



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**GUÍA PARA DOCENTES: CÓMO IDENTIFICAR, ACTUAR Y ORIENTAR CUANDO  
SE PRESENTAN CASOS DE TDAH EN EL AULA**

**T E S I S DOCUMENTAL**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTAN:**

DÁVILA REYES SAMANTHA NOEMI

Y

MORALES OLMEDO LILIANA HAYDE

**DIRECTORA DE TESIS:** DRA. EVA MARÍA ESPARZA MEZA  
**REVISOR DE TESIS:** DR. CARLOS OMAR SÁNCHEZ XICOTENCATL.

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2019

Trabajo realizado con el apoyo del Programa UNAM-DGAPA-PAPIME.

PE 304917



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.

**Guía para profesores  
de niños con Trastorno  
por Déficit de Atención  
e Hiperactividad  
(TDAH)**

## ÍNDICE

Resumen .....	1
Introducción.....	2
Planteamiento del problema.....	3
Educación y enseñanza .....	3
La importancia de la educación y la enseñanza.....	3
La relevancia de los profesores/as en la educación de niños/niñas con TDAH .....	4
¿Por qué es necesaria una guía psicopedagógica para maestros/as? .....	6
Método .....	8
Procedimiento.....	9
Objetivos.....	10
Objetivo general .....	10
Objetivos Específicos .....	10
Capítulo 1	
El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) .....	11
1.1 ¿Qué es el TDAH? .....	14
1.2 Epidemiología: edad de inicio, prevalencia, género y pronóstico .....	16
1.2.1 Edad de inicio.....	16
1.2.2 Prevalencia .....	17
1.2.3 Prevalencia según el género.....	18
1.2.4 Pronóstico .....	18
1.3 Etiopatogenia .....	19
1.3.1 Componente genético. ....	19
1.3.2 Factores medio-ambientales.....	20
1.3.3 Factores psicosociales.....	21

1.3.4 La importancia de la alimentación en el TDAH .....	21
1.4 Comorbilidad y síntomas asociados.....	22
1.5 Impacto económico, social, familiar y emocional del TDAH .....	27
1.5.1 Impacto económico y costos del TDAH. ....	27
1.5.2 Impacto social del TDAH.....	28
1.5.3 Impacto familiar del TDAH. ....	29
1.5.4 Impacto emocional y/o estigmatización del TDAH. ....	30
Capítulo 2	
Detección del TDAH en el ámbito escolar .....	32
“No para de moverse” .....	32
2.1 La inatención y el rendimiento académico .....	32
2.2 Los conflictos emocionales asociados .....	33
2.3 Distracción e inquietud no es igual a TDAH .....	34
2.4 ¿Cómo detectar un caso de TDAH dentro del aula? .....	35
2.5 ¿Qué hacer cuando se detecta un caso de TDAH en el aula? .....	39
2.6 Diagnóstico del TDAH.....	40
2.6.1 Diagnóstico médico/psiquiátrico.....	41
2.6.2 Diagnóstico del ámbito familiar. ....	42
2.6.3 Diagnóstico escolar.....	43
2.6.4 Diagnóstico psicológico.....	43
Capítulo 3	
Tratamiento del TDAH.....	45
3.1 Tratamiento Farmacológico.....	47
3.2 Tratamientos Psicológicos .....	50
3.2.1 Psicoterapia. ....	52
3.2.2 Psicoterapia de orientación psicoanalítica. ....	53

3.2.3 Tratamiento Cognitivo Conductual y Terapia de Modificación de Conducta. .	54
3.2.4 Terapia Familiar. ....	56
3.3 Tratamiento psicomotriz .....	57
3.4 Tratamiento psicoeducativo.....	58
Lineamientos para el trabajo de los psicólogos con los profesores en el ámbito de la enseñanza de niños/as con TDAH .....	61
Conclusiones .....	62
Capítulo 4	
Guía Psicopedagógica: Estrategias para desarrollar dentro y fuera del aula .....	64
Introducción.....	64
Consideraciones previas.....	66
La importancia de los profesores/as en la educación de niños/niñas con TDAH....	67
La importancia de la comunicación entre padres y profesores/as .....	68
Objetivo .....	69
¿Desde cuándo existe el TDAH? .....	71
¿Qué es el TDAH? .....	72
Prevalencia del TDAH .....	76
Comorbilidad y síntomas asociados.....	76
Aspectos etiológicos: ¿cuál es la causa del TDAH? .....	79
Componente genético .....	79
Factores medio-ambientales.....	80
Factores psicosociales.....	81
TDAH en la escuela .....	83
La inquietud .....	83
La falta de atención y el rendimiento académico .....	85
Conflictos emocionales asociados al TDAH.....	86

Distracción e inquietud no es igual a TDAH.....	89
¿Cómo detectar un caso de TDAH dentro del aula?.....	90
¿Qué puedo hacer cuando sospecho que tengo un alumno/a con TDAH? .....	97
¿Cómo se diagnostica el TDAH? .....	100
Diagnóstico médico/psiquiátrico.....	103
Diagnóstico del ámbito familiar .....	103
Diagnóstico escolar.....	105
Diagnóstico psicológico.....	105
Tratamiento del TDAH.....	107
Tratamiento Farmacológico .....	109
Tratamientos Psicológicos .....	112
Psicoterapia .....	114
Psicoterapia de orientación psicoanalítica .....	114
Tratamiento Cognitivo Conductual .....	115
Terapia Familiar .....	116
Tratamiento psicomotriz.....	118
Tratamiento psicoeducativo .....	118
Sugerencias de ajustes en el entorno físico (el aula).....	123
Sugerencias de técnicas para promover conductas adecuadas.....	125
Sugerencias para mejorar la autoestima.....	128
Sugerencia para realizar adecuaciones a la enseñanza (modificaciones curriculares). .....	131
Sugerencias para mejorar el rendimiento académico .....	134
Sugerencias de estrategias de enseñanza .....	141
Sugerencias para mantener comunicación con padres .....	144

Sugerencias para mantener comunicación con el equipo de profesionales.....	148
Actividades extra curriculares de gestión escolar que favorecen el desarrollo de los niños/as con TDAH .....	150
Ejercicios para estimular y reforzar el aprendizaje y la atención del alumno/a con TDAH .....	152
Anexo I. Láminas con ejercicios para estimular y reforzar el aprendizaje y la atención del alumno/a con TDAH .....	155
Anexo II. Ejercicios para reforzar la atención, para cuando está aburrido o premiarlo .....	171
Referencias .....	174



## AGRADECIMIENTOS

A Víctor por su enorme amor, compañía, paciencia, ayuda y motivación en cada momento desde su llegada a mi vida, exponenciando su apoyo en momentos difíciles; eres un verdadero amor.

A mi madre Noemi, por todos los años de apoyo, por todo su amor y por el tiempo invertido en trabajo para solventar gastos y poder llegar hasta donde estoy, de verdad, gracias madre.

Gracias tía Magda por todo ese cariño y apoyo desinteresado jamás tendré suficientes palabras para agradecer toda tu ayuda.

Muestro mis sinceros agradecimientos a la Dra. Eva María Esparza Meza, mi directora de tesis, quien con su conocimiento, su guía y paciencia fue una pieza clave para que pudiéramos desarrollar esta tesis.

A mi compañera de tesis Liliana por la paciencia, por todo ese tiempo invertido juntas, y por supuesto, por todos los aportes realizados para lograr la finalización de este trabajo.

Finalmente, mi inmensa gratitud a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) por todos estos años de enseñanza y por brindarme tantas posibilidades para alimentarme académicamente.

*Samantha Noemi Dávila Reyes*

## AGRADECIMIENTOS

A Dios, por estar presente no solo en esta parte importante de mi vida, sino en todo momento cuidándome, guiándome y ofreciéndome lo mejor para mí.

A ti Oscar, por tu amor, tu paciencia, tu impulso, tu apoyo, por creer en mí, tus consejos, tu visión, tu guía, tu complicidad, por tu convicción, sin ti esto no sería real. Dios me dio al mejor compañero de vida. Gracias por estar en bien y en mal.

Pamela y Renzo gracias por su comprensión, su apoyo, su tiempo, por acompañarme en este camino. Recuerden que nunca es tarde para cumplir los sueños y los límites los ponen ustedes.

A mis padres Mario y Josefina y mi hermano César, por su apoyo incondicional en todos los momentos de mi vida.

A mi compañera de tesis Samantha, por su entusiasmo, dedicación, trabajo, tiempo y paciencia.

A la Dra. Eva María Esparza Meza por su experiencia y conocimientos para lograr este trabajo.

*Liliana Hayde Morales Olmedo*

## **Resumen**

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una de las causas (debido a la falta de conocimiento y manejo del trastorno por parte de los maestros/as) del bajo rendimiento académico o fracaso escolar de los niños/as; el papel de los maestros/as es muy importante, ya que ellos suelen ser los primeros en identificar, dentro del salón de clases, la sintomatología de los niños/as. Este trabajo propone una guía para profesores de primaria, con la finalidad de ofrecer información que les permita identificar, actuar y orientar en el aula a niños con sospecha o diagnóstico de TDAH; de manera que sea una herramienta de ayuda para la oportuna y adecuada orientación en el proceso diagnóstico y las intervenciones, así como para que la escuela realice los ajustes, tanto curriculares como ambientales dentro del salón de clases para beneficio del niño/a y toda la comunidad escolar. Así mismo, constituye un material de apoyo para estudiantes y profesionales de la psicología en cuanto al trabajo en el ámbito escolar.

Palabras clave: Guía de orientación, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Profesores/as, rendimiento escolar.

## Introducción

El trabajo que aquí se presenta, constituye una propuesta de guía psicopedagógica que de manera general, abarca los conceptos básicos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH); proporciona información actualizada derivada de múltiples investigaciones sobre el trastorno, con la finalidad de proponer estrategias psicopedagógicas para maestros/as de niños y niñas con TDAH, ofreciendo lineamientos para identificar y remitir a aquellos niños/as que manifiestan síntomas que podrían sugerir la presencia del trastorno; también se sugieren lineamientos para el trabajo colaborativo entre los padres, la escuela y, en caso que se requiera, el profesional o institución al cual se haya remitido al niño/a. Como parte del sustento teórico se analizan las definiciones de palabras claves, antecedentes históricos, consecuencias del trastorno en la vida del niño/a, incluyendo el ámbito escolar, así como el proceso enseñanza-aprendizaje y la combinación de éstos.

Se considera de suma importancia abordar este tema enfocándonos en los maestros/as, porque el entorno escolar es uno de los más importantes en la vida de todo niño/a, ya que como sabemos, los docentes son figuras trascendentales que fungen como guías de los niños/as y por lo tanto, pueden favorecer, pero también dificultar, el desarrollo de sus alumnos/as. Ya desde hace tiempo, Winnicott (1955) nos explicaba que el ámbito escolar, no sólo representa para el niño/a la posibilidad de extender los círculos de relaciones sociales, sino que la escuela es, además, una ampliación y prolongación del hogar familiar. De ahí que sea tan importante tratar lo concerniente al papel de los docentes en torno al TDAH.

Los objetivos de esta guía se centran en la participación de maestros/as para detectar y apoyar adecuadamente a los niños/as con TDAH, así como para generar habilidades a través de técnicas y estrategias que, además de facilitar su aprendizaje, mejoren su conducta para un beneficio mutuo; ya que a los maestros/as se les proporcionarán herramientas que les permitan interactuar y mejorar su proceso de enseñanza-aprendizaje (especialmente con esta población) y a su vez los maestros/as dotarán a los alumnos/as con las habilidades necesarias para lograr un mejor

rendimiento académico y adaptación al medio donde se desenvuelven, en este caso la escuela.

Esta guía no pretende sustituir el criterio ni las decisiones del docente, sino proporcionar sugerencias para facilitar el proceso de aprendizaje, y la interacción social, tanto para el niño/a con TDAH como para sus pares, fomentando un ambiente donde todos puedan desenvolverse de forma armónica y funcional.

## **Planteamiento del problema**

### **Educación y enseñanza**

En nuestra sociedad, educar es un término que suele usarse como sinónimo de enseñar, sin embargo, es necesario aclarar que, aunque tienen similitudes, existen diferencias importantes que vale la pena resaltar.

Educar involucra valores, transforma al hombre en un ser social, de manera que no es posible pensar al hombre en sociedad sin pasar por procesos educativos; educar en la familia no es lo mismo que en la escuela puesto que en ésta se enseña. Enseñar es una intervención sistemática, es transmitir una serie de conocimientos, de saberes, fijados y programados por niveles cuya práctica recae, con responsabilidad y en alto grado, sobre el profesorado; educar es un concepto más general, mientras que enseñar es más específico (Acosta, 2011).

### **La importancia de la educación y la enseñanza**

La United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO, por sus siglas en inglés) declaró en 1948, que la educación es un derecho humano fundamental, esencial para poder ejercitar todos los demás derechos. La educación promueve tanto la libertad como la autonomía personal y genera importantes beneficios para el desarrollo. Los instrumentos normativos de las Naciones Unidas y la UNESCO se han abocado a promover el derecho de cada persona a disfrutar del acceso a una educación de calidad, sin discriminación ni exclusión.

La enseñanza por su parte, permite que los alumnos/as adquieran conocimientos y habilidades que no poseen. Esos conocimientos no se confunden con cualquier tipo

de informaciones, que serían igualmente nuevas. Se distinguen de éstas porque tienen un valor utilitario, útiles para la adquisición de otros conocimientos y, en lo cultural, valiosos para la formación del espíritu de quienes los adquieren (Cousinet, 2014).

El proceso de enseñanza-aprendizaje en el ámbito académico es un tema que ha ocupado líneas de investigación específicas, el enfoque se centra en la participación del docente y por otro lado del alumno/a. El paradigma de la investigación educativa está reconceptualizándose, dirigiendo sus perspectivas sobre estructuras comportamentales, tomando en cuenta los entornos socioculturales a través de investigar diferentes medios de enseñanza e instrumentos metodológicos para entender el contexto del proceso de aprendizaje (Ordaz y Meza, 2013).

La educación promueve la libertad, la autonomía personal y genera importantes beneficios para el desarrollo individual y colectivo. La educación en sus distintas formas y modalidades es una de las principales responsables de que el ser humano biológico devenga en ser social, en persona, en hombre o mujer, que adquiera las condiciones y capacidades necesarias para vivir en sociedad. En este sentido, la educación en todas sus manifestaciones es la vía por excelencia de la socialización humana (Red Infancia y Adolescencia, 2016).

La evaluación de la educación es un continuo, por ello los procesos evaluativos y sus herramientas deben estar permanentemente en revisión, para que puedan cumplir su cometido, no se debe olvidar que todo proceso educativo puede y debe ser evaluado, así como, todo proceso de evaluación tiene que ser revisado y actualizado permanentemente (Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación [INEE], 2017).

### **La relevancia de los profesores/as en la educación de niños/niñas con TDAH**

El Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (2015) en una de sus revistas para docentes y directivos nos dice que: “Los maestros/as son un componente clave del sistema educativo y juegan un papel central en el cumplimiento del derecho de todos y todas a una educación de calidad con equidad” (p.18).

Siendo la escuela un espacio esencial para el desarrollo social y personal tanto durante la niñez como la adolescencia, para los alumnos/as que han sido

diagnosticados con TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad), el apoyo que la institución les ofrezca determinará en gran medida su permanencia en el sistema educativo y el logro académico que se espera. Así mismo, los profesores/as son la figura más significativa en este proceso; para la población con TDAH un profesor sensible, empático, con conocimientos y formación sobre este padecimiento, es sinónimo de éxito académico y personal (Cubero, 2007).

Si bien la educación es parte del crecimiento y formación de todos los individuos, es conveniente señalar que no es igual para todos, debido a las características propias de cada persona, lo que implica que deberá ser suficientemente flexible para ajustarse a las necesidades específicas de los educandos. Esto es de suma importancia en el caso de los niños y niñas que padecen TDAH, ya que, por la naturaleza del trastorno, es imprescindible que se les proporcione el apoyo necesario para descubrir sus fortalezas, así como desarrollar destrezas y habilidades que les permitan adaptarse mejor tanto al ámbito social como escolar.

Sin embargo, en nuestro país no se cuenta con información necesaria que facilite a los educadores el trabajo con este tipo de población, lo que influye en que tanto el quehacer del docente como el aprovechamiento académico y ajuste social del niño/a sea ineficaz, traduciéndose en problemas para ambos y creando un ambiente poco favorable en el aula. Por esta razón, se requiere favorecer la integración de estos alumnos/as a la dinámica escolar con estrategias y apoyos que lo permitan, siendo indispensable que para que esta integración se logre, el profesorado posea la información necesaria en torno a las características, implicaciones, detección, diagnóstico, tratamiento y manejo en el aula del TDAH.

Guzmán (2011), menciona que el campo de la educación durante todo el siglo XX, estuvo marcado por la polémica entre dos visiones opuestas sobre la manera de concebirla; una centrada en el maestro/a y en los contenidos, denominada enseñanza tradicional y otra la activa o enfocada en el alumno y en los procesos de aprendizaje. Este autor, también explica que dependiendo de la orientación que se le dé al acto educativo, será la visión de la enseñanza; es decir, la misión como educadores es intervenir para dirigir al alumno/a hacia unas finalidades consideradas socialmente

deseables; si, por el contrario, la prioridad es propiciar el crecimiento personal del educando, entonces ofreceremos las condiciones necesarias para sacar provecho de todas las fortalezas del alumno/a.

En el informe Elton (Her Majesty's Stationery Office [HMSO], 1989), se afirma que la competencia general de un profesor/a tiene una fuerte influencia en el comportamiento de sus alumnos/as, así que las estrategias utilizadas pueden crear un importante impacto en el educando por lo cual es mejor realizarlas de la mejor manera posible.

Dentro de las reformas curriculares actualmente vigentes en nuestro país, se propone que la enseñanza debe estar centrada en el aprendizaje (ECA), lo cual coincide con innovaciones educativas realizadas en otros países. Pese a que algunos suponen que la adopción de este enfoque es únicamente agregar una estrategia didáctica más, Guzmán (2011) considera que esto no es así, ya que su plena adopción implica modificar la visión que se tiene sobre la enseñanza y el aprendizaje. De cualquier forma, dado que el aprendizaje corresponde al alumno, la enseñanza, además de centrarse en el aprendizaje deberá tener como foco primordial al estudiante.

Así como una propuesta curricular se materializará sólo si los docentes la hacen suya, pasa lo mismo con el avance del tratamiento del niño/a, si el docente no hace suya la idea de colaborar activamente como parte de dicho tratamiento, puede que la situación empeore tanto para el niño/a como para el docente y el ambiente escolar; por eso es que los maestros/as son un factor trascendental para el éxito o fracaso del proceso de enseñanza y el tratamiento del alumno/a con TDAH.

### **¿Por qué es necesaria una guía psicopedagógica para maestros/as?**

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), es la etiqueta diagnóstica empleada actualmente para denominar a uno de los trastornos más frecuentes en población infantil y, sin duda, uno de los que mayor polémica suscita (López, Albert, Fernández y Carretié, 2010; Sistema Nacional de Salud [SNS], 2007).

