subtipos según los síntomas que estén presentes:

1. *Subtipo con predominio inatento* (cuando sólo hay inatención), 20-30% de los casos lo presentan;
2. *Subtipo con predominio hiperactivo-impulsivo* (cuando sólo hay hiperactividad e impulsividad), del 10-15% lo presentan, cuestionado por algunos autores;
3. *Subtipo combinado* (cuando están presentes los 3 tipos de síntomas), del 50-75% de los casos. (DSM-V, citado por Vicario, Soutullo 2013).

A continuación se muestra en la tabla 3 las semejanzas y diferencias sobre la clasificación del TDA:

Tabla 3 semejanzas y diferencias de la clasificación del TDA

Autor	Semejanza	Diferencia
Benavides (2002)	<p>Describe tres tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Trastorno de déficit de atención e hiperactividad combinado.</li> <li>b) Trastorno de déficit de atención, que incluye, principalmente o únicamente, problemas de atención.</li> <li>c) Trastorno de déficit de atención e hiperactividad que incluye impulsividad e hiperactividad.</li> </ul>	Lo define como Trastorno
Mendoza María (2003)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Déficit de atención con hiperactividad o combinado.</li> <li>b) Déficit de atención inatento</li> <li>c) Déficit hiperactivo impulsivo</li> </ul>	Lo define como déficit
Van-Wielink (2004)	<p>según la predominancia de hiperactividad o del déficit de atención y son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) TDA de tipo combinado</li> <li>b) TDA de tipo inatento</li> <li>c) TDA de tipo hiperactivo</li> </ul>	Los llama subtipos
Montiel-Nava, Peña y Montiel-Barbero (2003)	<p>Existen tres subtipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) El predominantemente hiperactivo/impulsivo</li> <li>b) El combinado</li> <li>c) El predominantemente desatento</li> </ul>	Los menciona como predominantes
El DSM-IV (2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Subtipo con predominio inatento.</li> <li>b) Subtipo con predominio hiperactivo-impulsivo.</li> <li>c) Subtipo combinado</li> </ul>	<p>Consiste en dos dimensiones para subclasificarlo y en tres tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Combinado (C)</li> <li>b) déficit de atención (DA).</li> <li>c) hiperactividad-impulsividad (HI)</li> </ul>

## *1.4 síntomas:*

Para Mendoza (2003):

Pueden dividirse en primarios y secundarios; los primarios son el síndrome en sí mismo: impulsividad, inatención (distractibilidad), hiperactividad (inquietud) y los síntomas secundarios son aquellas complicaciones emocionales asociadas al padecimiento.

### *1.4.1 Síntomas primarios*

#### **Inatención**

Es una desorganización en el pequeño, tanto en su acción como en su lenguaje. Los niños con TDA cambian de una actividad a otra sin concluir la anterior, no demuestran orden en sus trabajos o juegos y sus útiles o pertenencias siempre están fuera de lugar y desorganizados.

Sus ejecuciones son descuidadas, al igual que su arreglo personal, se muestran desaliñados, rompen y manchan la ropa, la usan al revés sin importarles su apariencia personal. Sus trabajos son sucios y desordenados, olvidan y pierden sus útiles de trabajo.

Sus periodos de atención son muy cortos y son incapaces de seguir instrucciones, pues las escuchan pero no las registran. Constantemente están desorientados pues no saben qué deben hacer o cómo se les explica que lo hicieran; esta dificultad en el seguimiento de instrucciones se incrementa si reciben dos o más ordenes a la vez.

Muestran desagrado y resistencia por cualquier actividad que les implique una atención sostenida. Mientras sus compañeros pueden tardar 15 minutos en un ejercicio de matemáticas o en copiar una página de un cuaderno, ellos se demoran una hora o más y su trabajo quedará incompleto. Por lo general sucede más en la escuela, ya que, el resto del grupo trabaja a un ritmo más rápido.

## **Hiperactividad**

Este término se refiere a un exceso de actividad motora. Es una inquietud marcada, los niños no pueden permanecer en su lugar, se mueven constantemente, saltan se retuercen; se les califica como niños “latosos y ruidosos”. Tiran los objetos que manipulan o que encuentran a su paso, se caen constantemente y pueden manifestar una baja coordinación motora.

No pueden estar quietos, pero tampoco callados; su lenguaje es excesivamente abundante, son demandantes y constantemente quieren hablar con otros.

## **Impulsividad**

Su conducta es impaciente, no pueden esperar turnos o respetar las reglas de un juego. Son bruscos y directos en sus interacciones y excesivamente demandantes; no pueden esperar a ser atendidos, interrumpen con frecuencia las actividades y conversaciones de otros.

No miden el peligro, no pueden meditar las consecuencias de sus acciones, enfrentan accidente con frecuencia.

Estos síntomas pueden variar y en ocasiones parecen acentuarse. Por ejemplo el niño puede mantener la atención, durante un programa de televisión o una película, o mientras arma y desarma un juguete, pero no así para hacer la tarea o copiar un texto.

Van-Wielink (2004) define los siguientes síntomas:

- a. La hiperactividad
- b. Problemas de atención sostenida
- c. Impulsividad.

Estos síntomas tiene dos características básicas (Shafer, Fischer y Dulcan, 1995; Sleator y Ulman, 1996 citado por Van-Wielink, 2004)

- a) Son incisivos, es decir, se presentan en la mayoría de los entornos del niño como la escuela, el hogar y los de su desempeño social (con sus amigos);
- b) Son duración prolongada, por que se manifiesta por un tiempo superior a seis meses.

Ahora bien, la identificación del TDA puede no ser clara si el paciente tiene un coeficiente intelectual alto, buenas habilidades sociales, o su hiperactividad es muy leve o inexistente. Además, es necesario considerar que los niños tienen desarrollo gradual de sus habilidades, por lo que siempre hay que evaluarlos en el contexto de su edad. Como sabemos los síntomas del TDA se originan en un mal control de las funciones ejecutivas (Van-Wielink, 2004 p40).

Van-Wielink (2004) nos ayuda analizar los siguientes síntomas del TDA:

1. *Inatención*: El síntoma cardinal del TDA es la inatención o distracción fácil. Éste se hace especialmente evidente si la actividad a la que se dedica el niño es aburrida, como las tareas escolares, que frecuentemente lo son. Sin embargo, cuando la actividad que realiza es muy novedosa o divertida, en algunos pequeños con este trastorno de los periodos de atención, pueden llegar a ser normales;
2. *Distracción fácil*: Es consecuencia de la falta de atención. Esta distracción puede deberse a estímulos sensoriales, ya sean visuales (sentarse junto a la ventana), auditivos (ruidos en el salón), somáticos (zapatos muy ajustados); o pueden originarse en el pobre control de los propios pensamientos, como sucede con la fantasía desmedida;
3. *Impulsividad*: Es una falla para inhibir los impulsos nerviosos, instintivos o reflejos. Hay que considerar que al inhibir nuestros impulsos por un tiempo adecuado podemos, pasar a un análisis de los mismos y decidir actuar o no de tal o cual manera. Los niños impulsivos con TDA actúan sin pensar en las consecuencias. Esto hace que aún las actividades triviales se convierten en peligrosas;

4. *Hiperactividad*: Es el aumento exagerado de la actividad motora: Este síntoma es muy evidente en los preadolescentes; sin embargo, va disminuyendo en los adolescentes, para ser difícil de detectar en los adultos. En ocasiones especiales este síntoma no se manifiesta;
5. *Impaciencia*: Es el no saber esperar con calma una cosa que tarda tiempo en realizarse, o no saber “sufrir” el tiempo necesario para llevar acabo algún trabajo o tarea: La impaciencia es una consecuencia de la mezcla de impulsividad e hiperactividad, aunada a la falta de noción del tiempo real que tienen los niños con TDA, efectuar actividades cotidianas;
6. *Sobreexcitación emocional*: en este caso, el pequeño parece no tener un término medio en sus emociones, las que, además, transmite fácilmente. Cuando está alegre, es el niño “simple”, el “payaso de la reunión” o la “alegría de la fiesta”. Cuando está enojado hace rabietas y suele ser agresivo verbal o físicamente. A este estado psicológico se le llama, también, labilidad emocional.
7. *Desobediencia*: Estos niños tiene problemas con la disciplinas, ya que “olvidan” las reglas de conducta, o las ignoran, por una mezcla de impulsividad, impaciencia y sobreexcitación emocional. En este caso, su comportamiento es consecuencia de que simplemente olvidan las reglas de conducta, no las deducen o no las internalizan, de ahí la fama de desobedientes.
8. *Problemas sociales*: En ocasiones los niños con TDA no tiene amigos, o al menos no amigos de su edad, por su impulsividad y temperamento hacen que su compañeros los rechacen.
9. *Desorganización*: Estar organizados para realizar diversas actividades, significan que hay un orden y una estructura para llevarlas acabo. Estos elementos, orden y estructura dependen, fundamentalmente de la

capacidad memorística del ser humano, así como del entrenamiento en las habilidades propias de dicha capacidad o aptitud.

10. *Concepto del tiempo*: El niño con TDA no posee este concepto del tiempo que, en mucho, dependen del buen uso de la memoria inmediata. Para darnos una idea de este problema, podemos hacer el experimento de adelantar y atrasar nuestro reloj al azar y tratar de seguir la rutina de día.