Se estima que entre el 3% y el 5% de la población en edad escolar padece TDAH (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013; SNS, 2007; Willcutt, 2012), lo



que implica que por lo menos un niño/a por grado escolar pudiera manifestar los síntomas para ser diagnosticado con este trastorno, especialmente cuando éstos afectan de manera importante su aprendizaje e interacción social. Frecuentemente el trastorno es diagnosticado al ingreso de la enseñanza básica, cuando se observa afección en la adaptación escolar y la relación social y familiar (SNS, 2007).

Considerando que de acuerdo con datos de la Secretaría de Salud (2002), existen en México alrededor de 1,500,000 niños/as que padecen este trastorno y que uno de los trastornos asociados más frecuentes son los problemas de aprendizaje, es posible comprender que el papel de la escuela, para bien o para mal, es trascendental; de la actitud y comprensión que asuman los profesores/as depende, en gran medida, la mejoría del niño/a, pero también encierra el riesgo de que, si no se toman las medidas pertinentes, se le afecte negativamente para el resto de su vida; ya que la falta de formación, información y atención sobre el TDAH tiene consecuencias perjudiciales directas en los niños/as y todo su entorno.

Reyes y Acuña (2012), encontraron que gran parte de los maestros/as consideran que el TDAH es una enfermedad orgánica, por lo que esperarían un peor comportamiento de los niños y estarían más inclinados a etiquetarlos; así mismo, los maestros/as que tienen mayor información sobre TDAH, en comparación con quienes tienen poco conocimiento, tienden a juzgar a los niños/as como más hiperactivos e inatentos, dándoles fácilmente la etiqueta de TDAH, y al considerar que se trata de una enfermedad, creen que un tratamiento farmacológico será efectivo.

López, Albert, Fernández y Carretié (2010) señalan que la población mexicana carece de información sobre el TDAH, especialmente acerca de la forma de proceder ante el trastorno; otro punto de desinformación y que a su vez causa conflicto, es el empleo de fármacos como el metilfenidato, un psicoestimulante del sistema nervioso central utilizado como uno de los principales tratamientos de este trastorno; el tratamiento farmacológico genera desconfianza en las familias y en la sociedad y a pesar de esta desconfianza, para la mayoría de las personas es la primer opción de intervención y/o tratamiento.

Reyes y Acuña (2012) informan que los maestros/as de mayor edad y con más años de docencia, consideraran como “normales” ciertos comportamientos que podrían ser atribuidos al TDAH; para estos profesores/as una estrategia funcional sería sentar al niño/a etiquetado cerca de ellos para favorecer su atención. Más maestras que maestros tienen como información que el TDAH se debe a problemas de funcionamiento cerebral y falta de habilidades sociales; una minoría considera que el TDAH consiste por problemas en el funcionamiento cerebral y problemas en el ambiente.

De acuerdo con la Guía del National Institute for Health and Clinical Excellence de la Gran Bretaña (NICE) (2008/2016), más que la escuela como institución, son los maestros/as quienes tienen mayor influencia en el comportamiento de los niños/as en el salón de clase. Esta guía también sugiere que para obtener mejores resultados en relación al comportamiento de los niños/as con TDAH, es imprescindible que los maestros/as adquieran mayor información sobre el trastorno y reciban apoyo acerca de técnicas para ayudarlos. De ahí que consideremos indispensable que el personal docente y en general la institución educativa, tenga a su disposición información suficiente, derivada de la investigación, para que adicional a la tarea de detectar a aquellos niños/as que pudieran presentar el trastorno, conozcan a donde se pueden remitir para una atención integral y al mismo tiempo, se planifiquen e implementen las estrategias de apoyo psicopedagógico dentro del aula y del ámbito escolar, tanto para el niño/a como para sus padres.

### **Método**

Este trabajo expone una guía cuya finalidad es proporcionar suficiente información a las y los docentes de educación primaria, que les permita detectar oportunamente los síntomas del TDAH, así como tomar decisiones en cuanto a las herramientas psicopedagógicas que pueden utilizar para beneficio de su alumno/a. Así mismo, los docentes podrán ofrecer información adecuada al alumno/a, a los padres y a los profesionales de la salud.

Se presenta una tesis documental que a través de una minuciosa indagación bibliográfica, plasma de forma ordenada y cuidadosa la información que describe el TDAH; lo que implica un estudio amplio, crítico y sistemático de fuentes documentales de diversa índole (Facultad de Psicología, UNAM, 2008). Finalmente se propone una guía informativa y de orientación para docentes de niños/as con TDAH, teniendo como finalidad la base de la construcción de conocimientos que brinden al docente las herramientas necesarias para una eficaz identificación y abordaje dentro del aula.

### **Procedimiento**

Para llevar a cabo el trabajo, se realizó una búsqueda exhaustiva, así como, recolección y revisión de información actualizada sobre el TDAH, en publicaciones, revistas nacionales e internacionales sobre salud, tesis, guías clínicas recientes y base de datos como Medline, REDALYC, SCIELO, ELSEVIER, entre otras; con el propósito de sintetizar la información que se consideró adecuada para la elaboración del sustento teórico de este trabajo.

Después se condensó la información recabada en la guía propuesta para docentes de niños con TDAH. Esta guía ha sido desarrollada con la intención de ofrecer a los docentes de nivel preescolar y primaria, la información y las herramientas necesarias que les permitan detectar, canalizar, establecer comunicación con los padres, realizar adecuaciones curriculares y emplear estrategias psicopedagógicas adecuadas para alumnos/as con TDAH. De esta forma, la guía pretende facilitar su trabajo dentro del salón de clases, lo que redundará en la promoción del aprendizaje y una mejor adaptación de los niños al salón de clase.

Si bien esta guía se dirige primordialmente a los profesores de educación básica, no significa que las estrategias aquí propuestas no puedan adaptarse y ser útiles en el nivel educativo medio superior.

La guía aquí presentada, tendrá un formato tanto impreso como digital; cabe mencionar que también pertenece a un grupo de guías, las cuales estarán en conjunto de manera digital, siendo parte de una plataforma para llevar a cabo cursos en línea para las poblaciones a las que van dirigidas, en este caso docentes.

## Objetivos

### Objetivo general

Elaborar una guía para docentes que les permita detectar, remitir, realizar adecuaciones curriculares y emplear estrategias psicopedagógicas adecuadas, para aquellos alumnos y alumnas con sospecha o diagnóstico de TDAH; así como aplicar acciones que se llevarán dentro y fuera del salón de clases, para facilitar el aprendizaje y adaptación de dicha población.

### Objetivos Específicos

A los profesores/as:

- ❖ Presentar información detallada del TDAH.
- ❖ Conocer la importancia del papel de los docentes en la sintomatología del niño.
- ❖ Ofrecer lineamientos que faciliten la identificación de los síntomas del TDAH en el aula, para la derivación oportuna del niño/a a un servicio de salud adecuado y hacer las modificaciones pertinentes dentro del aula.
- ❖ Explicar las alternativas de tratamientos existentes para el TDAH y con ello puedan brindar mayor información a los padres, fomentando toma de decisiones informadas.
- ❖ Proporcionar sugerencias para el manejo y control de los síntomas dentro del aula, considerando las particularidades del niño con TDAH.
- ❖ Proporcionar sugerencias para el realizar un trabajo colaborativo entre la escuela los padres y con los profesionales de salud.

A los psicólogos y otros profesionales de salud:

Plantear sugerencias para trabajar con docentes que puedan tener en su grupo niños/as con TDAH.

## **Capítulo 1**

### **El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)**

Este trastorno no es nuevo, es el efecto de una larga historia de cambios con respecto a los conceptos de cierta sintomatología en el niño/a, aunque históricamente se le han dado diversos nombres (no exentos de posiciones doctrinales o de escuela) hoy se conoce como TDAH.

Para comprender su origen, tanto de nombre como de sintomatología es necesario remitirse a más de dos siglos de historia que anteceden a la clasificación actual y que, por ende, aparece de entrada como algo sumamente importante, el comprender la transformación que genera la denominación de este trastorno.

Existen numerosos intentos de definición y nomenclatura, incluyendo el síndrome de Strauss, encefalitis letárgica, disfunción o daño cerebral mínimo, parálisis cerebral mínima, retraso leve, el síndrome hipercinético del niño/a o hipercinesia (Rafalovich, 2001). En el año 2002, APA (Asociación Psiquiátrica Americana) lo clasificó como trastorno por déficit de atención con hiperactividad, de un subtipo específico (predominantemente desatento, predominantemente hiperactivo-impulsivo o combinado) (Antshel, Macias, & Barkley, 2009).

A continuación, abordaremos algunos de los acontecimientos significativos en la historia de este padecimiento; así, podrá observarse, no sólo las ideas prevaletentes de cada época, sino también los efectos producidos con el paso del tiempo que desembocaron en la nomenclatura actual.

Las primeras descripciones de casos similares al TDAH aparecen a finales del siglo XIX, aunque claro con otros nombres (Orjales, 2007). Los antecedentes de lo que actualmente se denomina como TDAH, se encuentran en los trabajos que Crichton realizara en 1798 (citado por Galicia, 2015), acerca de los trastornos mentales que incluían dificultades para mantener la atención, exacerbada inquietud e impulsividad. El Doctor Alexander Crichton, dio a conocer la descripción de un nuevo tratado sobre el trastorno mental, realizó la investigación “The Natural and Morbid History of the Mental Faculties”, dentro de su segundo capítulo titulado: On Attention and its Diseases, donde

describe la incapacidad del niño/a para atender con la constancia necesaria a un objeto determinado: inquietud mental (Mental Restlessness) (Palmer & Finger, 2001). Esto significaba que, la concentración en el niño/a se veía afectada a medida que la estimulación externa sobrepasaba su capacidad para atender a todos los estímulos de manera eficaz, de tal forma que ante cada nuevo evento, el niño/a se veía agitado mentalmente, generando una nueva o nuevas inquietudes mentales.

Es difícil aportar la primera referencia científica del TDAH, algunos autores refieren (Díaz, 2006; Fernández, s/f.) que fue el alemán Henreich Hoffman el primero en describir la inestabilidad motora en 1845; aunque como señala Rey (2012), si Hoffman viviera seguramente rechazaría el honroso título de ser considerado el precursor del tan famoso diagnóstico, ya que lo que él hizo fue tan sólo escribir cuentos, entre ellos el de un travieso y desobediente niño llamado Felipe y el de Juan el despistado.

Desde 1867, año en que se publicó “The Physiology and Pathology of the Mind” por Henry Maudsley, a lo que hoy se conoce como TDAH ya se le atribuían causas hereditarias.

Bourneville en 1887 (citado en Fernández, s/f) en Francia, describió la inestabilidad asociada a la sugestionabilidad y la agresividad en uno de sus libros, se trataría de niños/as con gran inquietud psicomotora, inatentos, desobedientes e indisciplinados, aunque susceptibles de “manejar” correctamente por aquellas personas bien vinculadas a ellos.

En 1892 Tuke (citado en Orjales, 2007) definía la hiperactividad como un síntoma de la enfermedad impulsiva y para este mismo año, Clouston se refería a estados de defectuosa inhibición asociados al exceso de actividad.

De acuerdo con la National Institute for Health & Clinical Excellence [NICE], (2009), los orígenes del concepto se ligan a la idea de que algunos disturbios del comportamiento son resultado de un daño cerebral o disfunción cerebral mínima (MBD), como se vio en la pandemia de encefalitis en la década de 1920. Estas formulaciones neurológicas, sin embargo, fueron cuestionadas cuando la ciencia epidemiológica examinó sistemáticamente las causas de los problemas de conducta en la infancia. La

primera definición del TDAH la realizó Still en 1902 (citado en Esparza, 2015), cuando describió a 43 niños/as que presentaban graves problemas en la atención sostenida y en la autorregulación, a los que atribuía un problema en el control moral de la conducta.

Still menciona que las condiciones psíquicas particulares con las que se proponía tratar en una de sus lecturas de 1902, eran las que se refieren a un defecto anormal del control moral en los niños/as, mencionaba que era un problema tan complejo para que un solo psicólogo pudiera descifrarlo; una problemática real donde la importancia de la influencia social en el trastorno había sido poco reconocida.

Dicho autor, durante algunos años estuvo recopilando observaciones con el objetivo de investigar la ocurrencia de un control moral defectuoso como una condición mórbida en los niños/as, tema que requería urgente investigación científica y no descartamos que aun la requiera, a pesar de los avances. Para esa época había una enorme asociación con aquellos trastornos del intelecto que eran comúnmente reconocidos como idiotez, imbecilidad o locura, y no dudaban de la naturaleza morbosa del defecto moral en estos casos, ya sea considerado como dependiente de la falla intelectual o no. Sin embargo, Still menciona que existían casos que no podían incluirse en esa categoría, esos casos eran los niños/as que mostraban un defecto temporal o permanente de control moral, como para plantear la cuestión de si puede no ser la manifestación de un estado mental mórbido, pero que pasan por hijos/as de intelecto normal; es esta condición en particular la que hizo que Still realizara una observación cuidadosa.

En 1914, Tredgold argumentó que el TDAH podría ser causado por una especie de disfunción cerebral, una encefalitis letárgica en la cual queda afectada el área del comportamiento, de ahí la consecuente hiperquinesia compensatoria, explosividad en la actividad voluntaria e impulsividad.

En 1934, Kahn y Cohen proponen el término “Síndrome de Impulsividad Orgánica” para explicar el origen orgánico del TDAH. Estos autores proponen la disfunción troncoencefálica como origen de la labilidad psíquica de estos niños/as y otras patologías conductuales.

En 1937, Bradley descubrió de forma casual los efectos terapéuticos de las anfetaminas en los niños/as hiperactivos. El término «disfunción cerebral mínima» fue acuñado por Strauss y Lehtinen en 1947, aplicado a aquellos niños/as con trastornos de conducta en los que no se apreciaba suficiente evidencia científica de patología cerebral (Barkley, 2006).

Ya mostramos un poco de su historia sobre algunas de las denominaciones y autores relevantes del TDAH, entre otros nombres mencionamos el de inestabilidad psicomotora, hiperactividad, hipercinesia, lesión cerebral mínima, disfunción cerebral mínima, déficit de atención con o sin hiperactividad etc. (Díaz, 2002); podemos darnos cuenta que el TDAH es un trastorno comportamental de inicio en la infancia, que se ha descrito desde la antigüedad, y que ha quedado reflejado en la sociedad a través de documentos literarios o artísticos (Fernández, s/f.), también notamos que los cambios en el discurso de múltiples autores, alentados por el contexto histórico y social de su época, desembocan en una observación completamente distinta, mientras que los síntomas en los niños/as parecen ser siempre los mismos.

### **1.1 ¿Qué es el TDAH?**

El TDAH son las siglas de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Se trata de un trastorno que implica un patrón constante de déficit de atención, hiperactividad y/o impulsividad, que obstaculiza el funcionamiento o desarrollo del niño/a y afecta diversas áreas de su vida (Asociación Psiquiátrica Americana [APA], 2013). Usualmente se presenta en conjunto (comorbilidad) con otros trastornos. Se caracteriza por tres componentes sintomáticos:

- Inatención o dificultad para prestar y mantener la atención.
- Dificultades para regular el nivel de actividad (hiperactividad).
- Dificultades en el control de los impulsos (impulsividad).

Aunque los síntomas del TDAH se listan siempre como una tríada diagnóstica, el TDAH es bifactorial: los síntomas indicativos de inatención pueden darse separados de los de hiperactividad e impulsividad, pero no es posible separar la hiperactividad de la



impulsividad en el contexto de este cuadro clínico (Fundación Neuropsicología clínica, s.f.).

A pesar de que todavía no existe suficiente evidencia, se le considera un trastorno neurobiológico innato, con una carga genética importante que afecta de forma variada y persistente la vida de quienes lo padecen (Fundación Neuropsicología Clínica, s.f.). Los síntomas suelen aparecer antes de los 12 años de edad, se presentan en dos o más ambientes (escolar, familiar, etc.) y causan un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral (Rivera, 2013).

No todos los niños/as con el trastorno presentan los mismos síntomas ni la misma intensidad en ellos. El trastorno limita a los niños/as en la posibilidad de mantener su atención en una sola actividad por un periodo largo, se les dificulta seguir instrucciones, en algunos casos no pueden mantenerse quietos, dado que el trastorno implica la dificultad para regular tanto emociones como comportamiento, se puede llegar a pensar que el niño/a puede tener problemas de motivación, por lo que es importante resaltar que el niño/a no lo hace con el propósito de molestar o por un problema de actitud, es algo que está más allá de su control y motivación.

Debe resaltarse que el trastorno, de acuerdo con la clasificación diagnóstica de la Asociación Psiquiátrica Americana [APA] (2013), puede presentar los siguientes subtipos:

- ❖ Combinado (inatención e hiperactividad/impulsividad), siendo éste el más frecuente.
- ❖ Con predominio inatento.
- ❖ Con predominio hiperactivo/impulsivo.

Por su grado de severidad se cataloga en:

- ❖ Leve, cuando los síntomas afectan el funcionamiento de forma somera.

- ❖ Moderada, cuando el deterioro en la vida del niño/a es considerable, sin llegar a ser grave.
- ❖ Severo o grave, cuando la afectación en el funcionamiento del niño/a se encuentra comprometido, porque todas las áreas de vida se han visto afectadas.

Tanto la clasificación del subtipo como el grado de severidad de los síntomas revisten especial importancia, ya que dependiendo de éstos, serán las medidas psicopedagógicas que se implementarán en el ámbito escolar, resaltando que los grados moderados y severos requieren de una atención integral, donde participe un equipo interdisciplinario integrado por profesionales de la medicina, psicología y pedagogía (Esparza, 2015).

Los rasgos clínicos que configuran el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) parecen fundamentarse, desde la perspectiva neuropsicológica, en una disfunción temprana del sistema ejecutivo (tálamo-estrió-cortical). Los sujetos afectados presentan déficit del control inhibitorio, de la flexibilidad cognitiva, de la memoria de trabajo, de la autorregulación motivacional y de la atención durante el procesamiento no automático de información (Narbona y Sánchez, 1999).

## **1.2 Epidemiología: edad de inicio, prevalencia, género y pronóstico**

### **1.2.1 Edad de inicio.**

La quinta edición del DSM (APA, 2013), señala que los síntomas pueden haber aparecido antes de los 12 años, lo que significa que el comienzo del trastorno tiene lugar durante la infancia; aunque cabe agregar que hay que ser muy precavidos en cuanto a la sintomatología de la etapa preescolar, ya que ésta se “caracteriza por la importancia que la motricidad juega como organizador del desarrollo del niño/a” (Esparza, 2015, pp. 37).

### 1.2.2 Prevalencia

La prevalencia es un término que se emplea para referirse a la frecuencia con que el diagnóstico se presenta entre la población; en este sentido, las estimaciones de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) son muy variables, la clasificación diagnóstica DSM V (APA, 2013) refiere que el 5% de la población infantil presenta este trastorno; en tanto que si se considera la clasificación CIE 10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia se reduce al 1.5%. En nuestro país, no existen datos actualizados, aunque de acuerdo con Vásquez et al. (2010) la prevalencia se encuentra entre el 8 y el 12% de la población infantil y adolescente.