En el DSM-IV Benavides (2004) describe los siguientes síntomas:

1. Problemas de atención:

- a) Suelen no prestar atención a detalles o cometen errores por descuido en sus trabajos escolares y otras actividades;
- b) Continuamente tiene dificultad para mantenerse atento durante actividades que lo requieren;
- c) Parece no escuchar cuando se les habla directamente;
- d) Es frecuente que no sigan todas las instrucciones y no termine su trabajo escolar, tareas o deberes (aunque no debido a un desorden de conducta oposicional, o no haber comprendido las instrucciones);
- e) Constantemente tiene dificultad para organizar tareas y actividades;
- f) A menudo evita, le disgustan o se muestra renuente para realizar tareas y actividades que requieren de un esfuerzo mental sostenido (como tareas y trabajos escolares);
- g) Frecuentemente extravía los útiles necesarios para realizar tareas y actividades;
- h) Los distraen con facilidad los estímulos externos;
- i) Es olvidadizo en sus actividades diarias;

Seis o más de los siguientes indicadores de hiperactividad e impulsividad han estado presentes, durante más de seis meses, en un grado que no va de acuerdo su nivel de desarrollo.

## 2. Hiperactividad

- a) Juguetean continuamente con sus manos y/o pies y se retuerce en su asiento;
- b) A menudo se levanta de su lugar durante las clases o en otras situaciones en las que se requiere que permanezca sentado;
- c) Corre y trepa excesivamente en situaciones en las que no es apropiado (en adolescentes y adultos puede limitarse a actitudes de agitación o inquietud);
- d) Con frecuencia se le dificulta participar en silencio en juegos y actividades;
- e) Esta en constante movimiento y actúa como impulsado por un motor
- f) Habla en exceso (verborrea);

## 3. Impulsividad:

- a) Es frecuente que responda antes de que se termine de formular la pregunta;
- b) Con frecuencia se le dificulta esperar su turno;
- c) Interrumpe o se entromete (en juegos, actividades o conversaciones ajenas);

Algunos síntomas o indicadores de problemas de atención hiperactividad y/o impulsividad estuvieron presentes antes de los siete años de edad.

Los síntomas o indicadores deben afectar o perjudicar a la persona en situaciones distintas.

Debe existir evidencia clínica clara de que el desempeño o rendimiento académico, social u ocupacional de la persona se ve afectado o perjudicado

Los indicadores o síntomas no se presentan exclusivamente durante el transcurso o padecimiento de algún trastorno mental serio o de algún problema de desarrollo.

El TDA puede ser leve, moderado o severo. Según la predominancia de síntomas, se han descrito tres variedades clínicas que son:

Variedad mixta o combinada: es la forma más frecuente y representa el 60% de los pacientes; la severidad de los síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad es similar y condiciona que estos pacientes tengan dificultades en el área escolar.

Variedad predominantemente hiperactivo-impulsivo: es menos común y posiblemente representa sólo el extremo severo del TDAH mixto. Los síntomas provocan disrupción en los ámbitos social, familiar y escolar.

Variedad inatenta: representa 15 a 25%; es probablemente la variedad más común en mujeres. Frecuentemente es subdiagnosticada ya que lo que predomina es la falla escolar en el contexto de un paciente que no presenta problemas del comportamiento ni hiperactividad. (Ruiz-García, Gutiérrez-Moctezuma, Garza-Morales, de la Peña-Olvera 2005, p148).

Esto implica que estas dimensiones son independientes entre sí, que un umbral crítico de síntomas en cualquier dimensión es suficiente para el diagnóstico a todas las edades que es necesario tener en cuenta 18 síntomas a la hora de detectar el trastorno con precisión, que tales dimensiones se puede utilizar para formar subtipos significativos (clínica y científica mente útiles) del trastorno, y que éstos son los mejores síntoma para detectar con precisión el trastorno en cada etapa importante (Barkley 2009, pS101).

La sintomatología definitoria del TDA impulsividad, hiperactividad y desatención dificulta la labor educativa de los padres, que suelen sufrir sentimientos de frustración, culpabilidad, estrés, baja autoestima e insatisfacción con su rol parental. Los padres de niños con TDA se consideran menos competentes en el desempeño de su papel de padres y valoran que su calidad de vida es poco satisfactoria (McLaughlin y Harrison, 2006 citado en Presentación, Pinto, Meliá y Miranda 2009).

Las conductas que presentan los niños con AD-HD no pasan desapercibidas, en particular cuando son hiperactivos. Padres y maestros habitualmente describen las conductas de los niños con algunos de los siguientes términos:

- a) *Falta de atención*: “Se dispersa fácilmente”, “No termina nada de lo que empieza”, “Parece no escuchar lo que le digo”, “Cuesta mucho trabajo que se concentre en la tarea”, “Es totalmente desordenado y desorganizado”.
- b) *Impulsividad*: “No tiene paciencia para esperar su turno”. “Interrumpe las conversaciones o se entromete en juegos de otros”. “Es impaciente, no soporta esperar”. “Comienza a responder antes de que yo termine de preguntar”, “Todo lo quiere ya”.
- c) *Hiperactividad*: “Está todo el tiempo moviendo las piernas”, “No puede quedarse quieto, se mueve todo el tiempo en la silla”, “Tiene un motorcito en los pies”. “No se queda quieto, se retuerce en su pupitre”, “Habla continuamente, parece un loro” (Joselevich, 2005, pp. 25-27 citado en Bianchi, 2012 ).

Este conjunto de síntomas tiene impacto determinante en el rendimiento académico de los pacientes, lo que genera frecuentemente falla académica o laboral y ansiedad en los individuos.

Según la CIE-10 (1992) (Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS) es necesaria la existencia simultánea de los 3 tipos de síntomas: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad. Constituyendo el cuadro de “alteración de la actividad y la atención”. Reconoce, además, una categoría separada, “el trastorno hiperquinético de la conducta” cuando coinciden, además de los 3 síntomas, una alteración de la conducta; de este modo con el CIE-10, al ser los criterios más restrictivos, se diagnostican menos cuadros que con el DSM-IV. (CIE-10, citado por Vicario, Soutullo 2013).

Se mostrara una tabla con las diferencias y semejanzas de los síntomas:

Autor	Semejanza	Diferencia
Van-Wielink (2004)	<p>define los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) La hiperactividad.</li> <li>b) Problemas de atención sostenida</li> <li>c) Impulsividad.</li> </ul>	<p>La identificación del TDA puede no ser clara si el paciente tiene un coeficiente intelectual alto, buenas habilidades sociales, o su hiperactividad es muy leve o inexistente.</p>
<p>DSM-IV</p> <p>Benavides (2004)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Problemas de atención.</li> <li>b) Hiperactividad</li> <li>c) Impulsividad</li> </ul>	
<p>Ruiz-García, Gutiérrez-Moctezuma, Garza-Morales, de la Peña-Olvera (2005)</p>		<p>El TDA puede ser leve, moderado o severo. Según la predominancia de síntomas, se han descrito tres variedades clínicas que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Variedad mixta o combinada.</li> <li>– Variedad predominantemente hiperactivo-impulsivo</li> <li>– Variedad inatenta</li> </ul>
McLaughlin y	La sintomatología	

Harrison, 2006 citado  
en Presentación, Pinto,  
Meliá y Miranda  
(2009)

definitoria del TDA  
impulsividad,  
hiperactividad y  
desatención

Joselevich, 2005, citado en  
Bianchi, (2012)

a) Falta de atención.  
b) Impulsividad  
c) Hiperactividad

McLaughlin y  
Harrison, 2006 citado  
en Presentación, Pinto,  
Meliá y Miranda  
(2009)

La sintomatología  
definitoria del TDA  
impulsividad,  
hiperactividad y  
desatención

CIE-10, citado por  
Vicario, Soutullo 2013

déficit de atención,  
hiperactividad e  
impulsividad

### *1.4.2 Síntomas secundarios*

Los síntomas secundarios son, las dificultades emocionales que se desarrollan alrededor del cuadro principal, por lo que no siempre se reconocen y son, sin lugar a dudas, los más difíciles de tratar; (como baja autoestima, depresión, baja motivación hacia la escuela, aburrimiento y frustración ante tareas académicas, miedos para aprender cosas nuevas, miedos anticipado al fracaso, malas relaciones sociales con sus pares, robos y conducta o respuestas violentas debidas a la gran cantidad de frustración acumulada).

Cuanto más tardíamente se efectúa el diagnóstico, más profundo se vuelven los síntomas secundarios y es más difícil tratarlos. Tal vez ésta sea la causa de que algunos adultos que conocemos no pueden establecer relaciones íntimas estables, debido a los problemas en su autoestima que comenzaron a surgir en su infancia durante los años escolares.

Ahora que conocemos los síntomas nos acercamos cada vez más a tener una clara información acerca de lo que es el TDA, así que para continuar debemos conocer la parte más importante: *el diagnóstico*

### *1.5 Diagnóstico*

En la actualidad, el diagnóstico del trastorno por déficit de atención (TDA) se basa, en primera instancia, en los síntomas que se obtiene de informaciones que proporcionan el sujeto, sus padres o profesores. Con dichos datos se elabora lo que llamamos *Historia clínica*.

Además, debemos recordar que el diagnóstico es un complemento entre varios especialistas, donde cada uno realiza una parte importante para este conocimiento. (Cabe mencionar que son los especialistas, como el psicólogo, el psiquiatra o neurólogo, quienes elaboran el diagnóstico). No basta con la sospecha de padres o profesores. Se debe acudir a personas con conocimientos en el tema.

Asimismo, tanto para el médico neurólogo como para el pediatra, psiquiatra, psicólogo y profesionales de ramas afines, existen diversos cuestionarios que les permiten diagnosticar el trastorno por déficit de atención y que son llenados por los padres o profesores. Un cuestionario breve y práctico, validado en lengua española es el de San Buenaventura (Pineda, Henao y Puerta, 1999 citado por Van-Wielink 2004).