En el año 2007, se llevó a cabo el primer consenso latinoamericano en el cual se llegó a la conclusión que el TDAH es el trastorno neuropsiquiátrico más común a nivel mundial en población pediátrica, ocupando un rango entre 3 y 7%, considerándose que en Latinoamérica es un problema de salud pública, que afecta aproximadamente a 36 millones de personas (Barragán et al. 2007).

Un estudio realizado en 2007, por Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman, y Rohde donde buscaban determinar las posibles causas de las diversas estimaciones del trastorno y calcular su prevalencia combinada en todo el mundo, realizaron búsquedas en las bases de datos MEDLINE y PsycINFO, tomando en cuenta publicaciones de 1978 al 2005 de América del Norte, América del Sur, Europa, África, Asia, Oceanía y Medio Oriente generaron 9,105 registros y 303 artículos de texto completo. Se incluyeron ciento dos estudios con 171,756 sujetos de todas las regiones del mundo. Determinaron que la prevalencia combinada de TDAH en todo el mundo era de 5,29%.

Esparza (2015) señala que, si bien muchos autores coinciden en que es el trastorno infantil más frecuente en el mundo, es necesario proceder con cautela, ya que el excesivo incremento que este diagnóstico ha tenido durante los últimos años, podría indicar que estamos frente a lo que Bleichamar et al. (2007) (citados por Esparza) consideran como la patologización del comportamiento de los niños/as.

### **1.2.3 Prevalencia según el género**

Por razones aún desconocidas, se considera que el TDAH es más frecuente en varones que en niñas, según Zuluaga y Vasco (2009) la prevalencia de determinado subtipo depende de la edad; en tanto que para Seitler (2011), las diferencias de género varían de una cultura a otra, especialmente en la forma en que se permite expresar cierta clase de sentimientos y conductas a niñas y niños. La autora también menciona que Antshel, Macias y Barkley (2009) explican que la diferencia de género radica en “factores neurológicos y genéticos que colocan a los niños en mayor riesgo que a las niñas, también puede explicarse debido a que los niños presentan síntomas más llamativos como agresión y problemas de conducta” (Esparza, 2015, p. 44).

Así mismo, se ha observado que los síntomas nucleares en niños y niñas con TDAH, se presentan de distinta manera, las niñas tienden a presentar mayor inatención, en tanto que en los niños el principal componente suele ser el de hiperactividad-impulsividad (Fundació Sant Joan de Déu, 2010).

### **1.2.4 Pronóstico**

Cuando de pronóstico se trata, es importante situar el momento en que se detecta, ya que, si se interviene tempranamente, las repercusiones que enfrentará el niño/a a lo largo de su vida, serán menores. El pronóstico depende de muchos factores, sin embargo, en los casos más graves, que además presentan mayor comorbilidad, aumenta el riesgo de que el trastorno se agrave durante la adolescencia, especialmente en lo que a fracaso y deserción escolar se refiere, también es mayor el riesgo de involucrarse en delincuencia y abuso de sustancias (Esparza, 2015).

La guía NICE (2009/2016), entre los factores de pronósticos desfavorable, menciona la falta de amigos/as, de trabajo y de actividades de ocio constructivas, lo que afecta directamente la calidad de vida; así mismo, altos niveles de hiperactividad e impulsividad hacen que los niños/as desarrollen comportamientos antisociales y trastornos de la personalidad, que, como ya se mencionó, en muchos casos pueden derivan en abuso de sustancias en la adolescencia y en la edad adulta.

### **1.3 Etiopatogenia**

No existe una etiopatogenia clara del TDAH, su origen es más bien heterogéneo y multicausal (Mabres, 2012), ya que no se puede afirmar que exista un único factor que cause el TDAH, esto significa que su origen se debe a una interrelación de varios factores.

Faraone (2005) en uno de sus estudios refiere que un importante porcentaje (60-90%) de padres de niños/as con TDAH han tenido el trastorno, Gómez-Jarabo (2014) sugiere que este dato se puede relacionar con una predisposición genética multifactorial, cabe resaltar que sobre la predisposición genética pueden actuar diversos desencadenantes.

Aunque el TDAH es producto de la interacción de diversos factores, Shaywitz et al. (1978) han postulado que la causa se encuentra en una disfunción de la corteza prefrontal y sus conexiones frontoestriadas. Estudios como el de Shaw et al. del 2007 (citado en Fundació Sant Joan de Déu, 2010) han sugerido que el TDAH es un trastorno de la maduración cortical más que una desviación en el desarrollo. Esto apoya la catalogación que hace el DSM-V (APA, 2013) acerca de que el TDAH es un trastorno del neurodesarrollo, que se ve implicado en lo que posteriormente va a presentar el niño/a como síntomas.

#### **1.3.1 Componente genético.**

Los estudios con familias como el realizado por Barkley & Murphy (2005; citado en Rivera-Flores, 2013), muestran un elevado riesgo de TDAH entre los familiares biológicos (10-35%), incrementándose a un riesgo de 55 % en al menos uno de los padres en las familias con dos niños/as afectados; además, los padres con antecedentes de TDAH tienen un riesgo de más del 57% de tener descendencia con TDAH.

### **1.3.2 Factores medio-ambientales.**

Existe una diversidad de factores de riesgo ambientales, entre éstos se pueden mencionar los factores prenatales y natales, los familiares, económicos, culturales y educativos. Acerca de los primeros, se ha encontrado asociación con las complicaciones durante el embarazo, especialmente el hábito de fumar (Biederman, 2004; Milberger, Biederman, Faraone & Chen, 1996; citados en Rivera-Flores, 2013), consumir alcohol, posibles niveles de fenilalanina en la madre y de forma cuestionable el estrés, la ansiedad (Barkley & Murphy, 2005; citados en Rivera-Flores, 2013), la preeclampsia y eclampsia, sufrimiento fetal crónico y el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos durante el embarazo, todos ellos se relacionan con la existencia de TDAH. Esparza (2015) refiere que la ausencia del deseo de hijo/a y/o el intenso rechazo del embarazo, lleva a vivirlo con sumo desagrado influyendo en la manera en que se establecerá el vínculo temprano entre la madre y el niño/a, aspecto que aparece con mucha frecuencia en los niños/as que más tarde desarrollarán el trastorno.

Los factores de riesgo no actúan aisladamente, como se mencionó en un inicio, interactúan entre sí y pueden tener un efecto acumulativo. Un ejemplo de esto es, el riesgo de TDAH asociado con el consumo materno de alcohol durante el embarazo que puede ser más fuerte en los niños/as con el gen de susceptibilidad DAT (transportador de dopamina) (Brookes et al., 2006 citado en NICE, 2009). Se requiere más investigación para confirmar si éstos actúan como riesgos directos para el TDAH. Otro factor que se ha vinculado al trastorno es la exposición al plomo, ya que puede favorecer la presentación de problemas de atención o de aprendizaje.

Los resultados de investigaciones como las de Biederman et al., 1992 (citados en NICE, 2009/2016), y Fundació Sant Joan de Déu (2010) indican que las relaciones disruptivas y discordantes son más comunes en las familias donde hay un miembro que padece TDAH; se ha encontrado que en muchos casos, los niños/as nacen dentro del seno de familias con dinámicas sumamente nocivas, lo que sugiere problemáticas de tipo transgeneracional, donde se transfieren de una generación a otra vínculos y prácticas de crianza desfavorables para un desarrollo psicológico sano (Esparza, 2015).

Las relaciones familiares discordantes, pueden ser una consecuencia tanto de vivir con un niño/a con TDAH, como un riesgo existente desde varias generaciones atrás, donde existe mayor probabilidad de que un niño/a manifieste diversos problemas entre los que puede encontrarse el trastorno en sí. En caso de que el TDAH ya haya sido diagnosticado, las relaciones conflictivas, donde prevalece un estilo de crianza áspera y autoritaria, representa un factor de riesgo para desarrollar adicionalmente, tanto el trastorno desafiante oposicionista como problemas de conducta.

### **1.3.3 Factores psicosociales.**

Las condiciones sociales juegan también un papel importante como factores de riesgo en el TDAH, se ha asociado con adversidad psicosocial temprana, que incluye situaciones de pobreza, abandono, maltrato o enfermedad mental de los padres (Esparza, 2015; Secretaría de salud, 2002). Estos factores influyen negativamente en el desarrollo del control cognitivo y emocional, aunque todavía se desconocen sus mecanismos. La sintomatología de los niños/as participantes en el trabajo de Esparza (2015), coincide con situaciones de abandono, depresión materna y ausencia física o psíquica del padre.

Hasta la fecha ningún estudio ha establecido que los factores psicosociales sean la causa directa del TDAH; sin embargo, las adversidades psicosociales intervienen tanto en el origen como en la severidad de los síntomas. De este modo, en la etiopatogenia del cuadro clínico del TDAH, podemos decir que existe una conjunción de diversos factores entre los que se encuentran los genéticos, neuroquímicos y medioambientales.

### **1.3.4 La importancia de la alimentación en el TDAH**

La alimentación en todos los niños/as es de vital importancia para el desarrollo físico y mental, por este motivo es importante tener presente que un niño/a mal alimentado podría presentar uno o varios de los siguientes signos que podrían llegar a confundirse con síntomas del TDAH como por ejemplo:

- Actitudes pasivas en el aula.

- Apatía, falta de integración durante los juegos escolares.
- Reducción de la duración de la atención y de la memoria.
- Disminución de la capacidad de integración sensorial.

Por lo anterior es importante que si hay sospecha de TDAH también se indague sobre la alimentación del niño/a para identificar si se trata de una mala alimentación o es parte de la sintomatología propia del trastorno. Los niños/as que llegan con hambre a la escuela tienden a disminuir su rendimiento, no por un desarrollo intelectual insuficiente, sino por fallas en el proceso de atención debido a un bajo nivel de azúcar en sangre derivado de un ayuno prolongado.

Sin embargo, la investigación epidemiológica indica un vínculo entre aditivos y conservantes en la dieta y los niveles de hiperactividad (McCann et al., 2007, citado en NICE, 2009/2016); al menos una pequeña proporción de niños/as con TDAH demuestran reacciones idiosincrásicas.

Richardson (2004) revisó la evidencia sobre las asociaciones entre el TDAH y los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (PUFA, por sus siglas en inglés) y comentó la necesidad del cerebro a lo largo de la vida de suministros adecuados, una relativa falta de AGPI omega-3 y la posibilidad de que los varones sean más vulnerables debido a que la testosterona puede afectar la síntesis de PUFA. Existe aún la incertidumbre científica en cuanto a la significación fisiológica de las diferentes medidas del metabolismo de las PUFA y no se utilizan en la práctica. Sin embargo, no existen estudios concluyentes que consideren que este factor de riesgo sobre la dieta sea mayormente significativo y que lo relacione con el TDAH.

#### **1.4 Comorbilidad y síntomas asociados**

El concepto de comorbilidad tiene variación entre los diagnósticos psiquiátricos por lo cual plantea desafíos significativos para los modelos actuales de clasificación y diagnóstico psiquiátricos, ya que su aplicación a la psicopatología ha desatado desacuerdos por falta de consenso con respecto a los usos adecuados del término



comorbilidad, sus causas y sus implicaciones para la clasificación y el diagnóstico psiquiátricos (Lilienfeld, 2003).

Algunos autores (Lilienfeld, Waldman e Israel, 1994) han argumentado que el término comorbilidad, es significativo sólo en el contexto de entidades de enfermedad bien validadas, es decir, condiciones en las que la patología y la etiología se comprenden razonablemente bien; Meehl (2001) sostuvo que este término es representativo sólo en el contexto de condiciones taxonómicas.

Este término se ha adaptado al español a partir de su original en inglés, y aunque se ha recurrido a alternativas tales como polimorbilidad, multimorbilidad, polipatía, enfermedades múltiples, enfermedades multifactoriales, enfermedades complejas, pluripatología y enfermedades asociadas o coexistentes, lo cierto es que el término “comorbilidad” ya se ha establecido y en la actualidad su uso es común (Lifshitz, 2016).

Una de las primeras referencias del término comorbilidad, la que efectuó el epidemiólogo, Alvin Feinstein, de la Universidad de Yale, en una publicación del Journal of Chronic Diseases en 1970, aquí la comorbilidad se definió como la ocurrencia de más de una patología en la misma persona; el objetivo de este término era usarlo en estudios clínicos para indicar patologías coexistentes (Avila, 2007; Lilienfeld, 2003).

Otra definición de comorbilidad es la presencia de uno o más enfermedades o trastornos adicionales, asociados con una enfermedad o trastorno primario (World Health Organization [WHO], 2017); los trastornos mentales, como la depresión, la ansiedad y la esquizofrenia, son la principal causa de discapacidad y jubilación anticipada en muchos países y una gran carga económica, las enfermedades clínicas como cánceres, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes son las causas más frecuentes de muerte en todo el mundo, ahora con una comorbilidad existente con cualquiera de estas enfermedades, no sólo puede dar un giro enorme en la vida del paciente, también en la sociedad.

Los trastornos mentales afectan, y a su vez se ven afectados por otras enfermedades y pueden ser un precursor o una consecuencia de alguna, así como pueden ser factor de riesgo o estar altamente vinculadas con algún otro trastorno o

enfermedad; la mortalidad y la discapacidad prematuras podrían reducirse si se prestara mayor atención a tales comorbilidades (WHO, 2017). El DSM-V (APA, 2013) explica que la comorbilidad es la coexistencia de dos o más trastornos psiquiátricos o enfermedades en un mismo paciente.

Kaplan y Feinstein (1974) denominaron comorbilidad patogénica, por lo que una condición causa o contribuye directamente a otro, por ejemplo, el Trastorno A puede causar o predisponer al Trastorno B, o el Trastorno B puede causar o predisponer al Trastorno A. Otra posibilidad es que el trastorno A y B están influenciados por factores etiológicos compartidos, como las dimensiones de personalidad o temperamento de orden superior.

Las interrelaciones en las enfermedades coexistentes pueden tener distintas modalidades, un primer enfoque las divide en causales y casuales. En las causales, una enfermedad genera a la otra o ambas tienen una etiología común, ya sea directa o mediada por algún factor adicional o comparten algunas de las causas o factores de riesgo. Las relaciones casuales se ubican sobre todo cuando las enfermedades coexistentes tienen una alta prevalencia y por tanto, no es difícil que coincidan en un mismo individuo, simplemente por razones estadísticas (Lifshitz, 2016).

Respecto a esto, Angold, Costello & Erkanli (1999) mencionan que cuando un paciente presenta varios trastornos no siempre queda claro cuál de ellos es primario. La comorbilidad puede ser “concurrente” en ella el niño/a cumple criterios de dos o más trastornos en el momento de evaluación, o “sucesiva” y aquí el niño cumple criterios de TDAH en un momento de su vida y cuando estos síntomas mejoran o se resuelven con la edad, desarrolla un nuevo trastorno.

Existen pruebas de comorbilidad que intentan estandarizar el impacto o el valor de las condiciones comórbidas, y si es que éstas son enfermedades secundarias o terciarias, tales pruebas intentan sintetizar las distintas condiciones comórbidas, en una única variable predictiva, que mida mortalidad u otros resultados, los investigadores han validado dichas pruebas por su valor predictivo, pero ninguna prueba es reconocida aún como estándar principal (Avila, 2007).

Cuando un paciente padece enfermedades comórbidas es difícil adscribirlo a una determinada especialidad; de hecho, es preciso jerarquizar y priorizar, ya no es válido sólo el diagnóstico nosológico sino que, hay que expresar un diagnóstico integral, individualizado (Lifshitz, 2016).

Los niños/as o adolescentes con TDAH presentan en algún momento de la vida otro trastorno psiquiátrico sobreagregado, los estudios clínicos sobre el TDAH en diferentes edades han demostrado que la comorbilidad psiquiátrica está presente entre el 70% y el 80% de los casos (Martínez, Henao y Gómez, 2009).

Los trastornos con los cuales el TDAH se asocia con más frecuencia son: el síndrome de Tourette, los trastornos generalizados del desarrollo, los trastornos de la comunicación, los trastornos del aprendizaje, el trastorno del desarrollo de la coordinación, los trastornos de conducta, los trastornos de ansiedad, los trastornos afectivos y el retraso mental (Artigas-Pallarés, Garcia y Rigau, 2013).

La mayoría de los trastornos que presentan comorbilidad con el TDAH son aquellos que pueden calificarse como "mala conducta", sin embargo, no se trata de juzgar dichos comportamientos, sino estudiarlos para comprender las razones por las cuales ocurren y poder diferenciar cuál de los trastornos predomina y con cuáles coexiste, ya que no se trata de etiquetar a las personas sino de disponer de una guía acerca de cómo identificar, evaluar e intervenir en un determinado trastorno.

En el TDAH es muy frecuente lo que se denomina como comorbilidad dinámica, que, según Lahey, Loober y Burke (2002) se refiere a la tendencia de algunos trastornos a mejorar o empeorar durante la vida de un individuo, posiblemente en respuesta a influencias situacionales, presencia o ausencia de agentes estresantes así como despliegues del desarrollo. La comorbilidad complica aún más el diagnóstico y la forma de apoyar al niño/a.

Este tipo de comorbilidad es importante ya que en el aula pueden existir momentos donde el alumno/a muestre mejoría y otros donde esté peor, así que entenderla facilitará tanto el manejo de la situación como la mejoría del niño/a con TDAH; esta información es esencial porque si se juzga como retroceso o bien se

castiga al niño/a por ello, puede suceder que la situación empeore y genere un considerable perjuicio en lugar de promover su avance. Dentro del aula la comorbilidad implica que el niño/a manifieste un comportamiento que puede resultar más problemático para el maestro/a.

Kevin Antshel, Michelle Macias y Russell Barkley (2009) mencionan en su artículo *The Child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder* los siguientes porcentajes en comorbilidades con el TDAH (p.526):

- Trastorno específico del lenguaje (15-60%)
- Trastorno desafiante opositor (45-65%)
- Trastorno de la conducta (25-45%)
- Distimia o depresión mayor (20-30%)
- Trastorno de ansiedad (10-30%)
- Trastorno bipolar infantil (3-10%)
- Pobres relaciones entre pares (50-70%)
- Trastorno de la coordinación del desarrollo (50% +) Pobre rendimiento educativo (70-90% +), retención de grado (25-50%), o suspensión / expulsión (15-30%)

El campo clínico propone que los Trastornos específicos del aprendizaje, se definan como una afectación del aprendizaje que puede alterar el desempeño escrito, lector o de cálculo de una forma específica, focalizada y precisa, es decir, se logran evidenciar errores en la ejecución que alteran de forma significativa el desempeño escolar. Estos errores son permanentes en todos los contextos y no se vinculan de ninguna manera con procesos didácticos a los cuales haya sido sometido el sujeto (Martínez, Henao y Gómez, 2009).

Actualmente cuando hablamos del TDAH no podemos desligarlo del resto de los trastornos de la conducta disruptiva, es decir del trastorno de conducta y del trastorno

oposicionista desafiante; muchas de la investigaciones han confirmado que los trastornos externalizados de la infancia, como el TDAH, el trastorno oposicionista desafiante (TOD) y el trastorno de conducta (TC), coexisten de manera mucho más frecuente que lo que cabría esperar por simple azar (Palacios, Romo, Patiño, Leyva, Barragán, Becerra et al., 2008).