El diagnóstico del TDA se da inicio con una detallada historia familiar y personal del paciente, además de un examen físico y escalas validadas para establecer con certeza el diagnóstico. También se puede dar uso a estudios de extensión neurofisiológicos (Ruiz-García, Gutiérrez-Moctezuma, Garza-Morales, de la Peña-Olvera 2005, p148).

### *1.5.1 Diagnóstico por parte del psicólogo*

El binomio psicológico es insoslayable si se pretende diagnosticar y tratar adecuadamente al niño o adulto con TDA. La aproximación más adecuada para hacer el diagnóstico debe incluir:

1. Una entrevista completa con los adultos que están encargados del niño;
2. Una evaluación de las funciones cognitivas;
3. Una evaluación general del estado médico y neurológico del niño;
4. Una evaluación de las habilidades y logros académicos del niño;
5. El uso de escalas dirigidas al TDA, para padres y profesores;
6. Los reportes escolares;

Con relación al punto 1, recalquemos que los padres suelen ser la fuente de información más importante. Hay que recordar que la causa del TDA no son los progenitores y, por tanto, es necesario tener una actitud positiva hacia ellos. En ocasiones, toda la dinámica familiar está rota o muy alterada por el comportamiento del niño, y entonces se tiende a culpar a los padres del problema. Es verdad que hay que tener en cuenta que los padres de niños con TDA tienen mayor incidencia de problemas psicológicos (como alcoholismo, neurosis o psicosis, entre otros), pero también es verdad que ellos no son los

causantes del trastorno y, en cambio, si proporcionan la historia de neurodesarrollo del niño, que es necesaria para un diagnóstico acertado.

Los cuestionarios que se aplican con mayor frecuencia a padres y profesores es el de Conners (que un poco más adelante analizaremos como Escala de Conners); otro es el cuestionario de situaciones.

Respecto al segundo punto, es importante recordar que la evaluación del estado mental (cognoscitivo) del niño en el consultorio implica varias situaciones que deben tomarse en cuenta:

- a) El psicólogo no debe esperar ver los síntomas del TDA en el consultorio, ya que los niños suelen ocultarlos. Hay que considerar que la mayoría de estos pequeños sí tienen autocontrol en situaciones especiales, y el ir a ver al médico ciertamente lo es. Sin embargo, también se dan ocasiones en que los chicos prácticamente deshacen el consultorio, y el diagnóstico está a la vista.
- b) La evaluación mental debe enfocarse a descartar problemas más serios, como psicosis. Aunque no parezca el niño está expuesto a los mismos problemas psiquiátricos que el adulto, pero los manifiesta en forma distinta. En particular, al realizar este tipo de valoración hay que tratar de entender cómo se siente el niño en la escuela, en la casa y con los amigos.

#### *a) Evaluación cognoscitiva*

La utilización de escalas para la valoración de capacidades y habilidades cognoscitivas varía según las preferencias de los profesionales a cargo del niño, y entre las más utilizadas están las siguientes.

Escalas de evaluación para niños preescolares y escolares.

El sistema multidimensional para la evaluación de la conducta (Behavior Assesment System for Children) (Lett y Kampaus, 1997; Faraone, Biederman y Lehman, 1993 en Van-Wielink 2004) es un método práctico que realizan los

padres para evaluar a sus hijos; ha demostrado ser útil y confiable para diagnosticar el TDA y sus diversas condiciones acompañantes (Reynold y Kamphaus, 1992; Kamphaus y Frick, 1996 citado por Van-Wielink 2004).

Este instrumento de evaluación tiene dos escalas estandarizadas, multidimensionales; una para ser llenada por los profesores, y otro por los padres. Se divide a los niños en tres grupos de edad: cuatro a cinco años, seis a 11 y 12 a 18 años. Sin embargo, tiene el inconveniente de que los cuestionarios son muy extensos y, por tanto, los padres con un nivel cultural bajo requieren que la prueba se aplique por encuesta.

Las dos escalas que conforman el sistema multidimensional son: la escala clínica, que agrupa a los comportamientos que pueden considerarse como anormales, y la escala adaptativa, que engloba a los comportamientos que pueden considerarse como positivos y deseables en los niños y adolescentes. Actualmente, existen versiones autorizadas y validadas en idioma español (Pineda, Kamphaus y Mora, 1988 citado por Van-Wielink 2004).

De igual manera, pueden utilizarse muy diversas escalas, como las de Brown (Brown Attention Deficit Disorder Scales) o las pruebas para la atención diaria para niños (TEA-CH, Tests of everyday attention for children), que valoran diferentes parámetros de la atención:

- a) Habilidad para atención selectiva
- b) Atención sostenida
- c) Dividir la atención entre dos diferentes pruebas
- d) Cambiar la atención de una cosa a otra
- e) Inhibir las respuestas verbales y motoras

Hay cinco criterios diagnósticos del TDA según el Manual Estadístico y de Diagnostico (DSM-V-TR, 2000 citado por Soutullo 2005):

Criterio A. Cumple el criterio 1:

A-1) Presenta seis o más de los siguientes síntomas de falta de atención durante al menos 6 meses con una intensidad superior a la que normalmente manifiestan las personas de su misma edad:

#### Desatención

- a) No suele prestar atención a los detalles. Comete errores frecuentemente en el colegio, el trabajo u otras actividades.
- b) Le cuesta mantener la atención en tareas o actividades de tipo lúdico.
- c) Parece que no escucha cuando se le habla.
- d) No suele finalizar las tareas o encargos que empieza y no suele seguir las instrucciones que se le mandan, sin ser por un comportamiento negativista o por una incapacidad para comprender las instrucciones.
- e) Le resulta complicado organizar tareas y actividades.
- f) Intenta evitar realizar tareas que le suponen un esfuerzo mental sostenido (actividades escolares o tareas domésticas).
- g) Pierde objetos frecuentemente (ejercicios, lápices, libros, juguetes...)
- h) Se distrae con cualquier estímulo irrelevante.
- i) Es descuidado en las actividades de la vida diaria.

A-2) Presenta seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad durante un período mínimo de 6 meses con una intensidad superior a la que normalmente manifiestan las personas de esa edad:

- a) Hiperactividad
- b) Suele mover en exceso las manos y los pies o no se está quieto en el asiento.
- c) No suele permanecer sentado en las situaciones en las que se espera que lo esté.
- d) Suele correr o saltar en exceso en situaciones en las que no es apropiado hacerlo.
- e) Tiene dificultades para realizar actividades o juegos tranquilos.
- f) Suele estar en movimiento y actuar como si tuviese un motor en marcha continuamente.
- g) Suele hablar en exceso.
- h) Impulsividad
- i) Suele dar respuestas precipitadas antes de que se hayan terminado de formular las preguntas.
- j) Le cuesta esperar su turno y respetar las colas.

- k) Suele correr o saltar en exceso en situaciones en las que no es apropiado hacerlo.
- l) Suele interrumpir a los demás y entrometerse en las actividades de otros.

Algunos de estos síntomas que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años.

Criterio B: Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes ( escuela, casa, trabajo)

Criterio C: Deben existir pruebas de que hay un problema clínicamente significativo del funcionamiento social y académico o laboral.

Criterio D: Los síntomas no están presentes exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia o cualquier otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por otro trastorno.

Niños pequeños (1-3 años)

Se pueden apreciar cambios temperamentales, impulsividad y una adaptación social limitada en la interacción del niño con el ambiente y los padres. Son niños que no obedecen, no respetan las normas, molestan y pueden tener alteraciones del sueño, del lenguaje y del desarrollo motor. A esta edad el diagnóstico es muy difícil.

Preescolares (3-6 años)

Se puede observar una inquietud motriz, menor intensidad y duración en el juego y distintos problemas asociados: déficit en el desarrollo, dificultad en la coordinación motora, conducta negativista desafiante, problemas de adaptación social y accidentes, entre otras.

El diagnóstico sigue siendo difícil ya que la hiperactividad, impulsividad y déficit de atención pueden ser propios de la edad; es importante ver si estos síntomas la socialización, el aprendizaje y la interacción padres-hijos. A esta edad es muy complicado conocer el rango normal de conducta y no hay instrumentos fiables y válidos para evaluar el TDA.

Etchepareborda y Diaz (2009) nos mencionan los siguientes:

Lamentablemente aún no se cuenta con un marcador biológico consensuado. Por lo tanto, el diagnóstico en la actualidad depende exclusivamente de la clínica.

Algoritmo diagnóstico

1. Criterios diagnósticos propuestos por los grupos de expertos internacionales agrupados en el DSM-IV y en el CIE-10.
2. Descartar otras enfermedades, como hipoacusia, retardo mental, autismo, ansiedad, depresión, etc.
3. La presencia de los síntomas por lo menos por 6 meses. Algunos incluso antes de los 6 años de edad. Presencia de los mismos en al menos dos lugares diferentes.

Formas de evaluar los pacientes con TDAH. Hace falta definir la normalidad y la anormalidad.

Sirven las entrevistas clínicas que incluyan:

1. Antecedentes vinculados con la hiperactividad, por ejemplo trastornos del sueño, inquietud de pequeño, bajo peso al nacer, familiares con el mismo cuadro, etc.
2. El ajuste a los criterios clínicos diagnósticos
3. Aspectos sociofamiliares
4. Aspectos educativos

Los cuestionarios y las escalas son muy importantes:

1. La escala de hiperactividad de Conners
2. El cuestionario infantil de Achenbach y Edelbrok

Controversia: la falta de correlación entre los propios informantes, padres y educadores, hace que su validez se ponga en juicio.