Más que cualquier otro diagnóstico psiquiátrico, el TDAH tiende a aparecer combinado con otros trastornos del aprendizaje, las emociones y la conducta; esta comorbilidad se presenta tanto en niños/as como adultos, el estudio Multimodal Treatment Study of Children with ADHD mencionado por Brown (2010), encontró que el 70% de 579 niños/as de 7 a 9 años cumplían los criterios diagnósticos completos de al menos otro trastorno psiquiátrico.

Las alteraciones emocionadas son más frecuentes en el TDAH, con predominio inatento. Hasta un 90% de los pacientes pueden tener baja autoestima o periodos de disminución del ánimo (Martínez, Henao y Gómez, 2009).

## **1.5 Impacto económico, social, familiar y emocional del TDAH**

### **1.5.1 Impacto económico y costos del TDAH.**

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-V) de la American Psychiatric Association (APA, 2013), el TDAH es un trastorno que generalmente impacta negativamente el ámbito social y académico del niño/a, especialmente si se ha diagnosticado como moderado o severo; con frecuencia el desempeño escolar se encuentra deteriorado, pero también el niño/a se enfrenta al rechazo social, tiene pocos amigos/as y tiende a sufrir acoso por parte de sus compañeros/as (Young, Fitzgerald & Postma, 2013).

El impacto y costo del TDAH es significativo y de carácter universal, afecta directamente a la familia, el propio niño/a y la esfera social, el impacto se incrementa cuando no es tratado oportuna y adecuadamente, es decir desde la infancia. Las investigaciones (Baurmeister, 2017) con niños/as españoles y puertorriqueños mencionan que los síntomas del TDAH tienen un efecto negativo en la vida social de la

familia, en los pensamientos y en creencias de los padres, en los hermanos/as, en relación con la escuela y en los costos asociados al tratamiento.

Por otra parte Young, Fitzgerald & Postma (2013) concluyen, en un estudio realizado en Europa, que el TDAH repercute negativamente en diversos aspectos de la vida de los niños/as, aunque la escuela es el área más afectada, no hay que dejar de lado las implicaciones sociales y económicas del trastorno, especialmente en lo relacionado a la atención médica y educación, ya que los niños/as y adolescentes con TDAH requieren 2.5 veces más de gastos médicos que los niños/as y adolescentes que no lo padecen. Estos autores mencionan que los costos del TDAH en los países europeos son muy similares a los reportados en los Estados Unidos de Norteamérica, en donde se estima un costo anual por paciente de entre 621 dólares a 4,690.

En Latinoamérica no contamos con información suficiente acerca de la forma en que este padecimiento afecta la vida de las personas; en el 2007, se realizó en la Ciudad de México el primer Consenso Latinoamericano de TDAH, donde se habló sobre el impacto psicosocial del trastorno, más no del costo, concluyendo que los problemas en el funcionamiento de estos pacientes se presenta de diversas formas en cada etapa de la vida, afectando siempre la dinámica familiar, pudiendo disminuir dichos problemas si se proporciona orientación a los padres y personal docente, para ayudar a los niños/as con TDAH a compensar sus dificultades (Barragán, et al., 2007).

Posteriormente, en la Declaración de Cartagena (De la Peña, Palacio y Barragán, 2010) se incluyeron las implicaciones en el funcionamiento familiar, escolar, laboral y socioeconómico de quienes padecen TDAH, destacando que el impacto y los costos pueden reducirse cuando existe un diagnóstico temprano y apego al tratamiento.

### **1.5.2 Impacto social del TDAH.**

Cuando no se tiene conocimiento sobre el trastorno, tampoco se conocen las necesidades del niño/a y el impacto del mismo en su vida diaria. Entre los efectos de la estigmatización se encuentran las dificultades en la construcción de la identidad, en cómo se ven a sí mismos y el temor al rechazo social.

EL TDAH tiene repercusiones considerables en casi todas las áreas de la vida de un niño/a. En el caso del funcionamiento psicosocial los niños/as, presentan un comportamiento más hostil y disruptivo, reaccionan enfadados y con altos niveles de frustración, se les dificulta la empatía y suelen sentir poca culpabilidad respecto a las cosas que hacen.

Los niños con TDAH generalmente tienen menos oportunidades de:

- ❖ Ser incluidos en eventos propios de la edad (por ejemplo: fiestas, pijamadas).
- ❖ Participar en actividades extraescolares (debido a la falta de atención, impulsividad y poca tolerancia a la frustración).
- ❖ Pertenecer a un grupo o crear vínculos duraderos con otros niños/as.

Todos estos son factores que influyen directamente en la autoestima del niño/a, generando más frustración y afectando la forma que se perciben a sí mismos.

### **1.5.3 Impacto familiar del TDAH.**

El TDAH y la forma en la que se manifiesta en la vida del niño/a tiene un impacto negativo en la familia. Es común que se genere un mayor nivel de estrés en el ambiente familiar entre padres e hijos/as e incluso entre hermanos/as. Comprender mejor cómo afecta el TDAH y aprender a manejar el impacto en el hogar, ayudará a crear un ambiente de convivencia más sano y beneficioso para todos los integrantes de la familia.

Johnston y Mash (2001) mencionan que como resultado del estrés asociado al comportamiento de los niños/as con TDAH, los padres muchas veces se sienten insatisfechos, con baja autoestima y tienen serias dudas de su capacidad para ejercer su función parental. Por lo anterior, la relación entre los padres puede deteriorarse, observándose un número de separaciones y divorcios superior al que ocurre en familias con niños/as sin TDAH. Además, la tensión, frustración y enojos constantes entre los padres pueden influir directamente en la relación de pareja. En ocasiones, los padres

pueden tener constantes enfrentamientos derivados de los desacuerdos en la crianza del niño/a con TDAH.

Por otro lado, la vida social de la familia se ve afectada por el comportamiento del niño/a, ya que en ocasiones se sienten incómodos públicamente y, por lo tanto, disminuyen las salidas para evitar alguna situación embarazosa en público, por ejemplo, disminuyendo las visitas a familiares y con amigos por miedo a que el niño/a se comporte inadecuadamente. Por lo que, la vida recreativa de la familia disminuye considerablemente.

#### **1.5.4 Impacto emocional y/o estigmatización del TDAH.**

La autoestima de los niños/as con TDAH frecuentemente resulta afectada como consecuencia de recibir comentarios negativos por parte de la familia, profesores/as y compañeros/as. En consecuencia, el niño/a tiene la sensación de ser diferente y de estar aislado de las situaciones sociales; así, el niño/a entra a formar parte del grupo a los que se les conoce como “especiales, problemáticos, difíciles, diferentes”; si a esto le sumamos el efecto de la medicación y desinformación, la estigmatización incrementará la sensación de ser diferente.

Si consideramos lo anterior, es importante cuidar la forma en que se explica el diagnóstico y la función de la medicación, para evitar que el niño/a comience a desarrollar la identidad de niño/a “perturbado”. Todos los mensajes que se den con respecto a el trastorno influirán directamente en la seguridad, autoestima y definición del propio niño/a (NICE, 2009/2016).

Como mencionan Garza-Morales (2007) es importante desarrollar, a través de estrategias de manejo terapéutico integrales, el autoconcepto de los niños/as con TDAH, ayudándoles a reconocer la responsabilidad de sus actos, favorecer la competitividad y la imagen de sí mismos frente a los demás.

Hernández, Pastor, Pastor, Boix, y Sans (2017) concluyen que, los niños/as con TDAH, tienen una mala percepción de su calidad de vida en relación con los niños/as



sin el trastorno. Puede afirmarse que casi la totalidad los pacientes afectados por TDAH tienen una percepción negativa de sí mismos, en comparación con los niños/as sin TDAH. El bienestar físico, emocional y el desarrollo social, son los aspectos que perciben con más negatividad. El bienestar psicológico, la repercusión familiar y la escuela son las tres dimensiones en las que se demuestran mayores afectaciones. Cualquier intervención en la infancia, sea en cualquier entorno del niño/a debería considerar las áreas a las que los niños/as asignan un alto valor en la satisfacción cotidiana y preguntarse si están cubiertas esas necesidades y aspiraciones.

## **Capítulo 2**

### **Detección del TDAH en el ámbito escolar**

Como ya se mencionó, la literatura (Barkley, 2013; Barragán, et al., 2007; APA, 2013) especializada en el TDAH nos informa que se trata de un trastorno del neurodesarrollo, caracterizado por un retraso en el desarrollo que dificulta la capacidad de inhibición del niño/a, lo que quiere decir que no puede regular su comportamiento y emociones a una edad en que la mayoría de los niños/as ya han desarrollado esta habilidad, de ahí que el niño/a manifieste una actividad exagerada y desorganizada (hiperactividad); esta incapacidad para inhibir, también está implicada en la impulsividad (dificultad en el control de impulsos) que muchos de estos niños/as presentan (Barkley, 2013).

#### **“No para de moverse”**

El niño en edad escolar pasa muchas horas en un aula donde se le exige que la mayor parte del tiempo permanezca sentado, exigencia que, para un niño/a que padece TDAH, es casi imposible cumplir; de esta forma, un alumno/a con este trastorno representa un verdadero reto para cualquier profesor/a.

Entendemos que, en el modelo de enseñanza tradicional, para un maestro/a que tiene más de 30 niños/as en un aula y que en ocasiones trabaja doble turno, sea muy difícil tolerar a un niño/a que no “para de moverse”, que molesta constantemente a otros niños/as, que reta las instrucciones o parece ignorarlas, que no respeta las normas o incluso hace lo contrario de lo que se le solicita; no obstante, conviene tener en mente que el niño/a no se comporta de esta forma porque *así lo quiere*, sino que su conducta obedece a un trastorno que él/ella no puede controlar, qué esos comportamientos nos hablan de un sufrimiento que no pueden poner en palabras y lo muestran a través del cuerpo, son la expresión de que el niño/a necesita de nuestra ayuda (Esparza, 2015).

#### **2.1 La inatención y el rendimiento académico**

El niño/a que tiene TDAH, no solamente manifiesta un comportamiento desbordado, además suele tener problemas en la esfera de la atención, lo que implica

que se le dificulta seleccionar un estímulo de entre una gran variedad de éstos, de tal manera que no puede mantener una atención sostenida y selectiva, aspecto que complica aún más el trabajo de la enseñanza, especialmente cuando lo que la escuela demanda es que sea capaz de concentrarse por un tiempo considerable, aunque vale la pena resaltar que tanto el tiempo que un niño/a puede mantener la atención como el objetivo de ésta, dependen de criterios impuestos por los adultos sin considerar la capacidad e intereses de los niños/as (Janin, 2006). Esta dificultad del niño/a para prestar y mantener la atención, lo lleva a continuamente cometer errores o descuidos en las tareas escolares, dejar actividades sin terminar, realizar trabajos sucios y desordenados, perder y olvidar los útiles escolares o sus pertenencias, distraerse con estímulos aparentemente irrelevantes.

Tanto el movimiento descontrolado, como las dificultades de la atención, pueden desembocar en que adicionalmente surjan problemas de aprendizaje y por ende se afecte el rendimiento académico de las habilidades de lectura, escritura y matemáticas. Al mismo tiempo, la afectación en el aprendizaje eleva el riesgo del abandono escolar, especialmente en la etapa de la adolescencia, incrementado también la posibilidad de que el chico/a sea expulsado de la escuela (Esparza, 2015).

## **2.2 Los conflictos emocionales asociados**

Otro aspecto que como profesores se debe considerar, tiene que ver con los conflictos emocionales asociados al trastorno, ya que para el niño/a resulta muy difícil el control de sus emociones, lo que indica que el problema del *control* es central en el TDAH: falta de control comportamental y falta de control interno. Un rasgo característico es la labilidad emocional, que consiste en cambios de humor súbitos e inexplicables que desconciertan y agotan tanto a padres como maestros/as.

La inestabilidad emocional también se refleja en la facilidad con que el niño/a se enoja, llegando incluso a ser rencoroso o mostrarse intimidante y/o agresivo con sus compañeros/as, lo que produce malestar e influye en que la interacción con los otros se vuelva muy complicada, razón por la que en muchos casos los demás evitan el contacto con el niño/a o lo rechazan abiertamente porque lo perciben diferente, ya que se

comporta de una manera extraña. Por otra parte, los niños/as que padecen TDAH generalmente presentan baja autoestima, son rebeldes, dependientes, demandantes y tienen un concepto de sí mismos muy pobre (Anstheil, Macias & Barkley, 2009; Esparza y González, 2010; Young, Fitzgerald & Postma, 2013).

Dentro de las características antes descritas, conviene resaltar la cuestión del rechazo, ya que la sintomatología de estos niños/as especialmente en los casos más graves, produce mucho malestar entre los que lo rodean, lo que lleva no solamente al repudio de sus compañeros/as, sino también de familiares y maestros/as, de quienes frecuentemente recibe castigos y regaños que generan un impacto sumamente negativo en el niño/a e incrementan su sufrimiento y angustia.

La falta de comprensión en relación a lo que le sucede a un niño/a con TDAH conduce a la estigmatización, ésta despoja al niño/a de su individualidad, ya que deja de tener un nombre propio para ser llamado “el niño/a problema”, “el niño/a que molesta”; pero recordemos que dentro de los efectos de la estigmatización están las dificultades en la construcción de la identidad, en cómo se ven a sí mismos y en el intenso temor al rechazo social, dando como resultado en el niño/a la sensación de ser diferente, difícil, problemático (NICE, 2009/2016).

### **2.3 Distracción e inquietud no es igual a TDAH**

Como corolario de lo antes expuesto, es conveniente mencionar que distraerse fácilmente o ser muy inquieto/a no son datos suficientes para considerar que un determinado niño/a padece TDAH, ya que la mayoría de los niños/as manifiestan un comportamiento muy activo, que lejos de ser problemático es más bien un indicador de vitalidad; también suelen distraerse porque su capacidad de atención todavía no está plenamente desarrollada y tienen urgencia de que sus demandas sean satisfechas.

Para sospechar de la presencia del trastorno, es necesario primeramente diferenciar entre inquietud e hiperactividad, en ésta los movimientos son excesivos y tan descontrolados que no tienen ningún objetivo (Janin, 2006); así mismo, habrá que considerar que tanto el descontrol en el movimiento como la impulsividad e inatención

ocurren con mayor frecuencia que en otros niño/a de la misma edad y han estado presentes durante un tiempo considerable (al menos durante 6 meses) (APA, 2013).

Como podemos darnos cuenta, el papel del profesor/a en la detección e integración del niño/a es fundamental y muy valiosa, además de tener una actitud empática, con la finalidad de lograr un entendimiento y adecuada interacción con los compañeros/as, esto favorecerá la convivencia en el aula y el trabajo del profesor/a, mejorando y facilitando el entorno para todos y ayudando a fortalecer la autoestima del niño/a con TDAH.

Es fundamental comprender que el trastorno no desaparece ni se cura, pero tanto la familia como la escuela pueden hacer mucho para lograr que los síntomas mejoren, para aliviar en algo el sufrimiento del niño/a y evitar que el impacto del trastorno sea menos perjudicial. Así mismo, la escuela o el centro educativo deben cumplir su papel organizativo y funcional para hacer realidad los postulados de la educación inclusiva y lograr materializar de esta manera la oportunidad de desarrollo humano en igualdad de condiciones para las personas con TDAH.

Por su parte la persona profesional en educación debe estar en constante capacitación formal y no formal, de manera que pueda comprender las necesidades educativas especiales de la población con TDAH (Cubero, 2007).

#### **2.4 ¿Cómo detectar un caso de TDAH dentro del aula?**

Como menciona Cubero (2007), una detección temprana, una adecuada identificación de conductas y una intervención oportuna, son clave para determinar la evolución del TDAH en el niño/a. Se debe tener presente que este trastorno no se cura, por lo que la creación de estrategias destinadas a favorecer la vida social, personal, laboral y académica, a partir de procesos de enseñanza y aprendizaje son indispensables para mejorar la forma en que el niño/a vive el padecimiento.

El docente desempeña un papel fundamental en la detección de las primeras señales del trastorno, su información puede ser la primera señal de alarma, ya que el maestro/a tiene la posibilidad de observar al niño/a en ciertas condiciones en las que es

más fácil que se exprese el TDAH y, además, tiene la experiencia del comportamiento habitual de los niños/as de la misma edad para notar evidentes diferencias que sean motivo para comenzar a indagar; lo que significa que, ante una sospecha de la existencia de cualquiera de los componentes del TDAH (inatención, hiperactividad/impulsividad), lo conveniente es investigar la problemática a profundidad durante un período de entre 8 a 10 semanas o más (NICE, 2008/2016), con la finalidad de verificar la presencia de los síntomas, lo cual se puede realizar a partir de un registro que indique la frecuencia e intensidad. Luego se procede a la entrevista escolar con los padres del menor con el propósito de recabar mayor información, para posteriormente derivar al alumno/a y sus padres a un servicio de atención especializada, donde se realizará el diagnóstico formal pertinente y se proporcionarán las sugerencias de tratamiento.

Es importante resaltar que, para sospechar la existencia de TDAH, deberán considerarse los siguientes criterios:

- *Las dificultades en relación a la atención, hiperactividad e impulsividad son marcadamente diferentes al desarrollo esperado para la edad.*
- *Los síntomas deben presentarse en diversos ambientes (escuela, casa, club deportivo, iglesia, convivencias familiares, convivencias sociales).*
- *No se deben a cambios en la vida del niño/a, como enfermedades, cambios de domicilio, trabajo, separaciones o muertes.*
- *Tampoco se deben a la presencia de algún otro trastorno como podría ser ansiedad, depresión, problemas intelectuales, etcétera.*
- *Aparecen tempranamente y han persistido durante por lo menos 6 meses.*
- *Interfieren directa y significativamente en la vida familiar, social, académica y emocional del niño/a (APA, 2013).*

A continuación, presentamos algunos indicadores para detectar el TDAH dentro del ámbito escolar, lo que implica que la detección no solamente involucra a un maestro/a determinado, sino que todos los maestros/as o profesionales que tienen contacto con el niño/a en la escuela, deberán coincidir en la mayoría de las pautas (Wolraich, 2005).

Se incluyen las dificultades del niño/a en relación a los 3 componentes que caracterizan al trastorno, considerando que se manifiestan diariamente:

Tabla 1. Criterio A

a) Respecto de la inatención:

- ❖ Se le dificulta prestar atención para hacer sus tareas o actividades.
- ❖ Parece no escuchar cuando se le habla.
- ❖ No sigue las instrucciones hasta el final.
- ❖ No termina sus actividades y tareas escolares.
- ❖ Se le dificulta organizar sus actividades y tareas.
- ❖ Evita realizar actividades que requieren de un esfuerzo mental sostenido.
- ❖ Se distrae fácilmente con otros estímulos.
- ❖ Pierde u olvida los útiles escolares o sus pertenencias.

*Nota.* Adaptado de APA (2013).

Tabla 2. Criterio B

b) Con respecto a la hiperactividad:

- ❖ Le es imposible permanecer sentado.
- ❖ Se sale del salón, corre o camina por todos lados sin objetivo.
- ❖ Está en constante movimiento (trepa, corre o salta en situaciones que no son apropiadas, incluso con riesgo de sufrir accidentes).