El DSM-IV requiere que estén presentes al menos 6 de los 9 síntomas tanto para el subtipo con predominio del déficit de atención como para el subtipo hiperactivo-impulsivo. El TDA de tipo combinado requiere una combinación de ambos tipos de síntomas de déficit de atención y de hiperactividad impulsividad (6 + 6).

Los criterios de la CIE-10 en comparación con el DSM-IV son menos estrictos con respecto al número de síntomas necesarios, pero más estrictos en cuanto a la disfunción/ ubicuidad. Requiere 6/9 síntomas de déficit de atención además

de al menos 3/5 síntomas de hiperactividad y 1/4 síntomas de impulsividad. La impulsividad constituye un síntoma importante en el DSM-IV aunque no tanto en el CIE-10.

Existen una serie de criterios diagnósticos adicionales que se requieren para poder hablar de trastorno y no sólo de síntomas transitorios:

- Edad de inicio. Algunos síntomas deben haber estado presentes antes de los 6-7 años.
- Duración. Los criterios sintomáticos deben haber persistido al menos durante los últimos 6 meses - Ubicuidad. Algún grado de disfunción debida a los síntomas debe haber estado presente en 2 situaciones o más (escuela, trabajo, casa).
- Disfunción. Los síntomas deben ser causa de una disfunción significativa (social, académica o laboral).
- Discrepancia. Los síntomas son excesivos en comparación con otros niños de la misma edad, desarrollo y nivel de inteligencia.
- Exclusión. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental como ansiedad, depresión o esquizofrenia, entre otros.

La evaluación diagnóstica se expondrá a continuación. Se debe tener presente que no hay una herramienta simple para ello, el diagnóstico debe basarse en criterios clínicos que evalúen el funcionamiento del niño en varios ambientes y no en la puntuación obtenida en cuestionarios (Vicario y Soutullo 2013).

Evidentemente, no todo niño con problemas de atención o malos resultados escolares tiene TDA. Esto es importante cuando el pediatra de Atención Primaria reciba a niños referidos directamente de los colegios donde se ha detectado otro caso. Ante un niño con posible TDA debe considerarse un diagnóstico diferencial evolutivo, médico, neurológico, psiquiátrico y social. Evolutivamente, el TDA debe distinguirse de una actividad alta e inatención normal para la edad. Desde el punto de vista médico, debe diferenciarse de problemas de visión o de audición, epilepsia (especialmente ausencias), secuelas de traumatismo craneoencefálico, problemas médicos agudos (como infecciones) o crónicos (como anemia, hipotiroidismo), malnutrición o sueño insuficiente debido a un trastorno del sueño o a un problema en el ambiente. También deben descartarse los trastornos respiratorios del sueño (TRS) en niños que roncan con frecuencia. Pacientes con el síndrome de Tourette

pueden distraerse por la urgencia premonitoria anterior al tic, o por intentar inhibir los tics (Vicario y Soutullo 2013).

### *1.5.2 Diagnóstico por parte del psiquiatra*

En esta área se han establecido dos sistemas de clasificación diagnósticas que sirven para identificar los diferentes tipos de enfermedades o entidades clínicas que alteran la personalidad. En ellos se asignan nombres a los problemas que pueden aparecer en el comportamiento o en la Salud en general. Uno es conocido por sus siglas en ingles como DSM, Manual de Diagnostico Estadístico de los trastornos mentales, desarrollado por el APA (Asociación Psiquiatrica Americana), cuya ultima revisión fue en 2003; el otro es el CIE 10 establecido en 1992 por la OMS (organización Mundial de la Salud).El cual es un manual de los trastornos mentales y del comportamiento. Estos manuales son una guía para nombrar internacionalmente a cada trastorno, con el fin de que en todo el mundo se distinga una misma enfermedad con el mismo nombre y los profesionales de diferentes países las reconozcan, identifiquen, traten e intercambien experiencias sobre el proceso de las mismas.

En el DSM IV existe un apartado específico para trastornos presentados en la infancia, niñez o adolescencia, dentro de las cuales se encuentra “Trastorno por Déficit de la atención y Conducta Disruptiva”, cuyas siglas en inglés son AA (Attention Deficit Disorder) y ADHD (Attetion Deficit Hiperactivity Disorder). Por otra parte el CIE 10 se encuentran clasificados los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (hípercinéticos, disociales, de las emociones, del comportamiento social, etc). A lo largo de este criterio se utilizan las siglas TDA para referirnos al trastorno por déficit de atención (Mendoza, 2003 p18).

El diagnóstico y tratamiento del TDA constituye un gran reto, tanto por su importancia epidemiológica como porque implica la necesidad de crear programas interdisciplinarios de difusión, capacitación, intervención educativa, médica, familiar y pedagógica que representan un gran costo económico. El diagnóstico del TDA se realiza con bases clínicas según los criterios vigentes emitidos por el DSM-IV(Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos

Mentales en su cuarta edición) o el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, décima edición), ya que al momento no existen pruebas de gabinete o laboratorio que confirmen o descarten esta entidad. El TDA se caracteriza por un patrón persistente de inatención, impulsividad o hiperactividad que se presenta por al menos seis meses en forma más frecuente y grave de lo que se observa en niños de sexo y edad similar. Esta conducta debe tener un impacto negativo en el funcionamiento del individuo en al menos dos ambientes diferentes (escuela, casa, amigos, etc.) (Ruiz-García, Gutiérrez-Moctezuma, Garza-Morales, de la Peña-Olvera 2005, p147).

Un diagnóstico correcto y a tiempo es el primer paso para un buen manejo del TDA y para la prevención de sus complicaciones: Generalmente son los padres, profesores, psicólogos escolares, pedagogos o pediatras los que primero sospechan un posible TDA en un niño que tiene síntomas o problemas que no se explican. Especialistas (psicólogos, psiquiatras y neurólogos).

Todos estos elementos nos ayudan a identificar que el diagnóstico no es fácil y que siempre está acompañado de un equipo multidisciplinario, no solo un especialista puede dar el diagnóstico, si no debe de ser acompañado por otros especialistas que confirman el diagnóstico de TDA.

## 1.6 *Tratamiento:*

### 1.6.1 *Tratamiento farmacológico*

#### *a) Terapia Farmacológica*

Debe ser administrada por un neurólogo pediatra o paidopsiquiatra (psiquiatra especialista en niños), después de efectuar la revisión neurológica del niño. Frecuentemente se administran fármacos estimulantes (pues estos pacientes presenta efecto paradójico), los cuales actúan disminuyendo en ellos su nivel de actividad motora, o antidepresivos triciclicos.

El medicamento más popular y que mejores resultados ha demostrado para tratar este padecimiento es el metilfenidato (Ritalin); aunque existe un porcentaje de personas en quienes no produce el efecto deseado y hasta resulta contraproducente; también es común que se administren antidepresivos (Mendoza, 2003 p32).

El tratamiento ha sido ampliamente estudiado mostrando su efectividad y seguridad.

Actualmente existen varios estudios que demuestran que 70 de cada 100 niños tratados farmacológicamente, muestran una mejoría. Para entender cómo funciona el Tratamiento Farmacológico es importante tener el conocimiento de las sustancias neurotransmisoras (dopamina, noradrenalina, serotonina; entre otras), que hace posible la comunicación de las neuronas en el cerebro. Estos neurotransmisores, crean estímulos eléctricos permitiendo que las sustancias químicas pasen de una neurona a otra.

Los estímulos del medio ambiente y las sustancias neurotransmisoras y el proceso de impulsos eléctricos permiten que el cerebro aprenda. Existen diferentes medicinas, por lo tanto, el médico es el que debe indicar cuál es la dosis; más apropiado para el paciente tratar.

Algunos tienen efectos colaterales (o secundarios), que pueden provocar cambios negativos o efectos indeseados en los infantes.

De ser así el doctor deberá evaluar la necesidad de cambiar el tipo de medicamento o la dosis indicada.

Los medicamentos más utilizados son:

1. Los estimulantes, cuyo único producto en México es el Metilfenidato.
2. Los inhibidores de la recaptura de noradrenalina, al igual que los estimulantes en México solo existe la Atomoxetina.

### *1.6.2 tratamiento no farmacológico*

#### *a) Terapia Familiar*

El primer nivel de intervención debe realizarse en la familia pues es el núcleo básico en el que el individuo se desarrolla; una familia bien estructurada, que maneja límites claramente definidos y un alto nivel de comunicación, propicia el desarrollo emocional de sus miembros.

Los niños con TDA necesitan y demandan de sus familias más atención, comprensión, supervisión cercana, reglas claramente establecidas y seguimiento atento de sus padres. (Mendoza, 2003 p26).

Diferentes estilos de paternidad parecen estimular y alentar el desarrollo de la conciencia moral y el autocontrol de los niños, o bien, desalentarlo y apabullarlo. Aunque los estilos permisivos y autocrático son extremos opuestos sobre el ejercicio de la autoridad de los padres, se ha encontrado que ambos modelan el mismo tipo de conducta y actitudes en los niños, y que en vez de ayudar a promover un sentimiento de seguridad en ellos, promueven una fuerte inseguridad.

Los niños de hogares permisivos deben esforzarse y luchar por sí mismo para aprender los límites, así como la diferencia entre la conducta aceptable y la inaceptable.

### *b) Terapia pedagógica*

Este tipo de ayuda debe ser administrada por un profesional en educación especial, psicólogo o pedagogo, en la que se proporcione al niño la oportunidad de entrenar y desarrollar las áreas disminuidas en su desarrollo. Con la terapia pedagógica el niño aprenderá a utilizar estrategias que permitan suplir las deficiencias de su sistema neurobiológico. Es importante mencionar que aunque se observen mejoría, los padres no deben suspender el tratamiento hasta que el niño sea dado de alta, pues si no se consolidan los progresos se corre el riesgo de sufrir regresiones, alargado con el tratamiento.

### *c) Tratamiento Psicológico*

Modificación de la conducta es una terapia básica para tratar el TDA y tiene un fundamento científico derivado de la teoría de las funciones ejecutivas que ha establecido como causas de este trastorno:

- a) Una falla en el control de los impulsos, que además impide que las funciones mentales superiores (ejecutivas) sean privadas (internas).
- b) La imposibilidad de que las funciones mentales superiores (ejecutivas), como el razonamiento, se realicen en forma adecuada (Barkley, 1998 citado en Van-Wielink 2004).

Esta se constituye en un proceso largo que requiere de una gran dedicación por parte del niño, sus padres, profesores y psicólogo. Este proceso terapéutico es posible porque sabemos que el cerebro, especialmente el del niño, es altamente educable.

El mecanismo básico de una terapia de modificación de la conducta consiste en “trasplantar” al sujeto con TDA pensamientos y conductas correctos que lo ayuden a subsanar sus deficiencias. Sabemos que el sujeto con TDA no internaliza las reglas de conducta, es decir, no los almacena en la memoria para después utilizarlas en el momento oportuno, sino que simplemente siguen sus impulsos.

Es muy importante educar al sujeto, a su familia y a sus profesores sobre el TDA, pues la ignorancia acerca de este tema constituye el principal obstáculo para un tratamiento adecuado. Esto implica un esfuerzo extra por parte de padres y profesores, quienes deberán asistir a pláticas, conferencias y seminarios de TDA.

Es típico que el niño o adulto con este trastorno no perciba de manera adecuada, objetiva o completa sus síntomas, por lo que es útil que el médico o terapeuta le explique, en una forma apropiada a su edad, qué es el TDA. Así mismo, es necesario que el psicólogo establezca contacto con algún miembro de la familia y con el profesor escolar para educarlos sobre el TDA y cómo aprovechar a quienes lo padecen.

Los objetivos del entrenamiento del psicólogo se resumen en lo siguiente:

- a) Educar a la familia sobre el TDA;
- b) Mejorar el éxito del niño en la escuela;
- c) Mejorar la relación de los padres con el niño y viceversa
- d) Explicar los riesgos de la conducta antisocial y del abuso de sustancias en los sujetos con TDA

#### *d) Atención escolar*

La escuela debe conocer la situación particular de sus alumnos para brindar intervenciones que le permitan facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje, por lo que es indispensable que se comunique a los maestros y directivos el diagnóstico de TDA del niño. Debe también estar al tanto de la atención que se le está brindando, es decir, si está asistiendo a terapia, si toma medicamentos, etc. (Mendoza, 2003 p30).

#### *e) Entrenamiento por neurofeedback*

Este tratamiento es administrado por neurofisiólogos quienes con la ayuda de computadoras y mediante retroalimentación biológica enseñan a la persona a centrar la atención y a producir condiciones fisiológicas que permiten el control neurobiológico del organismo; es decir que, por entrenamiento, el sujeto aprende a producir las condiciones fisiológicas necesarias, primero en las

condiciones controladas de la terapia y después generalizarlas a su vida cotidiana.

### *1.6.3 Tratamientos alternativos*

Uno de los tratamientos alternativos se ubican en el área de alimentación; por ejemplo, se han intentado tratamientos con restricción de alimentos (dietas ingestivas controladas), los colorantes en los alimentos (especialmente rojos) y los carbohidratos.

## *1.7 Eficacia de los tratamientos*

Ahora que conocemos los tratamientos veamos que nos dicen de su validez:

Barkley 1998 (en Etchepareborda y Diaz 2009) ha diferenciado los procedimientos eficaces e ineficaces. Dentro de estos últimos podemos enumerar a la estimulación vestibular, el hacer ejercicio o correr, el biofeedback, el entrenamiento y la relajación, el neurofeedback, las dietas variadas, las psicoterapias tradicionales y la terapia cognitivo-conductual.

Con respecto a este último procedimiento, comenta que luego de 20 años de aplicarse a pacientes con TDA, los estudios de metaanálisis sólo han podido atribuir un tercio de la variabilidad de los efectos del tratamiento a la intervención cognitivo-conductual. La mayoría de las mejoras solo afectan a medidas de laboratorio y son poco relevantes desde el punto de vista clínico, a pesar de ser estadísticamente significativas. También son limitadas en la generalización y en el mantenimiento. El problema principal se constituye en un trastorno de la ejecución, y entonces no es un problema de saber qué o como hacer las cosas, sino más bien una dificultad del cuando hacerlas.

Para Barkley, el entrenamiento en resolución de problemas, o en habilidades sociales (con modelado, percepción de las necesidades de los demás, del propio estado de ánimo, etc.) ofrecen un sobreentrenamiento en estrategias y repertorios conductuales que ya conoce pero que no ejecuta en el momento oportuno.

Cruz, De la Peña y Gómez (2013), describen:

***“Debido a que son muy diversos y crónicos los problemas conductuales asociados al TDA, se requiere la implementación de una gran variedad de tratamientos. Es necesaria la intervención de profesionales de distintas disciplinas como neurólogos, psicólogos, trabajadores sociales y maestros. Cada uno aporta su experiencia para abordar problemas específicos.***

***Actualmente los tratamientos más efectivos están enfocados a reducir los síntomas. Hay evidencia de que la terapia multimodal (diversas formas de tratamiento, como el farmacológico medicamentos más el psicoterapéutico) por períodos largos reduce el riesgo de un pronóstico negativo en la adolescencia y en la edad adulta.”***

El tratamiento también toma en cuenta a la familia, ¡sobre todo a los padres! Por ello la importancia de que los mismos estén bien informados sobre el TDA. Los maestros complementan el manejo del niño o adolescente, porque la meta de la terapia es controlar sistemáticamente la enfermedad y se requiere de intervenciones periódicas para guiar al niño o adolescente a través de los distintos períodos cortos de atención, la impulsividad o falta de autocontrol.

Hasta el momento, los métodos que han demostrado ser más efectivos son: farmacoterapia (medicamentos), modificación conductual, tratamiento cognitivo-conductual y orientación a padres y maestros.

Las investigaciones médicas en la actualidad muestran que un niño o adolescente que recibe terapia y medicamento adecuado y oportuno tiene menor riesgo de caer en adicciones. Las adicciones al alcohol y drogas son más comunes en personas con TDA que nunca fueron tratadas, ya que éstas crecen frustradas, enojadas y con serios problemas de fracaso y rechazo.

Ahora que conocemos los diferentes tratamientos podemos llegar a la conclusión, un tratamiento ideal debe:

1. Estructurar el ambiente para que pueda proveer estímulos y señales que favorezcan desde afuera la regulación de la conducta.
2. Permitir que los pacientes con TDA puedan contar con representaciones externas de las contingencias futuras para poder organizarse conductualmente.
3. Proporcionar fuentes de motivación externa (sistema de premios) para lograr incrementar el nivel de motivación interna para llevar adelante la generación de conductas gobernadas por reglas, las que puedan intentar conseguir los objetivos planificados.

Involucrarse en el tratamiento del niño, adolescente o adulto con trastorno por déficit de atención es muy reconfortante por que en la mayoría de los casos se presenta una evolución hacia la mejoría y, en consecuencia, se cambia para bien la vida del individuo.

Vicario y Sotollu (2013) dicen:

Un plan de tratamiento individualizado y multidisciplinar para un niño con TDA y su familia casi siempre debe incluir 3 aspectos fundamentales:

1. Entrenamiento a los padres:
  - Psicoeducación sobre el TDA.
  - Entrenamiento en técnicas de manejo conductual del niño.
2. Intervención a niveles académico y escolar:
  - En el colegio.
  - En casa.
3. Medicación específica para el TDA.

El uso de medicación debe ser una parte del plan de tratamiento inicial en la mayoría de los niños en edad escolar y adolescentes con TDA. Ésta recomendación, supone, que el médico tratante se ha asegurado del diagnóstico. Una respuesta positiva a la medicación nunca debe usarse como arma diagnóstica para identificar a niños con TDA. Es importante saber que la Academia Americana de Pediatría (AAP), en sus recomendaciones para el tratamiento del TDA, ha cambiado su posición mantenida desde 1987 (la medicación debía ser el “último recurso”), Después, en 1996 dice que la medicación debe ser “parte del plan inicial del tratamiento usado, en

combinación, con intervenciones psicosociales”. El reciente estudio de tratamiento multimodal del TDA “*Multimodal Treatment of ADHD*” (MTA), del Instituto Nacional de Salud Mental en EE.UU., ha demostrado que un tratamiento farmacológico, cuidadoso y estandarizado da como resultado una reducción de síntomas significativamente mayor, que un tratamiento de intervención psicosocial con diferentes tipos de psicoterapia. Sin embargo, el la terapia combinada con psicoterapia y medicación obtiene mejores resultados que solo con medicación. También la terapia mejora en aspectos no directamente relacionados con el TDA pero sí con la comorbilidad con ansiedad y trastorno oposicionista desafiante. La evidencia también apoya a que el tratamiento no sólo se limite a los días y horas de actividad escolar, sino a las horas fuera del colegio. Por todo ello, un buen conocimiento del tema y el manejo de los fármacos eficaces en el TDA es imprescindible para un médico que trata a estos niños. Además, el conocimiento de la necesidad del tratamiento farmacológico inicial en la mayoría de los niños y adolescentes con TDA, es fundamental en los otros profesionales de la salud y la educación (psicólogos, trabajadores sociales, profesores, pedagogos) que entran en contacto con estas familias. Esto, además, contribuirá a reducir la estigmatización del niño y la sensación de culpa de las familias porque se reconocerá de forma universal el TDA como un problema médico.