*Nota.* Adaptado de APA (2013).

Tabla 3. Criterio C

c) Relacionados con la impulsividad:

- ❖ Responde precipitadamente, incluso antes de que se acabe de expresar la pregunta.
- ❖ Se entromete o interrumpe las conversaciones o juegos de los otros.
- ❖ Se le dificulta esperar su turno o hacer fila.

*Nota.* Adaptado de APA (2013).

Tabla 4. Criterio D

d) Problemas emocionales o de comportamiento asociados al trastorno:

- ❖ Pierde el control de sus emociones o tiene cambios bruscos de humor.
- ❖ Desafía abiertamente o se niega a seguir instrucciones o normas.
- ❖ Se frustra si sus demandas no son satisfechas de inmediato.
- ❖ Se le ve enojado/a o irritable.
- ❖ Reta, amenaza o intimida a otros/as.
- ❖ Agrede o busca pleitos.
- ❖ Es físicamente cruel con los demás.
- ❖ Deliberadamente hace cosas para molestar a otros/as.
- ❖ Roba objetos.
- ❖ Destruye deliberadamente los objetos de otros/as.
- ❖ Manifiesta ansiedad y miedos.
- ❖ Expresa desprecio por sí mismo o se siente inferior.
- ❖ Se siente solo, rechazado, se queja de que a nadie le importa.
- ❖ Expresa tristeza o infelicidad.
- ❖ Se le dificulta la relación con sus compañeros/as.

*Nota.* Adaptado de APA (2013).



## **2.5 ¿Qué hacer cuando se detecta un caso de TDAH en el aula?**

Considerar los criterios antes expuestos y saber que deben producirse en distintos ámbitos, contribuye a realizar un acercamiento más apropiado a esta problemática. Es importante tener claro que sus síntomas no se curan, sino que se reducen o mitigan, por lo que se debe trabajar sobre las dificultades que provoca en los niños/as.

Ante la sospecha de un posible TDAH, los maestros/as deben poner en marcha los protocolos correspondientes para que sean los especialistas quienes evalúen y diagnostiquen al menor, con el propósito de que se tomen las decisiones más adecuadas a las necesidades del niño/a.

Como ya se mencionó en el apartado anterior, ante la sospecha (verificada después de unas semanas de observación y registro), de que alguno de los niños/as en el aula puede tener TDAH, se procede a establecer comunicación con los padres, con la finalidad de informar acerca de la sospecha y al mismo tiempo solicitar mayor información; una vez que esto sucede y de ser necesario, se deriva al niño/a a un servicio institucional y/o profesional experto (médico, psiquiatra y psicólogo con entrenamiento y experiencia en el diagnóstico de este trastorno) cuya función, además de realizar el diagnóstico que otorgue la certeza de que el niño/a presenta el trastorno, será proporcionar el tratamiento y las recomendaciones pertinentes al caso.

El diagnóstico del TDAH requiere que se cumplan los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V); sin embargo, muchas veces no es suficiente presentar al menos seis ítems de la lista del criterio A, además deben cumplirse los otros criterios y de manera muy importante el de impacto y la repercusión de los síntomas en la familia, la escuela y la vida social. Este es un diagnóstico predominantemente clínico, pero puede ser apoyado por instrumentos de medición y evaluación (como cuestionarios), para corroborar la gravedad de la sintomatología, y por pruebas neuropsicológicas (Martínez, Henao y Gómez, 2009).

En cuanto un alumno/a haya sido diagnosticado con TDAH, la institución educativa debe replantear su programación didáctica y efectuar las adaptaciones

curriculares convenientes para apoyar al niño/a, contribuir a la mejoría de los síntomas y favorecer el desempeño del niño/a; si bien estas acciones se coordinan desde la dirección del plantel, su ejecución corresponderá a todos los maestros/as que tengan contacto con el niño/a. Así mismo, es muy importante fomentar actividades de tolerancia, respeto y empatía entre los compañeros/as de clase en relación a la problemática que presenta este niño/a, solicitándoles su colaboración para ayudarlo.

## **2.6 Diagnóstico del TDAH**

El diagnóstico del TDAH es complejo, no sólo por las características propias del trastorno, sino porque requiere de un abordaje interdisciplinario, ya que si bien se afirma que tiene un origen neuro-genético, a la fecha no existen marcadores biológicos, ni exámenes de laboratorio o neurológicos que permitan un diagnóstico certero (APA, 2013), de ahí que el procedimiento indicado sea una evaluación clínica integral que recabe datos de tres fuentes principales que son los propios niños/as, los padres y maestros/as (Esparza, 2015).

Es importante tener en cuenta que las conductas propias de un alumno/a con TDAH, pueden confundirse o coexistir con las de otros trastornos entre los que se encuentran los del lenguaje, del aprendizaje o de conducta, por lo que es necesario realizar un adecuado diagnóstico diferencial. Además, no hay una evaluación que por sí sola de un resultado exclusivo y fiable sobre el trastorno, debiendo considerarse que si no se realiza una evaluación rigurosa se corre el riesgo de emitir un diagnóstico incorrecto, lo que a decir de Punta (2007) es invalidante, resultando en un tratamiento incorrecto que además de perjudicar al niño/a, empeora el pronóstico.

El diagnóstico debe ser realizado por un equipo de profesionales con amplios conocimientos y experiencia sobre el trastorno (médico, psiquiatra, neurólogo, psicólogo, trabajador social), implica un meticuloso procedimiento que se vale de una variedad de técnicas para obtener la mayor información posible, que incluye tanto al niño/a como los padres, otros cuidadores y maestros/as (Esparza, 2015; Rabadán, 2012).

El diagnóstico del TDAH incluye entrevistas clínicas a los padres y al paciente, obtención de información de la escuela, revisión de antecedentes familiares y personales, exploración física y psicopatológica del paciente; también se emplean los cuestionarios de síntomas como: EDAH (Evaluación del trastorno para el déficit de Atención e Hiperactividad, Escala de Magallanes de impulsividad computarizadas (EMIC) (Fundación CADAH, 2012), Escala Conners, Escala IOWA de Hiperactividad y Agresividad de Conners para profesores, Cuestionario de Situaciones en la Escuela, de Barkley (Félix, 2006) ;y la administración de diversas pruebas psicológicas como: Test de Atención D2, Test de caras (Félix, 2006 y Fundación CADAH, 2012), Test de ejecución continua, Perfil Atencional del WISC-R, Pruebas de atención del seminario de pedagogía del Instituto Pontificio, Subtest de integración visual el ITPA, MFFT y Test de ejecución continua (CPT) (Félix, 2006) por mencionar algunos.

De esta forma, el diagnóstico contempla tanto el estado de salud, como los aspectos emocionales, la interacción social, la dinámica familiar, la valoración de las funciones cognitivas donde es importante explorar las dificultades en la concentración, en el rendimiento escolar y la coordinación psicomotriz (Escardibul et al., 2012; Mas, 2009). Cómo podemos darnos cuenta, la colaboración del maestro/a dentro del proceso de evaluación, así como para el tratamiento, es fundamental y sin ella el panorama no se completa.

### **2.6.1 Diagnóstico médico/psiquiátrico.**

El diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un proceso complejo ya que delimitar qué aspectos son patológicos y cuáles y no, cuál es el límite entre una entidad y otra cuando existe comorbilidad, genera una dificultad para obtener la exactitud en el resultado final. Es por ello, que el proceso diagnóstico requiere de minuciosidad, coordinación entre profesionales, tiempo para valoración, y amplia formación en el campo. Además, es importante recordar que no existe prueba única que por sí sola permita un diagnóstico exclusivo y fiable (Guía de Práctica Clínica del SNS sobre TDAH, 2010).

Una valoración médica completa es importante para descartar cualquier sintomatología ya sea visual, auditiva, de tiroides, desnutrición etc., que pudiera interferir en el diagnóstico y con ello, según el criterio del médico/psiquiatra, iniciar con el tratamiento farmacológico (Guía de Práctica Clínica del SNS sobre TDAH, 2010).

Soutullo y Díez (2007) mencionan que existen otro tipo de pruebas complementarias al diagnóstico, que pueden proporcionar más información al especialista acerca de la presencia y la intensidad del cuadro sintomático del trastorno así como de las posibles patologías asociadas o comórbidas a éste como dificultades del aprendizaje o patologías neurológicas: Pruebas de neuroimagen y evaluación neuropsicológica.

### **2.6.2 Diagnóstico del ámbito familiar.**

El contacto con la familia nos facilita información sobre los problemas conductuales y de otro tipo que puede presentar el niño/a con TDAH.

Se realiza una o varias entrevistas, con los padres y/o tutores, incluyendo otros cuidadores constantes; además de la entrevista es usual que el profesional solicite a los padres contestar por separado un cuestionario de síntomas, aunque cabe mencionar que muchas veces existen discrepancias entre las respuestas de los padres y entre la escuela.

Cuando se presente un caso con discrepancias será necesario indagar con más detenimiento, ya que el problema puede deberse a un sistema pedagógico que no se ajusta a las necesidades del niño/a, o a un problema estrictamente familiar; sin embargo, debemos recordar que uno de los criterios fundamentales para diagnosticar el trastorno es que los síntomas se presenten en más de dos ambientes, por lo que si no se cumple este criterio habrá que descartar el diagnóstico de TDAH y considerar que las dificultades del niño/a se deben a otro tipo de circunstancias.

Dentro de este ámbito es conveniente evaluar los antecedentes familiares de TDAH, los datos del desarrollo del niño/a desde el embarazo hasta el momento en que se consulta; también se valora la dinámica familiar, las dificultades en la capacidad de

atención, la hiperactividad e impulsividad dentro del hogar; además se indaga acerca del impacto que el problema ha tenido en la familia y la forma en que se ha intentado para resolverlo o aminorar la afectación. Es importante tener en cuenta el sufrimiento tanto del niño/a como la familia (Fundació Sant Joan de Déu, 2010; NICE, 2008/2016, NICE, 2009/2016).

### **2.6.3 Diagnóstico escolar.**

La información que los profesores/as proporcionen sobre los síntomas de un determinado niño/a, es fundamental tanto para una detección temprana como para obtener un diagnóstico preciso, ya que en la escuela es donde generalmente, se comienza a sospechar de dicho trastorno.

Para valorar la presencia de los síntomas en la escuela, el profesional podrá solicitar a los maestros/as que están en contacto con el niño/a que contesten un cuestionario de síntomas, adicionalmente pedirá tener una entrevista con el grupo de maestros/as o con el maestro/a titular, con la finalidad de profundizar en la información, averiguar el ajuste y funcionamiento académico y social del niño/a, es posible que también se realicen algunas observaciones tanto en el aula como en el patio de recreo; es importante que en esta evaluación también se identifiquen las fortalezas que más adelante serán de utilidad para las estrategias de trabajo con el alumno/a; la información obtenida es útil para valorar las dificultades y el estilo de aprendizaje, así como para establecer los objetivos de la intervención reeducativa (Fundació Sant Joan de Déu, 2010; NICE, 2009/2016).

### **2.6.4 Diagnóstico psicológico.**

El psicólogo experto, como miembro del equipo interdisciplinario, deberá realizar una exploración psicopatológica minuciosa, esta involucra al niño/a, sus padres y otros cuidadores, así como maestros/as. Además de considerar los criterios clínicos enunciados en el manual DSM-5 (APA, 2013) o la CIE 10 (OMS, 2000), evaluará los factores familiares, sociales y escolares implicados en la manifestación sintomática del trastorno; para ello se valdrá tanto de entrevistas como cuestionarios y diversos

instrumentos de evaluación psicológica, así mismo, deberá tomar en consideración las conclusiones que hayan emitido el psiquiatra, neurólogo y/o médico.

Dado que el diagnóstico psicológico contempla los aspectos emocionales, la información obtenida posibilita la comprensión psicodinámica del trastorno, lo que significa poder entender los conflictos del niño/a subyacentes a la expresión de los síntomas, especialmente si consideramos la frecuente presencia de conflictos familiares y estados de ánimo del niño/a que tienen que ver con inestabilidad emocional, ansiedad, poca tolerancia a la frustración, pobre concepto de sí mismo, baja autoestima, etcétera, factores todos ellos que pueden obstaculizar su aprendizaje y ajuste escolar (Esparza, 2015).

Una vez obtenida la información suficiente, el psicólogo/psiquiatra, se encargará de corroborar o rechazar el diagnóstico de TDAH, si el diagnóstico es confirmado, deberá especificarse el subtipo (predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo o mixto); el grado de severidad (mínimo, medio, severo), así como la comorbilidad presente. El diagnóstico deberá informarse a los padres, al niño/a en cuestión y a la institución escolar a la que asiste; así mismo, se decidirá el tipo de tratamiento más conveniente y se ofrecerán las recomendaciones necesarias para favorecer tanto la disminución de los síntomas, la dinámica familiar como el ajuste y rendimiento escolar (NICE, 2008/2016).

### **Capítulo 3 Tratamiento del TDAH**

Al igual que el diagnóstico, existe un consenso generalizado de que el tratamiento del TDAH debe ser multidisciplinario porque involucra a diversos profesionales de la salud, integral porque se atienden los ámbitos donde el trastorno impacta negativamente; debe además, responder a las necesidades particulares del niño/a para obtener resultados óptimos. De acuerdo con Antshel, Macias y Barkley (2009), es conveniente que el plan de tratamiento considere el grado de afectación que ha generado el trastorno, así como la presencia de comorbilidad especialmente con otros trastornos de conducta y problemas de aprendizaje; el tratamiento se enfocará principalmente en el apoyo y entrenamiento para padres y niños/as, modificaciones educativas tanto dentro del salón de clase como la escuela en general y la medicación.

Se considera que este trastorno se puede controlar si se trabaja en las áreas que ayudarán en el desarrollo personal y académico de las niñas/os; aunque vale la pena señalar que la decisión acerca del tratamiento a seguir corresponde a los padres y al mismo niño o niña (Barragán, et al., 2007; NICE, 2008/2016; Peña, et al., 2010; Young, Fitzgerald & Postma, 2013).

En México también se apoya la idea de un tratamiento multimodal a largo plazo, sin embargo, se observa una marcada tendencia a privilegiar el tratamiento farmacológico como primera línea de tratamiento, independientemente de la edad y gravedad del trastorno y sin siquiera informar adecuadamente acerca de los tratamientos psicológicos y psicoeducativos. Lo que ha resultado en que exista la creencia, especialmente en el ámbito educativo, de que es suficiente con el tratamiento farmacológico para producir una mejoría sintomática; si bien se reconoce que el trastorno es una prioridad en el ámbito de la salud, existe un déficit en cuanto a la disponibilidad de tratamientos de tipo psicosocial (Peña, Palacio y Barragán, 2010; Sotelo, 2009; Vásquez, et al., 2010).

Por nuestra parte, coincidimos con la Guía NICE (2008/2016; 2009/2016) en que la primera opción de tratamiento para niños/as con TDAH especialmente en el grado

leve y moderado, deberá ser un tratamiento integral que comprenda el entrenamiento a padres y maestros/as, así como el tratamiento psicológico para el niño/a; este último incluye la psicoterapia, el entrenamiento en habilidades sociales y el tratamiento psicopedagógico; lo que implica que tanto la familia, como los maestros/as y el propio niño/a deben tener la disposición de colaborar y aprender acerca de vivir con este trastorno.

El tratamiento farmacológico se reserva para los casos más severos o aquellos con un nivel moderado, presencia de gran comorbilidad con otros trastornos, o bien que no han respondido satisfactoriamente al tratamiento psicológico y al entrenamiento de padres y maestros/as. Al respecto, Sainz (2013) concluye que los tratamientos farmacológicos tienen cierta eficacia en síntomas a corto plazo sin continuidad clara en las variables relevantes, por lo tanto, deberían considerarse un recurso de uso excepcional; por otra parte, se ha comprobado que los fármacos ocasionan efectos colaterales, algunos poco comunes y muy graves, otros frecuentes con consecuencias ignoradas, sin olvidar la dependencia y el abuso que pueden ocasionar.

Es esencial que tanto los padres como los maestros/as tengan presente que debido a que el TDAH es un trastorno crónico, requiere un tratamiento a largo plazo, cuyo objetivo es disminuir la frecuencia e intensidad de los síntomas y facilitar estrategias para su control, ya que no se dispone de un tratamiento curativo para el TDAH en la actualidad.

El tratamiento integral del trastorno se planifica en función de los resultados de la evaluación y comprende distintas intervenciones psicológicas, dentro de las que se encuentran la psicoterapia, la atención a padres, el tratamiento psicopedagógico y el farmacológico. A continuación haremos una breve reseña sobre los distintos tratamientos, comenzando por el tratamiento farmacológico que, como ya mencionamos, debe restringirse para los casos de mayor severidad e impacto en la vida del paciente.



### 3.1 Tratamiento Farmacológico

El empleo de medicamentos para tratar el TDAH se remonta a 1937 cuando Charles Bradley (citado en Eisenberg, 2007) descubrió el efecto de las anfetaminas en el comportamiento de un grupo de 30 niños/as de entre 5 y 14 años, hospitalizados por presentar diferentes tipos de perturbaciones conductuales pero con inteligencia normal, ocurriendo cambios significativos en el rendimiento escolar. Esparza (2015), explica:

En 1950, Bradley daba a conocer la dosis recomendada del medicamento, afirmando que después de haber tratado a 275 niños/as, había encontrado que entre el 50% y el 60% se habían disciplinado, entre el 60 y 70% evidenció mejoría en los síntomas, de un 15 a un 25% no mostró cambios y entre 10 y 15% presentaron una respuesta desfavorable al tratamiento (p.p. 18-19).

Judith Rapoport sometió el asunto a pruebas empíricas administrando una dosis única de dextroanfetamina a niños normales e hiperactivos y a hombres normales en edad universitaria, todos los grupos mostraron una disminución de actividad motriz, mayor vigilancia y rendimiento mejorado en una tarea de aprendizaje. Sin embargo, los adultos informaron euforia, mientras que los niños informaron sentirse cansados o simplemente diferentes (Rapoport et al., 1978; Rapoport et al., 1980). La paradoja estaba relacionada con la edad, no relacionada con la enfermedad (Eisenberg, 2007).

Eisenberg, en un artículo de 1972, reconoció que si bien el medicamento mejora la atención y regula el comportamiento motriz, debe complementarse con un tratamiento que incluya a padres y maestros/as para que ayuden al niño/a a desarrollar comportamientos acordes a su edad que le permitan integrarse de una forma sana a su entorno.

Desde la década de los 80s, del siglo pasado, la administración de fármacos estimulantes para tratar el TDAH se incrementó vertiginosamente, de tal forma que el metilfenidato en "dosis diarias definidas", aumentó de 60 millones en 1987 a 360 millones en 1999; las recetas para metilfenidato, pasaron de 4 millones a 11 millones; y para las anfetaminas de 1.3 millones a aproximadamente a 6 millones de 1991 a 1999 (Hearing, 2000 citado Eisenberg, 2007). México se ha convertido en uno de los

principales importadores de medicamentos para tratar el trastorno, de tal forma que entre 2003 y 2007 se ubicó en el 5° lugar de consumo de metilfenidato después de Estados Unidos, Alemania, Canadá y España (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), 2009).

Desde el punto de vista farmacológico, cuanto más potente es un medicamento, mayor es su potencial de efectos secundarios adversos. Su virtud es su vicio: su misma capacidad para alterar procesos fisiológicos fundamentales. Uno de los aspectos más importantes a considerar en el tratamiento con medicamentos es que han mostrado ser eficaces en el 75% de los niños/as con TDAH (Antshel, Macias y Barkley, 2009) lo que implica que alrededor del 25% de los casos no resultan beneficiados con el tratamiento farmacológico. Por otra parte, el tratamiento debe ser individualizado, contemplar la gravedad del trastorno, la presencia de otras alteraciones (comorbilidad), la edad del niño/a, la actitud de padres y familiares ante el problema (Elías, 2005).

La medicación requiere de un riguroso criterio y habrá que considerar como sugiere Esparza (2015), lo que la legislación impone al respecto, ya que en 2008 apareció una ley para regular ciertos aspectos relacionados con la medicación del TDAH (Cámara de diputados), donde

...se establece que los medicamentos sólo pueden prescribirse por un profesional autorizado; es ilegal que los maestros/as diagnostiquen, mediquen a los niños/as o presionen a los padres para ello, que expulsen o condicionen la aceptación de los menores que padecen el trastorno; para administrar el medicamento debe obtenerse el consentimiento informado de los padres o tutores (p. 74).

El objetivo de la medicación es disminuir los síntomas básicos del trastorno. En la mayoría de los casos suelen ser tratamientos de larga duración (años). Es importante que tanto la valoración, como el diagnóstico y tratamiento, sean hechos por un especialista experto en TDAH que puede ser Pediatra, Neuropediatra, Paidopsiquiatra y/o Psicólogo, con la finalidad de contar con un tratamiento adecuado y seguro, además ayudará a entender y resolver todas las dudas con respecto al TDAH.

Sin embargo, el tratamiento farmacológico solamente podrá ser indicado por un profesional de la salud, quien en conjunto con los padres decidirá el medicamento más adecuado, dependiendo de la edad, gravedad del trastorno y condiciones comórbidas que presente; advertirá a la familia sobre el plan médico a seguir, así como los efectos secundarios o adversos que puedan presentarse y el potencial de abuso del medicamento (NICE, 2008/2016). A partir de estas consideraciones, el profesional podrá decidir entre los distintos fármacos disponibles en el mercado; en nuestro país el medicamento estimulante que más se prescribe es el metilfenidato, en tanto que el fármaco no estimulante más usual es la atomoxetina; en caso de ser necesario se prescriben otros medicamentos como los antidepresivos, la clonidina y el valproato de sodio (Barragán y col., 2007; Vásquez, et al., 2010).

Los estimulantes son fármacos, medicamentos, alcaloides y drogas que tienen efectos como aumentar la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la función cerebral, la estimulación de la función cerebral es de interés terapéutico, pero se ha mostrado un gran potencial de abuso en tratamientos. Aunque sus efectos sean aumentar la agudeza mental, la atención y la capacidad energética, es decir, aumentan el estado de vigilia pueden causar intoxicación y estados de excitación extrema (Gómez-Jarabo, 2014).

El metilfenidato (Rubifen, Ritalin, Retalina) es el fármaco de primera elección y el más utilizado en el tratamiento del TDAH. Se trata de un estimulante del sistema nervioso central derivado de la piperidina, que tiene estructura similar a las anfetaminas (Pozo, 2005), funciona bloqueando la recaptación de noradrenalina y dopamina en la neurona presináptica y aumenta la liberación de estas monoaminas al espacio extraneuronal. Tiene un efecto paradójico, ya que en los adultos produce un efecto excitante y en algunos niños/as con TDAH un efecto estabilizante; debe administrarse a niños/as mayores de 6 años (Gómez-Jarabo, 2014). Entre los efectos adversos del metilfenidato se encuentran: disminución del apetito, insomnio, dolores abdominales y de cabeza, problemas cardiovasculares, irritabilidad, la tasa de crecimiento puede verse afectada (NICE 2009/2016; Vásquez, et al., 2010).

La atomoxetina es un inhibidor potente y altamente selectivo del transportador presináptico de la noradrenalina, su presumible mecanismo de acción, sin que actúe directamente sobre los transportadores de serotonina o dopamina. Se recomienda especialmente en niños/as cuyo trastorno es de predominio inatento y con síntomas asociados de ansiedad y alteraciones del sueño (Vásquez, et al., 2010). La Guía NICE (2008/2016) resalta que todo niño/a medicado debe ser monitoreado con regularidad por el médico, especialmente aquellos que se les administra atomoxetina, ya que este medicamento puede generar reacciones adversas como agitación, irritabilidad, ideas suicidas, comportamientos auto-agresivos.

Es importante que si el alumno/a está bajo tratamiento farmacológico, los profesores/as sean comunicados con la finalidad que desde el aula puedan, si es el caso, ayudar a que tome las dosis correspondientes, a llevar un registro de las mejoras en cuanto al rendimiento académico, las relaciones con sus compañeros/as, y su comportamiento. Esta información puede ser de gran utilidad para el médico tratante al momento de valorar la efectividad del tratamiento farmacológico, ya sea para ajustar dosis u observar posibles efectos secundarios. Aunque vale la pena mencionar que en caso de ser necesaria la prescripción de medicamentos, son preferibles las fórmulas de liberación prolongada, para evitar que el niño/a tome el medicamento en la escuela, ya que esto incrementa el riesgo de estigmatización (NICE, 2008/2016).

### **3.2 Tratamientos Psicológicos**

Las intervenciones psicológicas, están destinados a suprimir, modificar o paliar los síntomas de un individuo; así como aliviar su sufrimiento psíquico y promover el desarrollo personal. Este tipo de tratamientos solamente pueden ser llevados a cabo por un profesional experto en el área (Feixas y Miró, 1993).

Los tratamientos para ser eficaces deben tener en cuenta el nivel de desarrollo cognitivo, las necesidades y los cambios del niño/a, y ponerse en práctica en donde la dificultad esté presente (Lora, 2006).

Para el TDAH se ha recomendado un tratamiento de tipo integral (Barragán y col., 2007; Eisenberg, 1972; Palacio, Peña, Palacios y Ortiz, 2009) que incluye tanto a

la familia, como al niño/a y la escuela, resaltando que el objetivo no es curar, sino disminuir los síntomas. La intervención psicológica es la primera línea de tratamiento cuando el diagnóstico es leve o moderado (NICE, 2008/2016); es necesario considerar que se habla de un tratamiento a largo plazo que involucra la psicoeducación, orientación y entrenamiento para padres y maestros/as, así como diversos tipos de atención psicológica para el niño/a.

La intervención psicológica en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se concentra en desarrollar lo mejor posible, las capacidades de los niños y adolescentes con este trastorno. La terapia psicológica, resulta imprescindible para un tratamiento integral, ya que aporta las estrategias conductuales y cognitivas necesarias para su correcto abordaje por parte de la familia, del entorno escolar y del propio niño (Polaino, Avila, Cabanyes, García, Orjales y Moreno, 1997; Orjales, y Polaino, 2001).

Focos de intervención (Fundación CADAH, 2014):

- ❖ Cambiar los precedentes y las consecuencias de los comportamientos inapropiados para modificar éstos.
- ❖ Establecer reglas claras y consistentes, así se dará la oportunidad de predicción de consecuencias, dando lugar a la corrección oportuna.
- ❖ Incrementar las oportunidades de éxito en las actividades y disminuir las situaciones de fracaso.
- ❖ Darle valor y utilidad a las recompensas extrínsecas e intrínsecas.
- ❖ Desarrollar el autoconocimiento: conocer más sobre el propio desarrollo y los aspectos de la persona.
- ❖ Abordar los aspectos problemáticos y que generan malestar en la persona.
- ❖ Descubrir las potencialidades y posibilidades de la persona.
- ❖ Desarrollar competencias a través de métodos de entrenamiento.
- ❖ Identificar aquellos factores, tanto internos como externos, que generan malestar y aprender a evitarlos y/o afrontarlos.

La intervención psicológica en los niños y adolescentes con TDAH debe incluir dominios en los que el afectado manifiesta algún problema como cognitivo, emocional

y/o comportamental. Existen técnicas de relajación y control del estrés y la ansiedad, como (Fundación CADAH, 2014):

- ❖ Relajación y respiración
- ❖ Expresión corporal
- ❖ Realización de actividades externas como actividades deportivas, hobbies, actividades socio-culturales

### **3.2.1 Psicoterapia.**

Una vez que un niño/a ha recibido el diagnóstico de TDAH, dependiendo de la gravedad e impacto del trastorno, el profesional indicará el tratamiento a seguir; como ya se mencionó, se recomienda que dentro de los tratamientos se incluya la psicoterapia; no obstante, acudir a psicoterapia tiene su parte difícil, ya que como menciona la Guía NICE (2009/2016), el hecho de que los padres busquen ayuda psicológica depende en gran medida del estigma social asociado a los servicios de salud mental.

Hay que resaltar que el profesional que lleve a cabo esta intervención, deberá conceptualizar el trastorno más allá de un mero conjunto de síntomas, de tal manera que le permita entender que el niño/a no es la etiqueta, sino un individuo que sufre y merece ser escuchado (Janin, 2006). En este sentido, el abordaje tendrá que adecuarse a las necesidades del niño/a, de tal modo que, dependiendo del caso se podrá ofrecer psicoterapia individual, psicoterapia de grupo y la inclusión de los padres o la familia y la escuela.

El psicoterapeuta lenifica porque a través de su persona el paciente puede rescatar sus partes alienadas, alcanzando así el grado de individuación requerido por el grupo, es decir, que el psicoterapeuta mejora las relaciones interpersonales que están distorsionadas en el paciente, utilizando para ello la relación transferencial. Sobre la pauta enmarcada de esta relación se observan los posibles odios familiares, la envidia, los celos y la rivalidad que impiden una buena integración personal, enzarzándolo a uno en el mundo de la fantasía (Vidal, 2012).

Un punto clave durante este proceso será trabajar con los aspectos emocionales, al respecto Lasa y Moya (2012) señalan que el tratamiento de los problemas emocionales y afectivos producen cambios significativos en la autoestima del niño/a. Acosta (2004) menciona que existe una relación directamente proporcional entre los niveles de autoestima y los niveles de aprendizaje, así que el incremento en la autoestima de los alumnos/as significa mejorar sus niveles de aprendizaje y de igual forma las posibilidades de éxito de estos en la vida personal y profesional. Por lo anterior los alumnos/as con este trastorno pueden ser más vulnerables a tener problemas en este punto.

Dentro de la intervención psicoterapéutica existen diversos enfoques de entre los que se pueden mencionar el cognitivo-conductual, el familiar sistémico, el psicoanalítico, el humanista, etc. Independientemente del modelo, la intervención pretende disminuir el impacto del trastorno y mejorar las condiciones del niño/a en los diferentes ámbitos de su vida.

### **3.2.2 Psicoterapia de orientación psicoanalítica.**

De acuerdo con Esparza (2015) la perspectiva psicoanalítica del TDAH se enfoca en comprender el sufrimiento de la persona que solicita los servicios de atención psicológica, para encontrar el significado o sentido de los síntomas. En el caso de los niños/as, además de tener una mejor comprensión de sus emociones, también es necesario entender y atender la preocupación de los padres. En psicoanálisis, más que intervenir en el síntoma, se trata al sujeto en sí mismo, por lo que es necesario adecuarlo a las necesidades particulares de cada caso.

La psicoterapia psicoanalítica se vale de diversas técnicas para trabajar con el niño/a, siendo una de las principales la terapia de juego, cuya finalidad es incrementar o desarrollar la capacidad del niño/a para regular sus emociones, elaborar su ansiedad, mejorar su tolerancia a la frustración, disminuir la agresividad y la impulsividad; así como mejorar las relaciones interpersonales dentro de un encuadre de comprensión, empatía, contención y sostén afectivo, donde un terapeuta benevolente y acogedor posibilita que el niño/a se exprese y obtenga un mayor fortalecimiento de su Yo. A

través de la psicoterapia el niño/a podrá establecer conexiones entre sus emociones, pensamientos y síntomas (Esparza, 2015; Salomonsson, 2011).

Jones (2011) propone una técnica de activa involucración por parte del terapeuta, que posibilite un mejor funcionamiento reflexivo y mentalizado, lo que promoverá que el niño/a gradualmente desarrolle la capacidad para diferenciar el mundo externo del interno que le permita un funcionamiento más adaptativo.

Vidal (2012) menciona que los neuróticos y hasta los psicóticos se curan por muy diversas vías, incluso a veces sin darnos cuenta, y aunque algunos procedimientos psicoterapéuticos puedan parecer distintos y hasta opuestos en ocasiones, pueden conducir al mismo resultado. Más que las palabras, más que la sagaz interpretación profunda del terapeuta, lo que priva y trasciende al fin es la confianza de éste, su optimismo, su capacidad de amar y crear como lo haría un buen padre.

Cabe mencionar que al igual que los niños/as, los padres y maestros/as deben poder expresarse y requieren que se les escuche; proporcionar soporte a las familias, a los niños/as y los docentes ayuda también en la prevención e influye en la disminución de los costos que el trastorno implica (Lasa y Moya, 2012).

### **3.2.3 Tratamiento Cognitivo Conductual y Terapia de Modificación de Conducta.**

Uno de los enfoques más empleados en el tratamiento del TDAH es la modificación de la conducta, basada en el entrenamiento en estrategias de autorregulación, con el objetivo de hacer consciente al niño/a de sus dificultades y posibilitar así a que contribuya de forma activa en su intervención (Miranda y Soriano 2010).

Los objetivos de la intervención cognitivo conductual son establecer hábitos de organización y planificación escolar, rutinas y normas en casa, mejorar su comportamiento, potenciar autonomía y mejorar habilidades en resolución de problemas y en toma de decisiones. Para Mas (2009) la finalidad del tratamiento conductual es que el niño/a desarrolle la capacidad para demorar la satisfacción, lo que



influye en que puedan activarse funciones ejecutivas que posibiliten comportamientos más funcionales.

El tratamiento también debe incluir a los padres, se emplean técnicas de entrenamiento (manejo de contingencias, tiempo fuera, reforzamiento social, modelamiento, solución de problemas) mediante las cuales se les enseña a manejar la conducta del niño/a, así como a desarrollar prácticas de crianza más eficaces y satisfactorias, lo que contribuye a reducir los conflictos entre los padres y el niño/a y a que éste tenga un comportamiento más adecuado dentro del hogar (Reiff, 2011).

La intervención psicológica en los niños y adolescentes TDAH debe incluir dominios en los que el afectado manifiesta algún problema como cognitivo, emocional, comportamental; respecto a eso se encuentra la terapia de modificación de conducta, que se enfoca en (Orjales, 1999; Rief, 1999; Fundación CADAH, 2014):

- ❖ Normas y límites.
- ❖ Entrenamientos en hábitos positivos.
- ❖ Modificación de conductas disruptivas y problemas de conducta.
- ❖ Entrenamiento en conductas positivas.

En la terapia cognitivo-conductual los puntos en los que se enfocan son (Fundación CADAH, 2012):

- ❖ Desarrollo y orientación personal.
- ❖ Resolución de conflictos.
- ❖ Entrenamiento en auto-instrucciones.
- ❖ Organización y planificación de la conducta en función de objetivos y metas.
- ❖ Autorregulación emocional.
- ❖ Entrenamiento en habilidades y estrategias internas.

Nieves (2010) concluye que el tratamiento cognitivo conductual genera que las conductas disruptivas y de desobediencia disminuyan considerablemente. La dependencia para hacer y/o que les recuerden los deberes son menores. Se observan

mejorías considerables en la autonomía y en problemas atencionales. El rendimiento escolar también mejora considerablemente.

Uno de los beneficios de que los niños/as participen en terapia conductual es enseñar a los niños/as y sus padres habilidades que les seguirán beneficiando durante su vida, aunque los efectos a largo plazo de este tratamiento dependen en gran medida de la adherencia al tratamiento.

### **3.2.4 Terapia Familiar.**

Las familias de niños/as con TDAH tienen la característica de presentar altos niveles de estrés parental. Los padres se sienten a menudo impotentes y sin recursos. Los métodos usuales de disciplina y educación, como los razonamientos o los retos, no funcionan; por estas razones, el tratamiento familiar tiene la finalidad de ayudar a los padres a desarrollar estrategias efectivas para enfrentar y manejar las dificultades derivadas de la presencia de TDAH. El objetivo principal es generar cambios en los patrones de funcionamiento familiar; de tal modo que permita entender y aceptar el TDAH con sus implicaciones (NICE, 2009/2016). Beneficia el apego al tratamiento porque los padres se sienten escuchados y partícipes del tratamiento; la familia ayuda a encontrar las fortalezas del niño/a con TDAH, conoce y entiende sus limitaciones y de esta manera logran implementar las estrategias que desde casa ayudarán a dar estructura y reforzar las recomendaciones propuestas de la escuela.

Además de las funciones parentales habituales, los padres deberán asumir un papel activo en la solución de esta situación ya que de ellos dependerán las decisiones respecto a su hijo/a a nivel clínico, educativo y familiar. El entrenamiento para los padres dependerá de la gravedad de la situación del niño/a y del grado de apoyo que requiera (Parellada, 2011).

De entre los recursos familiares que se vale la terapia familiar se encuentran la integración, cooperación, consideración positiva de la situación, incrementar las redes de apoyo social. El trabajo con la familia permite cambiar la concepción en torno a la problemática, de tal forma que se libere al niño/a de ser el responsable directo de los problemas familiares y conyugales (Pedraza, Perdomo y Hernández, 2009).

Los padres además de necesitar apoyo psicológico, requieren tener información veraz sobre el trastorno y sus implicaciones; para ello, una alternativa válida son los grupos de apoyo familiar donde además de obtener información, se intercambian experiencias y estrategias para afrontar la crianza de un niño/a que ha recibido el diagnóstico de TDAH.

### **3.3 Tratamiento psicomotriz**

El lenguaje interno o las autoinstrucciones son las que facilitan esta interiorización de las reglas e instrucciones, ya que fomentan el pensamiento organizado y reflexivo. Los procedimientos autoinstruccionales y las técnicas de resolución de problemas tienen como objetivo que el sujeto interiorice pautas de actuación generalizables a distintas situaciones con el fin de alcanzar los objetivos propuestos.

Siendo la hiperactividad uno de los componentes principales del TDAH, el ejercicio y la actividad física ofrecen un potencial beneficio terapéutico para mejorar las habilidades motrices de los niños/as; Mahon, Woodruff, Horn, Marjerrison y Cole (2012) explican que el ejercicio ayuda también a mejorar la actividad dopaminérgica del cerebro tanto en las niñas como en los niños que padecen TDAH. En este sentido, Zivkovic, Zivanovic, Zivkovic, Milojkovic y Djordjevic (2012) encontraron en una investigación realizada con 26 niños/as de entre 7 y 10 años, con diagnóstico confirmado de TDAH, que la realización de ejercicio influyó favorablemente en el comportamiento de los niños/as, mostrando un aumento en cooperatividad, menor agresividad, incremento en la concentración y atención. El estudio de Ziereis y Jansen (2015) reveló que la actividad física continua mejora las funciones ejecutivas, especialmente la memoria de trabajo y la ejecución psicomotriz en niños/as con TDAH.