Con lo analizado anteriormente podemos concluir que en el tratamiento están involucrados todos: el paciente, familia, profesores, psicólogos, médicos y otros profesionales. Es decir el mejor tratamiento es **multidisciplinario** ya que, según sea el caso, requiere técnicas especializadas para modificación de la conducta, educación especializada, terapia emocional, terapia neuropsicológica, terapia del lenguaje, aprendizaje y audición, así como el uso de fármacos recetados por médicos experimentados en esta condición (American Academy of Child and adolescent Psychiatry, 1997 citado en Van-Wielink 2004).

## Capítulo 2 Estrategias para padres y maestros

Gracias a esto, se puede comprender la importancia del conocimiento del TDA en padres y maestros. Así pueden identificar la complejidad de este, y no solo etiquetar a los menores. Ya que en ocasiones es más fácil considerar a un niño enfermo y permitirle que haga lo que desee sin saber el daño ocasionado.

En mi experiencia, es importante mencionar que en la mayoría de los casos donde se encasillo a un menor con TDA, este no lo presenta y realmente es solo un problema de conducta (de límites y reglas). Este es el motivo por el que padres y maestros deben informarse.

Ahora conozcamos lo que nos dice (Benavides, 2002 p63) respecto a este tema:

*"Debe tenerse en cuenta que si padres y profesores nos empeñamos en tratar este complejo problema, principal o incluso, únicamente con medicamentos, es menos probable que se considere toda la gama de intervenciones que no incluyen medicamentos y que pueden redituar en cambios positivos, así como en una insignificativa mejoría. Juzgar estas otras posibilidades de intervención no es fácil, pues no se recetan ni se administran una o dos veces diarias; tampoco se percibe su efecto en 30 minutos, pero consideran al niño como una persona completa, integral, con sentimientos, pensamientos, actitudes y capacidades propias, y no sólo como un cerebro que necesita algún estimulante o cierto antidepresivo para funcionar "normalmente".*

*No existe una manera o un enfoque único para ayudarles. Todo lo contrario, deben considerarse integralmente enfoques educativos, sociales, cognoscitivos, psicológicos, conductuales, biológicos, ambientales y culturales. El niño, este pequeño enigma, este maravilloso ser que fascina y saca de*

*casillas con la misma facilidad y en cuestión de segundos, es un ser completo y único que se desarrolla en un ambiente particular, en una sociedad peculiar, y en un tiempo y espacio determinados. Por lo que podemos visualizarle sólo como un órgano que carece o tienen deficiencias de algún neurotransmisor.*

*Estos pequeños rechazan el sistema escolar, no al hecho de aprender. Sus mentes son inquisitivas y curiosas, pero la mayoría de las actividades que se desarrollan dentro de nuestros salones de clases son aburridas, lentas, repetitivas y de poca relación con la vida real.*

*Añadir estímulos a cualquier trabajo o tarea (como incluir texturas o colores) pueden aumentar la habilidad de estos niños para mantener la atención y cometer errores menores. Debemos incorporar o aumentar novedades, estimulación y diversión a lo que se le pide al niño que haga.*

*Recordemos que de nada les sirve advertirles o sermonearles, o amenazarles con algo que sucederá después. “*

## ***2.1 Recomendaciones para padres***

Benavides (2002), nos menciona que como padres y con el fin de facilitar la disciplina, pueden:

1. Partir de premisas de que el niño no quiere molestar ni desesperarnos
2. Acercarnos y modelar la conducta deseada siendo nosotros el ejemplo a seguir
3. Ser específicos al dar órdenes (cortas, concisas, claras).
4. Ordenar con gentileza y usar técnicas de razonamiento; esto es, explicar por qué es importante que el niño haga lo que se le esta pidiendo
5. Estructurar y organizar las actividades, tratando de mantener ciertas rutinas
6. Explicarle que las elecciones que haga tendrá consecuencias (positivas o negativas)
7. Cumplir con las advertencias que se han establecido, con claridad y justicia

8. Enseñarle a sentir empatía y colocarse en el lugar de los demás cuando su impulsividad afecte a otros
9. Explicarle nuestros sentimientos diciendo: “Eso me hace sentir..”
10. Retirarle privilegios, no necesidades, si así se requiere y estipula
11. Elaborar “contratos”.

El recurso más valioso son los padres en la vida de sus hijos, ambos se cuidan y buscan un bienestar.

Los niños con TDA frecuentemente desesperan a sus padres. Por un lado no se pueden entretener solos y, por otro, suelen decirles cosas desagradables “no te quiero”, “Te odio” o “Eres el peor papá del mundo”. Este comportamiento difícil se vuelve más complejo conforme el niño crece. Es común escuchar a los padres decir que el niño ha empeorado con la edad. Cuanto más difícil es el comportamiento del niño, los padres tienden a evadirse más y sienten que sus esfuerzos disciplinarios para controlarlos son ineficientes

Dentro de las más recientes tendencias educativo-pedagógico se encuentra la disciplina proactiva, es decir, aquella que no espera a que las dificultades de conducta se presenten, sino que se adelanta a ellas y previene su aparición.

El doctor Edwards (1999 en Mendoza 2002) expresa:

“Muchos padres de familia hemos desarrollado “malos hábitos” para enfrentar los problemas de conducta de los niños, y estos pueden llegar a ser realmente difíciles de romper; sin embargo, podemos hacerlo si practicamos bajo un programa de recompensa/castigo:

1. Seleccione el hábito o la conducta que desea modificar en usted mismo
2. Coloque dos frascos encima del refrigerador y, cada vez que muestre la conducta deseada, ponga un botón, una ficha de juego, o una semilla en el tarro de premios. Cada vez que emita la conducta no deseada, inadecuada o que desea cambiar, deposite una moneda en el frasco de castigos.
3. Al reunir 10 fichas el padre podrá otorgarse una situación placentera que previamente acordó no obtener hasta merecerla o ganarla

4. El dinero en el tarro de castigos no debe beneficiar al padre ni a ningún otro miembro de la familia, si no que debe destinarse, por ejemplo, a una obra de caridad, o bien, para ser donado a un partido político, es decir, debe destinarse a una actividad que no represente un interés para la familia o para los padres.”

Mendoza (2003, p61) refiere lo siguiente:

“Prepárese para ejercer una disciplina proactiva. Existen muchas técnicas que se pueden emplear para ayudar a los niños a mejorar su comportamiento; sin embargo, todas ellas requieren esfuerzo, dedicación, constancia y un nivel de motivación sostenido de sus padres para llevarlas a la práctica; los niños con TDA necesitan padres “plus”, es decir, dispuestos a brindar un poco más (más atención, más ayuda, más paciencia) que al resto de sus hijos.

Utilice técnicas de relajación para aliviar y manejar el estrés. Ese esfuerzo “extra” que con frecuencia deben hacer los padres se encuentran limitados por el estrés. Para evitar el estrés recuéstese o póngase en una postura cómoda, cierre los ojos y respire hondo, aspire el aire por la nariz y exhale por la boca; tense y relaje lo mas posible los músculos de su cuerpo, puede ayudarse con música clásica o suave, permanezca así por lo menos cinco minutos, abra los ojos lentamente y, transcurridos unos minutos, reintégrese a su actividad normal.

Aprenda la autoplática positiva (también llamada “dialogo interno”) es efectiva para controlar las emociones.

### *a) Estrategias psicológicas*

Para el trastorno por déficit de atención Burgos, Barrios, Engo, García, Gay, Guijarro (2009) indica:

### **c) Atención:**

- Mantener una situación estructurada en la casa, con horarios constantes y evitando estímulos demasiado llamativos.
- Alejarle de los estímulos que pueden distraer su atención. Al principio quedarnos con ellos haciendo actividades que requieran un nivel de atención elevado, e ir retirándonos y dejándoles solos cada vez más tiempo.
- Cuando parece que no oye lo que se le dice, sujetarle la cabeza con las manos, mantener la mirada y hablarle con voz suave, sin enfadarse pero firme (utilizar el contacto físico para atraer su atención). Después, pedirle que repita lo que se le ha dicho y si no lo recuerda, volver a repetirle el mensaje de la misma manera.

#### **d) Autoinstrucciones**

Los niños con TDAH requieren ser instruidos en mediadores verbales (pensamientos en forma de frases para hablarse a sí mismo) para que utilicen su lenguaje verbal con el objeto de que regulen su conducta.

### ***2.2 Recomendaciones para profesores:***

Ahora conozcamos las estrategias generales para los profesores de alumnos con TDA según Burgos, Barrios, Engo, García, Gay, Guijarro (2009):

1. Contar con información científica sobre el TDA.
2. Tener la disposición de ayudar.
3. Comprometerse a trabajar en equipo con los padres y con los profesionales que atienden a su alumno.
4. Ser organizados y firmes, pero sensibles.
5. Señale lo bueno o positivo.
6. Respete turnos de diálogo.
7. No use palabras ofensivas.
8. Aprenda a controlarse si su alumno ya lo fastidió.
9. Acepte y exprese sentimientos, sea afectuoso.
10. Aceptar que los niños y adolescentes con TDA tienen poca capacidad para autocontrolarse.
11. Asumir la responsabilidad para el manejo del comportamiento en el salón, sin acosar a los padres con quejas continuas, pero manteniendo una comunicación efectiva con ellos.