En este mismo sentido, otros artículos como el de Bowling y Verduin, reportado por Amy (2017) en la página de Health Day, refieren que el ejercicio regular mejora el comportamiento de los niños/as en el ámbito escolar, promueve el desarrollo de hábitos e influye en que los niños/as se sientan bien. Al respecto, Singh et al. (2010), en uno de los pocos estudios que considera la opinión de los niños/as, encontraron que los chicos

con el trastorno piensan que la actividad física es útil para ellos, especialmente las actividades más rudas; los niños/as que regularmente practican algún tipo de deporte, opinaron que les ayuda a gastar energía y los hace sentir bien. Cómo podemos percatarnos, los resultados de las investigaciones sugieren que el ejercicio o actividad física debiera formar parte de los programas de tratamiento integral.

### **3.4 Tratamiento psicoeducativo**

Si bien el tema de este apartado es el motivo esencial de este trabajo y se desarrollará con mayor profundidad en la siguiente sección, aquí haremos una breve exposición al respecto.

Como ya mencionamos antes, el TDAH requiere de un tratamiento integral y multidisciplinario, donde se incluye la intervención psicoeducativa conformada por un conjunto de prácticas para contrarrestar el impacto del TDAH dentro del ámbito escolar. Esta intervención puede realizarse tanto dentro del horario escolar como extraescolar, involucra la participación de los profesionales de la educación: maestros/as y psicopedagogos. La finalidad es intervenir lo más tempranamente posible, con el objetivo de reducir los problemas de comportamiento, mejorar las habilidades académicas del niño/a e instaurar hábitos de estudio eficientes.

Considerando que el maestro/a tiene una influencia significativa tanto en el aprendizaje como en el comportamiento de sus alumnos/as, una intervención psicoeducativa exitosa, requiere que el profesor/a, además de poseer información veraz sobre el TDAH, tenga entrenamiento tanto en el manejo de técnicas para promover conductas adecuadas, como estrategias de enseñanza para niños/as con necesidades especiales, éstas incluyen desde ajustes a la organización del salón de clase, hasta modificaciones curriculares. Es importante resaltar que este tratamiento no solamente involucra al maestro/a, sino que todo el personal escolar debe contar con la preparación necesaria para favorecer comportamientos apropiados tanto dentro como fuera del salón de clase (Barrón, 2010; Fundació Sant Joan de Déu, 2010; NICE, 2009/2016).

Las acciones educativas que conforman el tratamiento psicoeducativo y que se implementan en la escuela, se organizan en función de las necesidades individuales de

cada niño o niña que haya recibido un diagnóstico profesional de TDAH; de este modo, los apoyos que se ofrecen, horarios y espacios tienen los objetivos de promover el aprendizaje, ayudar al niño/a en la autorregulación del comportamiento, favorecer los aspectos emocionales, fomentar la inclusión así como las interacciones sociales positivas y respetuosas tanto entre compañeros como entre el adulto y el niño/a.

Quizá uno de los resultados más importantes de la intervención psicoeducativa, como lo sugiere la guía NICE (2009/2016), tiene que ver con una mejor calidad de vida tanto del propio niño/a que padece TDAH como del maestro. Así mismo, es fundamental coordinar el trabajo de los niños/as en el aula con los servicios de apoyo y orientación que sirvan de guía para la labor escolar con ellos (Miranda et al, 1999).

Es preciso señalar que, antes de solicitar que la escuela aplique programas de apoyo para niños/as diagnosticados con TDAH o con problemas de conducta, se deberá proporcionar el entrenamiento necesario al personal educativo; éste comprende información suficiente sobre el trastorno y los problemas de comportamiento que pueden presentar los niños con el diagnóstico, sugerencias para manejar estos problemas dentro de la escuela, sugerencias para estimular y motivar al niño/a, información de lugares donde pueda solicitar orientación y finalmente, trabajar en coordinación con los profesionales que atienden al niño/a y con los padres. Por otra parte, la intervención escolar también debe incluir adaptaciones y modificaciones curriculares adecuadas, con la finalidad de mejorar los síntomas de inatención y paliar los problemas de aprendizaje (Antshel, Macias y Russell, 2009). Las estrategias que a continuación se mencionan, suelen recomendarse a los maestros porque han probado ser efectivas:

Tabla 5. Recomendaciones

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Sentar al niño/a en un lugar lo más libre de distracciones que sea posible. De preferencia cerca del maestro/a.</li><li>❖ Establecer un área donde el niño/a pueda trabajar con tranquilidad.</li><li>❖ Planear actividades estimulantes.</li><li>❖ Dar instrucciones breves, claras y precisas.</li><li>❖ Seguir una rutina establecida.</li></ul> |
|---|

- ❖ Evitar actividades repetitivas.
- ❖ Desglosar las actividades en pasos pequeños.
- ❖ Proporcionar retroalimentación positiva.
- ❖ Trabajar en pareja más que en grupo.
- ❖ Aislar al niño/a del grupo por períodos breves en caso de mal comportamiento.
- ❖ Proporcionar puntos o fichas como recompensas que pueden ser cambiadas por actividades favoritas.

Fuente: Guía NICE (2009/2016), p. 216.

El involucramiento de los padres durante todo el proceso es muy importante, no se puede delegar la responsabilidad solo a la escuela, ya que se trata de un tratamiento multidisciplinario, y muchas de las estrategias, además de servir en el ámbito escolar, ayudarán a dar estructura en la vida cotidiana del niño/a con TDAH. Los padres deben ser involucrados desde el momento en que se informa acerca de la posibilidad de que su hijo/a presente el trastorno, estableciéndose una relación de mutua cooperación. La escuela debe orientar a los padres sobre las alternativas de atención y tratamiento, sin que éstos sientan que están recibiendo quejas del comportamiento o que se condicione la permanencia del niño/a en la escuela. También es necesario establecer acuerdos y canales de comunicación entre los profesionales, centro escolar y padres para trabajar de manera conjunta en aras de una mejor calidad de vida.

Siguiendo a Rief (1999), el abordaje psicoeducacional debería tener al menos estos puntos como base:

- ❖ Explicación del TDAH al afectado.
- ❖ Posibles problemas o riesgos asociados al trastorno.
- ❖ Las diferentes vías de intervención y tratamiento que existen.
- ❖ Aceptación activa del diagnóstico por parte del afectado.

Independientemente del tratamiento a seguir, es importante que dentro del aula se identifiquen las barreras de aprendizaje del niño/a y formular un plan individualizado

que contemple los programas, actividades, estrategias de intervención, materiales y métodos, organización, técnicas de motivación, y habilidades específicas. Es fundamental coordinar el trabajo de los niños/as en el aula con servicios de apoyo y orientación que sirvan de guía para la labor escolar con ellos (Miranda et al, 1999).

### **Lineamientos para el trabajo de los psicólogos con los profesores en el ámbito de la enseñanza de niños/as con TDAH**

Es importante tener claro el papel como profesionales de la salud en el trabajo que se va a desarrollar con los profesores/as en esta área. La función es apoyar, orientar y guiar a los docentes en este proceso, de ninguna manera se trata de reemplazar su trabajo ni interferir en su criterio, recordemos que ellos son los especialistas en este rubro.

El Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (APA, 2013) enfatiza en la necesidad de que el profesional mantenga comunicación con los padres y maestros para tener mejores resultados y apego al tratamiento, favoreciendo el desarrollo del niño/a.

Hay que tener presente que el trabajo del docente es complicado y demandante, si a esto le sumamos los requerimientos de un alumno/a con TDAH y la desinformación sobre el mismo trastorno que puede existir, podemos empatizar en lo difícil que se vuelve esta tarea en el aula para los maestros/as.

La asertividad es importante al sugerir y orientar, ya que no se trata de regañar a los profesores/as o descalificar el trabajo que realizan, sino complementar por medio de estrategias y ejercicios la forma en que se guiara al alumno/a para obtener mejores resultados en todas las áreas que lo requiera.

Debemos tener en cuenta que también para los docentes es un cambio y una adaptación a su forma de su trabajo, que al igual que a los alumnos/as requiere de tiempo y constancia para lograr el objetivo requerido, al inicio puede parecer una carga inasumible, para eso como profesionales de la salud, es donde debemos intervenir para ser facilitadores estrategias.

Es importante dejar en claro desde el principio que el TDAH no se cura, sólo se controla, pero esto no es sinónimo de que el alumno/a no pueda tener un buen desarrollo personal, emocional, social y escolar, y que acompañarlos y trabajar juntos durante este proceso tiene como finalidad ayudar al niño/a a desarrollar las herramientas necesarias para facilitarle las áreas que se le dificulten.

De toda la información que se les brindará a los profesores/as es importante hacernos las siguientes preguntas: ¿Es información que le sirva al profesor? ¿Ayudará a resolver dificultades en el aula? ¿Favorecerá al niño/a y su entorno? De esta forma no saturaremos a los profesores/as con información técnica que pudiera complicar la forma de trabajo.

### **Conclusiones**

Aunque su denominación ha cambiado a lo largo de la historia el TDAH ha sido descrito desde principios del siglo XX; los principales afectados son los niños/as etiquetados con el trastorno afectando a los ambientes donde se desenvuelven, en muchas ocasiones no está correctamente diagnosticado, por lo que, en la actualidad se presenta un sobrediagnóstico. El TDAH se ha transformado de una situación relativamente poco común hace 40 años a una cuya prevalencia se estima que es un poco menos del 8% de los niños/as de entre 4 y 17 años de edad y con esto la prescripción de drogas estimulantes ha aumentado enormemente pero un enorme riesgo es que el tratamiento farmacológico principalmente pone a los niños/as mal diagnosticados en peligro (Eisenberg, 2007).

Ninguna conducta es en sí misma normal o anormal sino que etiquetarla de una u otra forma dependerá de quién la juzga como tal, el TDAH haría referencia a un conjunto de conductas que los miembros de una cultura juzgan como deficitarias en atención, excesivas en actividad y deficitarias en reflexión pero hay que aprender a usarlo a favor tanto del alumno/a con TDAH como para su profesor; lo que puede ser normal y aceptable en una cultura, puede ser anormal en otra (Ullman & Krasner, 1975 citados en Reyes y Acuña, 2012), de hecho pueden existir grandes diferencias dentro de una misma cultura.



Sin embargo, el TDAH fuera de juzgarlo como normal o anormal es un trastorno que afecta de manera significativa en varias esferas de la vida del niño/a, como ya vimos una de las esferas básicas y que abarcan gran parte de su vida es la escolar. Lo importante es comprenderlo desde una etiología multicausal, un tratamiento psicosocial es el que consideramos pertinente y la medicación debe prescribirse para los casos más severos. La mayoría de las estrategias utilizadas por padres y docentes estuvieron abocadas a formar en los niños hábitos de organización y estudio, a disminuir la conducta inatenta y oposicionista.

La atención a los pacientes, hoy en día, exige estar al pendiente de cada detalle sobre todo al hablar de comorbilidades, al tener un panorama lo más completo que se pueda lograremos establecer estrategias para jerarquizarlas, considerar las influencias recíprocas, priorizar la atención y prever interacciones entre los tratamientos (Lifshitz, 2016).

Es tiempo que los investigadores, médicos, psicólogos, epidemiólogos y pedagogos planifiquen tantas investigaciones sistemáticas a gran escala en asuntos de consecuencias graves para la salud infantil México como estrategias a seguir de éste y otros trastornos en niños/as para tener clara la prevalencia de ellos y los tratamientos más favorecedores. Mientras el TDAH siga siendo motivo de estigmatizar a los niños y niñas que lo padecen, la integración y el desarrollo (social, escolar, familiar, y personal) segura siendo difícil y problemático tanto para el mismo niño/a como para todos los que estén involucrados directa e indirectamente en la vida de estos.

Con toda la información que se ha presentado a lo largo de este trabajo se espera que se haga conciencia de la importancia del tratamiento multidisciplinario y que cada profesional involucrado en el tratamiento lo aplique siempre pensando en el método que más favorezca al niño/a y se lleve a cabo en todos los contextos que se requieran según sea el caso, resaltando nuevamente que la medicación debe ser sólo en los casos más severos y con la conciencia de que el tratamiento farmacológico no cura el TDAH solo minimiza algunos de los síntomas sin poder generalizar la reacción en cada individuo.

## Capítulo 4

# Guía Psicopedagógica: Estrategias para desarrollar dentro y fuera del aula

## Introducción

Hoy en día puede ser común tener en el salón de clases a un niño/a que tiene dificultades en el aprendizaje, situación que puede complicar el ambiente en el aula, podríamos ubicarlo como aquel niño/a que tiene dificultades de adaptación y/o que es difícil cubrir sus necesidades educativas, el niño/a que ha pasado de grado a grado con cierta etiqueta: "el niño/a inquieto y distraído que actúa impulsivamente", asignándole prontamente el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, TDAH por sus siglas; sin embargo poca es la información que se les brinda o tienen los profesores/as sobre que puede estarle pasando a ese niño/a y de qué forma pueden actuar para fomentar un mejor desarrollo de su alumno/a.

Se estima que entre el 3% y el 5% de la población en edad escolar padece TDAH (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013), también se ha encontrado que gran parte de los maestros/as consideran que el TDAH es una enfermedad orgánica, por lo que creen que el tratamiento farmacológico será, efectivo y resolutivo; de las técnicas a emplearse, la más mencionada es sentar al niño/a cerca de ellos con el objetivo de favorecer su atención (Reyes y Acuña, 2012).

Existen pocas guías psicopedagógicas que traten el tema de TDAH, la mayoría de las guías desarrolladas (Escardíbul et al., 2012; Fundación Sant Joan de Déu, 2010; NICE, 2009/2016; Vásquez et al., 2010 y otros) en torno al Trastorno por Déficit de

Atención con Hiperactividad son de tipo clínico y usan un lenguaje complejo, lo cual puede hacer difícil el entendimiento de éstas.

En este contexto, la guía psicopedagógica que aquí se presenta, abarca los conceptos básicos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), evitando emplear demasiados tecnicismos médico-psiquiátricos, con el propósito de propiciar un mejor entendimiento del trastorno y lo que conlleva. La guía busca proporcionar información actualizada proveniente de investigaciones recientes sobre el trastorno, con la finalidad de proponer estrategias psicopedagógicas para maestros/as que trabajan con niños y niñas diagnosticados con TDAH, ofreciendo lineamientos para identificar y remitir a los niños/as que manifiesten síntomas que sugieran la presencia del trastorno; así mismo, se proporcionan sugerencias para el trabajo colaborativo entre la escuela, los padres y, en caso que se requiera, el profesional o institución que atienda al niño/a.

El punto común de esta guía con otras, es el de contribuir a facilitar y enriquecer la respuesta educativa (División de Educación General, 2007), haciendo énfasis en los niños/as con TDAH ya que suelen existir varias barreras, mismas que pueden dificultar considerablemente el ámbito escolar dañando las demás esferas, como son emocional, familiar, social etc. del niño/a. La guía también podría servir como referencia para capacitar tanto a docentes como a psicólogos en el manejo de pacientes con TDAH, especialmente en atención infantil.

## **Consideraciones previas**

Antes de adentrarnos en la materia a tratar, es importante mencionar que la comunicación y la coordinación entre padres, maestro/as, psicólogos/as y todos los profesionales de la salud involucrados en el tratamiento del niño/a, son fundamentales, ya que sin la comunicación es muy complicado mantener de forma consistente la supervisión y apoyo del trabajo del alumno/a dentro y fuera del aula.

Para lograr la comunicación eficaz, es recomendable encontrar la manera de asegurarse que la información llegue entre los involucrados a través del medio que mejor les convenga, cuaderno de recados, agenda, correo electrónico u otros.

Es imprescindible que los profesores/as y padres acepten que los alumnos/as con este trastorno requieren de una forma de aprendizaje distinto y personalizado, que deben ser pacientes, tolerantes y estar abiertos a cambios en sus dinámicas, todo esto ayudará evitar en lo posible problemas de rendimiento, sociales y de integración que afectan directamente la autoestima del niño/a.

Los objetivos de esta guía se centran en la participación de maestros/as para identificar y apoyar a los niños/as con TDAH, así como para generar habilidades mediante el empleo de técnicas y estrategias que, además de facilitar el aprendizaje del niño/a, mejoren su comportamiento que redunde en un beneficio mutuo; ya que a los maestros/as se les proporcionarán herramientas que les permitan interactuar y mejorar su proceso de enseñanza-aprendizaje (especialmente con esta población) y a su vez los maestros/as dotarán a los alumnos/as con las habilidades necesarias para

lograr un mejor rendimiento académico y adaptación al medio donde se desenvuelven, en este caso la escuela.

Cabe aclarar que esta guía no pretende sustituir el criterio ni las decisiones del docente, sino proporcionar sugerencias para favorecer el proceso de aprendizaje, y la interacción social, tanto para el niño/a con TDAH como para sus pares, fomentando un ambiente donde todos puedan desenvolverse de forma armónica y funcional.

## **La importancia de los profesores/as en la educación de niños/niñas con TDAH**

Cubero en 2007 menciona que la escuela es un espacio esencial para el desarrollo social y personal de todo ser humano que asiste a ella; para los alumnos/as que han sido diagnosticados con TDAH, el apoyo que la institución y sus profesores/as les ofrezcan determinará en gran medida su permanencia en ella y el logro académico que obtenga. Así mismo, los profesores/as son la figura más significativa en este proceso; para la población con TDAH un profesor/a sensible, empático, con conocimientos y formación sobre este padecimiento, es sinónimo de éxito académico y personal.

Si bien la educación es parte del crecimiento y formación de todos los individuos, es conveniente señalar que no es igual para todos, debido a las características propias de cada persona; el puente formal que nos enlaza con la educación es el docente, el cual está capacitado para usar esas diferencias a su favor y al de la persona, para así lograr un mejor desarrollo académico.

Orjales (2002) menciona que el profesor/a determina la evolución de cualquier niño/a, no sólo en el sentido académico sino también en lo afectivo; los docentes representan para la mayoría de los niños/as pequeños, una figura sustitutiva del padre o madre; ellos ven al profesor/a como un modelo a contrastar con el familiar y una nueva fuente de autoridad, dependiendo de la conexión que se logre con el docente, éste será una figura de autoridad que se aceptará o que se enfrentará.