12. Ser creativos e imaginativos para el desarrollo de clases amenas y estimulantes.
13. Toda regla o instrucción debe ser clara, presentarse en forma de fichas, listas u otros recordatorios visuales. No da buenos resultados confiar en la memoria del niño o en los recordatorios verbales, es mejor que lo escriban siempre en el mismo cuaderno.
14. Poner en marcha un programa de refuerzos, con los niños. Funciona
15. Trabajar a través de premios los cuales deben estar bien organizados, sistematizados y planificados, poco incrementar el requerimiento para que el niño consiga el reforzamiento (premio). Se puede reforzar alguna pequeña improvisación para la conducta meta
16. Definir la conducta y la meta con la que se va a empezar en términos muy específicos.
17. Si la conducta no es igual o mejor que los intentos previos, hay que hacérselo ver.
18. Monitorizar la conducta deseada y hacer una evaluación al final de la semana y enviársela a los padres, ya que debe existir mucha comunicación con ellos.
19. El alumno es el responsable de llevar la hoja de evaluación a su casa
20. Cuando se consiga la conducta deseada, se puede agregar o dedicar más tiempo a otra conducta.

# Capítulo 3 Propuesta

## **Justificación:**

En la actualidad, el trastorno con déficit de atención en las aulas escolares se ha vuelto un término de “moda” debido a la etiqueta impuesta por los profesores para aquellos niños irrespetuosos, irresponsables, inquietos que no respetan límites y reglas; dando un diagnóstico fuera de un sustento científico. Esto a ocasionado que el término sea tomado a la ligera es decir sin indagar y sin conocer los profesores encasillan al menor tomando dos posiciones la primera es constantes regañones, llamadas de atención y sin saber si son o no culpables de algún acontecimiento inadecuado los castigan, la segunda posición es permitirles que hagan lo que deseen siempre y cuando no afecten o alteren al grupo.

Esto es lo que sucede en las escuelas pero que se vive en casa. De la misma manera los padres con las bases dadas por los profesores consideran que su niño está enfermo a veces con temor deciden llevarlo con un psiquiatra una vez que se inicia un tratamiento farmacológico los padres toman una actitud de sobre protección, siguen sin poner límites y reglas, se vuelven muy permisivos, esto debido que aun desconoces que es el TDA no saben que actitud tomar. Pero que sucede cuando el niño es llevado al psiquiatra y no es diagnosticado con TDA los padres le restan importancia y esperan que los maestros hagan su trabajo para que los niños cumplan con sus actividades.

Por lo tanto, se pretende informar a padres y maestros sobre que es el TDA que deben hacer si el niño es diagnosticado con este trastorno.

El objetivo de este trabajo es recolectar información acerca de este trastorno, para poder ayudar y orientar a padres y maestros, y no sientan temor si el niño es diagnosticado. Al contrario una vez que tengan un diagnóstico comprendan que y cual es la mejor manera para poder ayudar al menor.

Objetivo general:

Informar y orientar a padres de familia con un posible diagnóstico de su hijo con TDA y para maestros.

Objetivos específicos:

Identificar que tanta información tienen los padres y maestros sobre el TDA

Identificar que es lo que desconocen los padres y maestros sobre el TDA

Conocer para ellos ¿Qué es un niño con TDA? Y ¿Cómo lo deben tratar?

Población:

Padres con niños con y sin diagnóstico de TDA, Maestros de nivel primaria.

Escenario:

Escuelas con buena ventilación, con sillas, pizarrón, proyector, y buena iluminación.

Materiales:

Pizarrón

Cañón

Hojas

Lápiz

CARTAS DESCRIPTIVAS:

Tema: "TDA, ¿Qué es?"

Sesión 1  
Tiempo: 60 min

Sesión	Objetivo	Actividad	Procedimiento	Material	Duración
1	Padres y maestros conocerán la historia del TDA sus inicios hasta la actualidad	Se les realizaran 3 preguntas sobre que conocen del TDA	Se les proyectara una diapositivas sobre la historia del TDA	Proyector Hojas Lápiz	20 min
	Se dará a conocer ¿Qué es el TDA?, sus diferentes clasificaciones y subtipos, al mismo tiempo conocerán que no solo la Hiperactividad es parte del TDA.	Se les realizaran 3 preguntas sobre si saben cuales son sus clasificaciones	Se les proyectara una presentación sobre que es el TDA		20 min
	Un espacio en donde padres y maestros podrán aclarar sus dudas con respecto al tema	Se formaran equipos para que posteriormente realicen un pequeño resumen	Se les dará una sopa de letra donde vendrán los subtipos del TDA		20 min

Padres y Maestros  
N° de personas: 30

Tema: "TDA, ¿Qué es?"

Sesión 2  
Tiempo: 60 min

Sesión	Objetivo	Actividad	Procedimiento	Material	Duración
2	Se brindara información sobre los síntomas presente en el TDA y la importancia de conocerlos	Se les realizaran 3 preguntas sobre que conocen del los síntomas del TDA	Se les proyectara una presentación sobre los síntomas del TDA	Proyector Hojas Lápiz	20 min
	Sabrán quienes son los especialistas para dar este diagnóstico y que es lo necesario para dar un diagnostico correcto.	Se les realizaran 3 preguntas sobre si saben cuales son los especialistas para un diagnóstico	Se les proyectara una presentación sobre los especialistas que pueden realizar un diagnostico		20 min
	Un espacio en donde padres y maestros podrán aclarar sus dudas con respecto al tema	Se les pedirán que formen un mapa conceptual	Se les entregara un crucigrama donde vendrán los síntomas y los especialistas		20 min

Padres y Maestros  
N° de personas: 30

Tema: "TDA, ¿Qué es?"

Sesión 3  
Tiempo: 60 min

Sesión	Objetivo	Actividad	Procedimiento	Material	Duración
3	Se informara al respecto de los tratamientos que se deben seguir cuando un menor es diagnosticado con TDA.	Se les realizaran 3 preguntas sobre los tratamientos que conocen para el TDA	Se les proyectara diapositivas sobre los diferentes tratamientos	Proyector Hojas Lápiz	20 min
	Ahora que conoces los tratamientos se sabrá cuales son los mas eficaces y como se pueden utilizar para un mejor aprovechamiento	Se les realizara preguntas para que mencione cuales consideran mas eficaces	Se les proyectara una presentación sobre cuales tratamientos se consideran mas eficaces		20 min
	Un espacio en donde padres y maestros podrán aclarar sus dudas con respecto al tema	Se les pedirán que realicen un debate sobre los tratamientos	Se les pondrá un memorama sobre los tratamientos		20 min

Padres y Maestros  
N° de personas: 30

Tema: "TDA, ¿Qué es?"

Sesión 4  
Tiempo: 60 min

Sesión	Objetivo	Actividad	Procedimiento	Material	Duración
4	Se sugerirá que es lo que se puede hacer en casa cuando se tiene un diagnóstico de TDA	Se les preguntara sobre lo que les han sugerido en caso de tener un diagnóstico de TDA	Se les proyectara las sugerencias para un caso de diagnóstico	Proyector Hojas Lápiz	20 min
	Se sugerirá que es lo que se puede hacer en la escuela cuando se tiene un diagnóstico de TDA	Se les pedirá que comenten que sugerencias que han recibido para TDA	Se les proyectara las sugerencias para un caso de diagnóstico		20 min
	Un espacio en donde padres y maestros podrán aclarar sus dudas con respecto al tema	Se les pedirán que realicen una mesa redonda sobre las sugerencias si hay un diagnóstico	Se aclararan todas las dudas sobre el TDA y se les entregara un folleto		20 min

## *¿Qué es TDA?*

El TDA es un trastorno que afecta la atención y la impulsividad. En su origen y desarrollo participan causas neuroquímicas y psicodinámicas, su tratamiento requiere la imprescindible participación de profesionales médicos, psicólogos, psicopedagogos, maestros psicomotricistas y padres.

Se describen tres tipos del Trastorno:

- a) Trastorno de déficit de atención e hiperactividad combinado: que incluye síntomas de problemas de atención, hiperactividad e impulsividad
- b) Trastorno de déficit de atención: que incluye, principalmente o únicamente, problemas de atención
- c) Trastorno de déficit de atención e hiperactividad que incluye impulsividad e hiperactividad

Diagnostico por parte del psicólogo:

El binomio del psicólogo debe incluir:

- a) una entrevista completa con los adultos que están encargados del niño
- b) una evaluación de las funciones cognitivas
- c) una evaluación general del estado médico y neurológico del niño
- d) una evaluación de las habilidades y logros académicos del niño
- e) el uso de escalas dirigidas al TDA, para padres y profesores
- f) Los reportes escolares

<p style="text-align: center;"><b>Tratamiento</b></p> <p>a) farmacológico</p> <p>1) medicamentos</p> <p>b) no farmacológico:</p> <p>1) terapia familiar.</p> <p>2) atención escolar</p> <p>3) Terapia pedagógica</p> <p>4) entrenamiento por neurofeedback</p> <p><b>Eficacia de los tratamientos: Barkley ha diferenciado los procedimientos eficaces e ineficaces. Dentro de estos últimos podemos enumerar a la estimulación vestibular, el hacer ejerció o correr</b></p>	<p><b>Estrategias para padres:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Partir de premisas de que el niño no quiere molestar ni desesperarnos</li> <li>2) Acercarnos y modelar la conducta deseada siendo nosotros el ejemplo a seguir</li> <li>3) Ser específicos al dar las ordenes</li> <li>4) Ordenar con gentileza y usar técnicas de razonamiento</li> <li>5) Estructurar y organizar las actividades</li> <li>6) Explicarle que las elecciones que hagan tendrán consecuencias</li> <li>7) Cumplir con las advertencias que se han establecido</li> </ol>	<p><b>Estrategias para profesores:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) contar con información científica sobre el TDA</li> <li>2) Tener disposición de ayudar</li> <li>3) Comprometerse a trabajar en equipo con los padres</li> <li>4) Ser organizados y firmes</li> <li>5) Señale lo bueno o positivo</li> <li>6) Respete turnos de diálogo</li> <li>7) No use palabras ofensivas</li> <li>8) Aprenda a controlarse si su alumno ya lo fastidio</li> </ol>
---	---	--

## *Alcances y limitaciones*

En la presente tesina se recopiló información sobre el TDA, su historia, su definición, sus síntomas su diagnóstico; esto debido a que en la actualidad se instaló el TDA como un nuevo síndrome, convirtiéndolo en una epidemia hasta podríamos hablar de una posible moda. Ya que hoy tanto padres como maestros con cualquier niño que se presente un poco inquieto o con problemas de conducta, enseguida se preguntan si tiene TDA o en el peor de los casos lo etiquetan y lo diagnostican como tal.

Por lo tanto, la finalidad de este trabajo es brindar la información correspondiente sobre este Trastorno a padres y maestros además se realizó una propuesta de pláticas informativas sobre TDA, se sugiere la aplicación de estas pláticas para asesorar a los padres y maestros.

El interés por conocer más sobre este tema e identificar de dónde proviene, es debido a que los problemas de aprendizaje suelen ser motivo de consultas muy frecuentes en el área psicológica; además en el área escolar se encasilla al niño, se muestra como fracasado y se expone a la mirada social, se marca como “el que no entiende en clase”.

Esta información es de gran ayuda para padres y maestros ya que les permite esclarecer todas las dudas que se han generado a lo largo del tiempo sobre el TDA.

Teniendo así una ayuda para modificar conductas en los niños y quitando las etiquetas que se pone a los niños con problemas de conducta.

Podemos definir que el TDA es real pero debido a la sociedad y sus autoevaluaciones, no permite identificar a aquellos niños que tiene un diagnóstico de TDA del que no lo tiene. Sin darse cuenta que el TDA correctamente diagnosticado puede tratarse con un equipo multidisciplinario que le permita al niño estimular hemisferios cerebrales y las áreas que necesitan ser estimuladas y permitir que el niño pueda mantener su atención.

El niño que tiene un diagnóstico elaborado por el conjunto de profesionales no debe alarmar a los padres, ya que a pesar de que en la época antigua era considerado como un “daño cerebral”, hoy se conocen tratamientos que darán ayuda al niño y no lo clasificarán o catalogarán como alguien que no podrá salir de este trastorno. Recordemos que los tratamientos van desde el aspecto psicológico, psiquiátrico, neurológico; abarcando tratamientos alternativos donde interviene el psicoanálisis, técnicas de relajación, etc.

Se invita a los padres y maestros a no encasillar al niño con TDA como un enfermo, al contrario, se debe estimular las áreas en las que le cuesta trabajo desenvolverse. Los papás deben poner límites y reglas en el caso del paciente TDAH, ya que si no ponemos límites por miedo a que el niño está enfermo, en lugar de ayudarlo, lo perjudicamos.

Se necesitan maestros que busquen dinámicas estratégicas para no dejar aislado al niño con problemas de conducta, también pueden implementar límites y reglas, ya que en ocasiones los maestros se vuelven permisivos con los infantes que padecen este trastorno.

Maestros: Integren a los padres regrese a la dinámica familiar, ya que el hecho de que el niño no esté quieto, no obedezca, no respete reglas en automático no lo diagnosticado con TDA, es una labor de suma importancia para así poder guiar a los padres y hacerles saber que la sobreprotección y el no establecimiento de límites y reglas, es más perjudicial que un diagnóstico.

.La importancia y relevancia de este trabajo es dar ayuda a los padres y maestros por lo que es importante la aplicación de estas platicas para asesorar a los padres y maestros.

Sin embargo como todo se pueden presentar limitaciones en la aplicación de las pláticas informativas las cuales serían la falta de interés de los padres, el horario en que se pudiera aplicar las pláticas y la motivación tanto de padres como de maestro.

## *Bibliografía*

- Amador Juan Antonio, González Mercé maría Forns, (2010), Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), España: Editorial Sintesis.
- Aragonès Enric, Lluís Piñol Josep, Antoni Ramos-Quiroga Josep, López-Cortacans Germán, Caballero Antònia y Bosch Rosa, (Julio-Agosto 2010), prevalencia del déficit de atención e hiperactividad en personas adultas según el registro de las historias clínicas informatizadas de atención primaria, Rev Esp Salud Pública, vol. 84, N.º 4, pp. 415-420.
- Barkley R.A, (2009), Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V, REV NEUROL; 48 (Supl 2): pp.S101-S106
- Benasayag León, Vase Juan, Punta Marisa, Dueñas Gabriela, Untoiglich Gisela, Ferreyra Elsa, Pazo Lucila, Feld Victor, Bignone Inés, Serrate María, Diez Roberto, Carbajal Mariana, (2011), ADDH: Niños con déficit de atención e hiperactividad ¿Una patología de mercado? Una mirada alternativa con enfoque multidisciplinario, Argentina: Editorial Noveduc.
- Benavides Tijerina de Adame Greta, (2002), El niño con déficit de atención e hiperactividad guía para padres, México: Editorial Trillas

- Bianchi, E. (2012). Problematizando la noción de trastorno en el TDAH e influencia del manual DSM. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (2), pp. 1021-1038.
- Brown Thomas, (2003), *trastorno por déficit de atención y comorbilidades en niños adolescentes y adultos*, Barcelona: Editorial: Masson.
- Carballo María del Carmen, (2011), *Coachin para quienes viven con TDAH*, (1ª edición), México: Editorial Alfaomega.
- Caraveo-Anduaga J, Colmenares-Bermúdez E, Martínez-Vélez N, (2002), Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública México*, Vol.44, nº6, pp. 492-498.
- Cornellà Canals J. Llusent i Guillamet A. (2003). Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, sitio web VII(8):571-582. [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/\\_USER\\_/trastorno\\_deficit\\_atencion\\_hiperactividad\(1\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/trastorno_deficit_atencion_hiperactividad(1).pdf).
- De Burgos Marín Rafael, Barrios Agrafojo Mireia, Engo Pita Ricardo, García Calero Alfonso, Gay Pamos Eudoxia , Guijarro Granados Teresa, (2009), *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad Guía para padres y educadores*, Barcelona: Editorial Glosa.
- De la Garza Gutiérrez Fidel, (2005), *Hiperactividad y Déficit de atención en niños y adultos Guía para médicos, padres y maestros*, México: Editorial Trillas.
- Elías Cuadros Yolanda, (2005), *Trastorno por déficit de atención e Hiperactividad Bases neurobiológicas, evaluación y tratamiento*, México: Editorial Trillas
- Etchepareborda Maximo c., Diaz lucero Andres, (2009), *Aspectos controvertidos en el trastorno de déficit de atención*, *Medicina (Buenos Aires)*, 69 (1/1): pp51-63
- Federación de Enseñanza de CC OO de Andalucía, (2009), ISSN: 1989-4023, recuperada el 4 de septiembre del 2009 <http://www2.fe.ccoo.es/andalucia/docu/p5sd5553.pdf>

- Gratch Luis Oscar, (2000), El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD) clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y los adultos, Argentina: Editorial medica panamericana.
- Martínez, B.; Rico, D. (2013), en sitio Web <http://roderic.uv.es/handle/10550/26331>.
- Mendoza Estrada María Teresa, (2003), ¿Qué es el trastorno por déficit de atención?, una guía para padres y maestros, México: Editorial trillas.
- Montiel-Nava Cecilia, Montiel-Barbero Isabel y A. Peña Joaquín, (2007), Presentación clínica del trastorno por déficit de atención-hiperactividad como función del género, Invest Clin, 48(4): pp 459 – 468
- Moyano Walker José María, (2004), ¿Enfermos o singulares? Una mirada diferente sobre el síndrome de hiperactividad y déficit de atención, Argentina, Editorial Lumen.
- Orjales Villar Isabel, (1999), Déficit de Atención con Hiperactividad: Manual para Padres y Educadores, Madrid: Editorial Ciencias de la educación Preescolar y especial.
- Palacios-Cruz Lino, de la Peña Francisco, Valderrama Andrés, Patiño Rodrigo, Calle Portugal Silvia Pamela, Elena Ulloa Rosa, (marzo-abril 2011), Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), Salud Mental, Vol. 34, No. 2, pp.149-155
- Presentación M<sup>a</sup> Jesús, Pinto Vicente, Meliá Amanda, Miranda Ana, (agosto 2009), Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH, (versión electrónica), Escritos de Psicología, Vol. 2, nº 3, pp. 18-26
- Ruiz García Matilde, (2007), Actualidades en el diagnóstico y tratamiento de trastornos por déficit de atención., México: Editorial de Textos Mexicanos.
- Soutullo Esperón César, (2005), Convivir con niños y Adolescentes con trastorno por déficit de atención e Hiperactividad (TDAH), España: Editorial Medica Panamericana

- Stevens J. Laura, (2001), Como ayudar a los niños con déficit de atención (ADD/ADH), (1ª edición), México: Editorial Aguilar
- Van-Wielink Guillermo, (2004), Déficit de atención con hiperactividad, México: editorial trillas
- Vicario Hidalgo Mª Inés, Soutullo Esperón César, (2013), Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), (1ª edición), Editorial: INscience Communitations