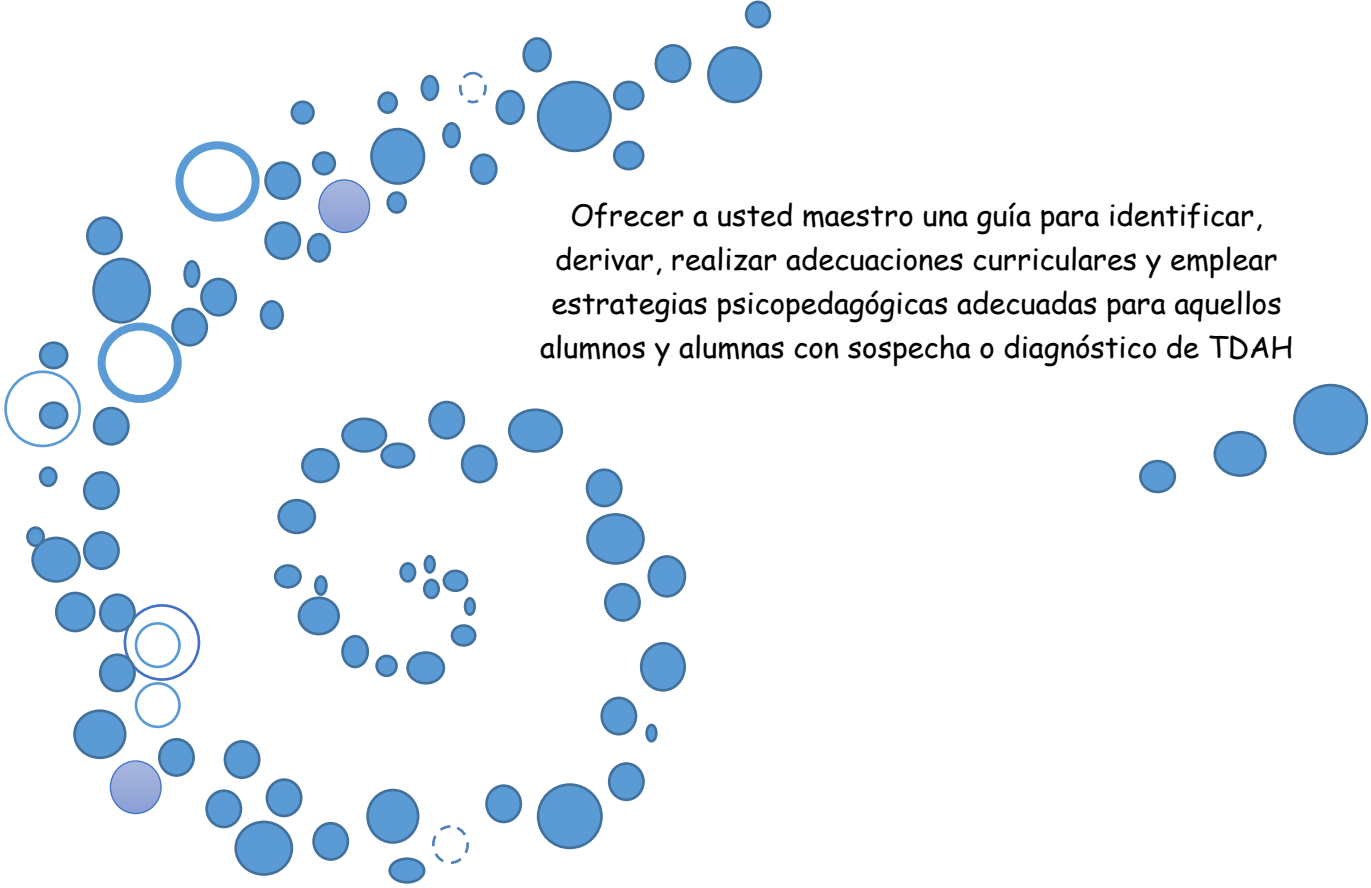
Como Guzmán (2011) sugiere, “una propuesta curricular se materializará sólo si los docentes la hacen suya” (p.1), pasa lo mismo con el avance del tratamiento del niño/a, si el docente no hace suya la idea de colaborar activamente como parte de dicho tratamiento, puede que la situación empeore tanto para el niño/a como para el profesor y el ambiente escolar; por eso es que los maestros/as juegan un papel trascendental para el éxito o fracaso del proceso de enseñanza.

## **La importancia de la comunicación entre padres y profesores/as**

De acuerdo con Soto (2004), el trabajo coordinado entre los maestros/as y los padres de familia, puede favorecer no sólo la atención adecuada de los estudiantes, sino la comprensión por parte de ambos de las necesidades, características e intereses que tiene cada individuo.

La comunicación ayudará a trabajar en las áreas que requieran mayor atención para facilitar el trabajo y aprendizaje de los niños/as con el trastorno, brindándoles tranquilidad al sentirse entendidos y apoyados tanto en la escuela como en el hogar.

# Objetivo



Ofrecer a usted maestro una guía para identificar, derivar, realizar adecuaciones curriculares y emplear estrategias psicopedagógicas adecuadas para aquellos alumnos y alumnas con sospecha o diagnóstico de TDAH

## Objetivos Específicos.

Qué usted como maestro/a pueda:

Adquirir mayor información sobre el TDAH.

Comprender la trascendencia del papel que juega usted como maestro en la vida del alumno con TDAH.

Identificar y detectar posibles casos de TDAH.

Informar adecuadamente a los padres de la sospecha de TDAH en su hijo/a.

Derivar de manera oportuna a los niños/as a un servicio profesional de la salud o profesional experto en el tema.

Realizar las adecuaciones curriculares que correspondan a las necesidades específicas de un alumno/a con TDAH.

Emplear estrategias psicopedagógicas que favorezcan el aprendizaje y una evolución positiva del trastorno para prevenir el fracaso escolar.

Desplegar un trabajo colaborativo tanto con padres como con los profesionales que conducen el tratamiento del niño/a.



## ¿Desde cuándo existe el TDAH?



## ¿Qué es el TDAH?

El TDAH son las siglas de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad que implica un patrón constante de déficit de atención, hiperactividad y/o impulsividad, que obstaculiza el funcionamiento o desarrollo del niño/a y afecta diversas áreas de su vida (APA, 2013). Usualmente se presenta en conjunto (comorbilidad) con otros trastornos. Se caracteriza por tres componentes sintomáticos:

<b><u>Inatención</u></b>	<b><u>Hiperactividad</u></b>	<b><u>Impulsividad</u></b>
<i>Dificultad para prestar y mantener la atención.</i>	<i>Dificultad para regular el nivel de actividad.</i>	<i>Dificultad en el control de los impulsos.</i>

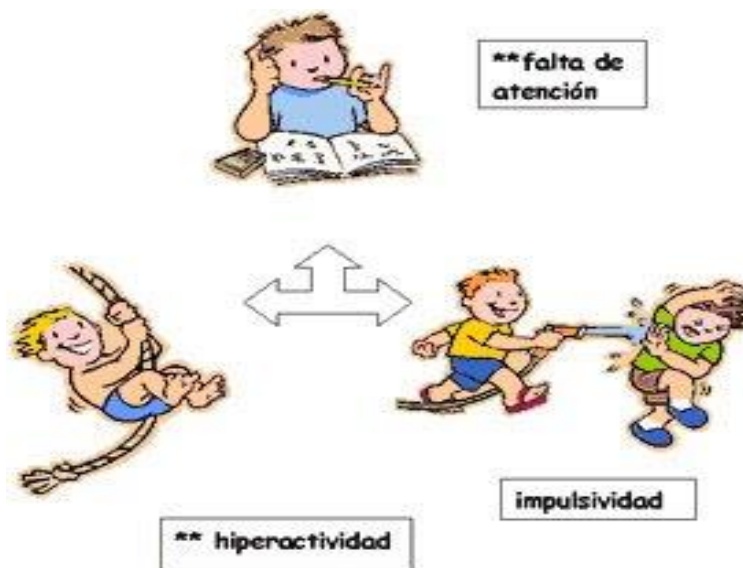


Imagen #1 recuperada de: <http://tdahpsicologia.blogspot.com/>

Los síntomas indicativos de inatención pueden darse separados de los de hiperactividad e impulsividad, pero no es posible separar la hiperactividad de la impulsividad en el contexto de este cuadro clínico (Fundación Neuropsicología clínica, s.f.). Los síntomas suelen aparecer antes de los 12 años de edad, se presentan en dos o más ambientes (escolar, familiar, social, etc.) y causan un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral (Rivera, 2013). No todos los niños/as con el trastorno presentan los mismos síntomas ni la misma intensidad en ellos. El trastorno limita a los niños/as en la posibilidad de mantener su atención en una sola actividad por un periodo largo, se les dificulta seguir instrucciones, en algunos casos no pueden mantenerse quietos, dado que el trastorno implica la dificultad para regular tanto emociones como comportamiento, se puede llegar a pensar que el niño/a puede tener problemas de motivación, por lo que es importante resaltar que el niño/a no lo hace con el propósito de molestar o por un problema de actitud, es algo que está más allá de su control y motivación.

Debe resaltarse que el trastorno, de acuerdo con la clasificación diagnóstica de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2013), puede presentar los siguientes subtipos:

- ❖ Combinado (inatención e hiperactividad/impulsividad), siendo éste el más frecuente.
- ❖ Con predominio inatento.
- ❖ Con predominio hiperactivo/impulsivo.

Así mismo, APA (2013) refiere que por su grado de severidad se cataloga en:

### **Leve**

Cuando los síntomas afectan el funcionamiento de forma somera.

### **Moderado**

El deterioro en la vida del niño/a es considerable, sin llegar a ser grave.

### **Severo o grave**

Cuando el funcionamiento del niño/a se encuentra comprometido, porque todas las áreas de vida se han visto afectadas.

Las medidas psicopedagógicas que se implementarán en el ámbito escolar dependen de la clasificación del subtipo, así como del grado de severidad de los síntomas; siendo importante resaltar que los grados moderados y severos requieren de una atención integral donde participe un equipo interdisciplinario integrado por profesionales de la medicina, psicología y pedagogía (Esparza, 2015).

### Aspectos a considerar

Los síntomas pueden aparecer antes de los 12 años.

Se deben presentar en más de dos ambientes, por ejemplo, casa y escuela.

Es necesario acudir con un experto para realizar una evaluación y tener un diagnóstico certero.

Se requiere de una atención integral donde participe un equipo interdisciplinario integrado por profesionales de la medicina, psicología y pedagogía.

## **Prevalencia del TDAH**

La prevalencia es un término que se emplea para referirse a la frecuencia con que el diagnóstico se presenta entre la población; en este sentido, las estimaciones de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) son muy variables.

La clasificación del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM V) (APA, 2013) refiere que el 5% de la población infantil presenta este trastorno; en tanto que si se considera la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) comparada con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia se reduce al 1.5%. En nuestro país, no existen datos actualizados, aunque de acuerdo con Vásquez et al., (2010), la prevalencia se encuentra entre el 8 y el 12% de la población infantil y adolescente. Así mismo, por razones aún desconocidas, se considera que el TDAH es más frecuente en varones que en niñas.

## **Comorbilidad y síntomas asociados**

El DSM-V (APA, 2013) explica que la comorbilidad es la coexistencia de dos o más trastornos psiquiátricos o enfermedades en un mismo paciente. Cuando un paciente padece enfermedades comórbidas es difícil adscribirlo a una determinada especialidad; de hecho, es preciso jerarquizar y priorizar, ya no es válido sólo el diagnóstico, sino que, hay que expresar un diagnóstico integral, individualizado tomando en cuenta todos los aspectos posibles del paciente (Lifshitz, 2016).

La mayoría de los trastornos que presentan comorbilidad con el TDAH son aquellos que pueden calificarse como "mala conducta", sin embargo, no se trata de

juzgar dichos comportamientos, sino estudiarlos para comprender las razones por las cuales ocurren y poder diferenciar cuál de los trastornos predomina y con cuáles coexiste, ya que no se trata de etiquetar a las personas sino de disponer de una guía acerca de cómo identificar, evaluar e intervenir en un determinado trastorno.

En el TDAH es muy frecuente lo que se denomina como comorbilidad dinámica, que, según Lahey, Loober y Burke (2002) se refiere a la tendencia de algunos trastornos a mejorar o empeorar durante la vida de un individuo, posiblemente en respuesta a influencias situacionales, presencia o ausencia de agentes estresantes, así como despliegues del desarrollo. La comorbilidad complica aún más el diagnóstico y la forma de apoyar al niño/a.

Este tipo de comorbilidad es importante ya que en el aula pueden existir momentos donde el alumno/a muestre mejoría y otros donde esté peor, así que entenderla facilitará tanto el manejo de la situación como la mejoría del niño/a con TDAH; esta información es esencial porque si se juzga como retroceso o bien se castiga al niño/a por ello, puede suceder que la situación empeore y genere un considerable perjuicio en lugar de promover el avance del niño/a. Dentro del aula la comorbilidad implica que el niño/a manifieste un comportamiento que puede resultar más problemático para el maestro/a.

Actualmente cuando hablamos del TDAH no podemos desligarlo del resto de los trastornos de la conducta disruptiva, es decir del trastorno de conducta y del trastorno oposicionista desafiante; muchas de las investigaciones han confirmado que los trastornos externalizados de la infancia, como el TDAH, el trastorno oposicionista desafiante (TOD) y el trastorno de conducta (TC), coexisten de manera mucho más

frecuente que lo que cabría esperar por simple azar (Palacios, Romo, Patiño, Leyva, Barragán, Becerra et al., 2008).

Más que cualquier otro diagnóstico psiquiátrico, el TDAH tiende a aparecer combinado con otros trastornos del aprendizaje, las emociones y la conducta; esta comorbilidad se presenta tanto en niños/as como adultos, el estudio Multimodal Treatment Study of Children with ADHD mencionado por Brown (2010), encontró que el 70% de 579 niños/as de 7 a 9 años cumplían los criterios diagnósticos completos de al menos otro trastorno psiquiátrico.

Kevin Antshel, Michelle Macias y Russell Barkley (2009), mencionan en su artículo The Child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder los siguientes porcentajes en comorbilidades con el TDAH (p.526):

- ❖ Trastorno específico del lenguaje (15-60%)
- ❖ Trastorno desafiante opositor (45-65%)
- ❖ Trastorno de la conducta (25-45%)
- ❖ Distimia o depresión mayor (20-30%)
- ❖ Trastorno de ansiedad (10-30%)
- ❖ Trastorno bipolar infantil (3-10%)
- ❖ Pobres relaciones entre pares (50-70%)
- ❖ Trastorno de la coordinación del desarrollo (50% +)
- ❖ Retención de grado (25-50%), o suspensión / expulsión (15-30%)



## **Aspectos etiológicos: ¿cuál es la causa del TDAH?**

Las causas del TDAH aún no son del todo claras, su origen es más bien heterogéneo y multicausal (Mabres, 2012), ya que no se puede afirmar que exista un único factor que cause el TDAH, esto significa que su aparición o presencia se debe a una interrelación de diversos factores: genéticos, ambientales y psicosociales.

Algunos autores (Faraone, 2005; Gómez-Jarabo, 2014)) sugieren que existe una predisposición genética, debido a la frecuencia (60-90%) con que padres de niños/as con TDAH han tenido el trastorno, cabe resaltar que sobre la predisposición genética pueden actuar diversos desencadenantes.

Aunque el TDAH es producto de la interacción de diversos factores, Shaywitz et al. (1978) han postulado que la causa se encuentra en una disfunción de la corteza prefrontal y sus conexiones frontoestriadas. Estudios como el de Shaw et al. 2007 (citado en Fundació Sant Joan de Déu, 2010) han sugerido que el TDAH es un trastorno de la maduración cortical más que una desviación en el desarrollo. Esto apoya la catalogación que hace el DSM-V (APA, 2013) acerca de que el TDAH es un trastorno del neurodesarrollo, que se ve implicado en lo que posteriormente va a presentar el niño/a como síntomas.

### **Componente genético**

El peso del factor genético *no es contundente* y todavía debe investigarse más, aunque las investigaciones presentadas por Faraone et al. (2005) han identificado ocho genes que se investigaron en al menos tres trabajos más; sin embargo, hablar de

predisposición implica una tendencia o inclinación para que el trastorno se desarrolle; lo que en otras palabras quiere decir que solamente bajo determinadas condiciones, los síntomas aparecerán.

Por otro lado, los estudios con familias como el realizado por Barkley & Murphy (2005; citado en Rivera-Flores, 2013), muestran un elevado riesgo de TDAH entre los familiares biológicos (10-35%), incrementándose a un riesgo de 55 % en al menos uno de los padres en las familias con dos niños/as afectados; además, los padres con antecedentes de TDAH tienen un riesgo de más del 57% de tener descendencia con TDAH.

## **Factores medio-ambientales**

Existe una diversidad de factores de riesgo ambientales, entre éstos se pueden mencionar los factores prenatales y natales, los familiares, económicos, culturales y educativos. Acerca de los primeros, se ha encontrado asociación con las complicaciones durante el embarazo, especialmente el hábito de fumar (Biederman, 2004; Milberger, Biederman, Faraone & Chen, 1996; citados en Rivera-Flores, 2013), consumir alcohol, posibles niveles de fenilalanina en la madre y de forma cuestionable el estrés, la ansiedad (Barkley & Murphy, 2005; citados en Rivera-Flores, 2013), la preeclampsia y eclampsia, sufrimiento fetal crónico y el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos durante el embarazo, todos ellos se relacionan con la existencia de TDAH. Esparza (2015) refiere que la ausencia del deseo de hijo/a y/o el intenso rechazo del embarazo, lleva a vivirlo con sumo desagrado influyendo en la manera en que se

establecerá el vínculo temprano entre la madre y el niño/a, aspecto que aparece con mucha frecuencia en los niños/as que más tarde desarrollarán el trastorno.

## **Factores psicosociales**

Las condiciones sociales juegan también un papel importante como factores de riesgo en el TDAH, se ha asociado con adversidad psicosocial temprana, que incluye situaciones de pobreza, abandono, maltrato o enfermedad mental de los padres (Esparza, 2015; Secretaria de salud, 2002). Estos factores influyen negativamente en el desarrollo del control cognitivo y emocional, aunque todavía se desconocen sus mecanismos.

Situaciones de abandono, carencias afectivas, depresión materna y ausencia física o psíquica del padre se asocian al desarrollo de sintomatología en los niños/as (Esparza, 2015). Las adversidades psicosociales intervienen tanto en el origen como en la severidad de los síntomas.

Resumiendo lo anterior tenemos que:



Es importante aclarar que no es un factor u otro, sino la combinación de los mismos lo que lleva al TDAH.

# TDAH en la escuela

## La inquietud

El niño en edad escolar pasa muchas horas en un aula donde se le exige que la mayor parte del tiempo permanezca sentado, exigencia que, para un niño/a que padece TDAH, es casi imposible cumplir ya que, debido a su hiperactividad, necesita de estar en constante movimiento; de esta forma, un alumno/a con este trastorno representa un verdadero reto para cualquier profesor/a.

**Un niño con TDAH no puede permanecer sentado por largos periodos de tiempo.**



Imagen #2 recuperada de: <https://rbkesther.wordpress.com/2015/07/29/por-que-hay-hiperactividad-en-los-ninos/>

Para un maestro/a que tiene más de 30 niños/as en un aula, que en ocasiones trabaja doble turno, es muy difícil tolerar a un niño/a que no “para de moverse”, que molesta constantemente a otros niños/as, que reta las instrucciones o parece

ignorarlas, que no respeta las normas o incluso hace lo contrario de lo que se le solicita. No obstante, conviene tener en mente que la capacidad del adulto para tolerar la inquietud del niño/a, depende del estado emocional en el que se encuentre, cuando los adultos están angustiados, cansados, enojados o deprimidos, se les complica contener a un niño que demanda atención constantemente, entonces, en lugar de escucharlo se le cataloga como "problemático" (Janin, 2006).

Sin embargo, el niño/a no se comporta de esta forma porque *así lo quiere*, su conducta se debe a un trastorno que él/ella no puede controlar, esos comportamientos que desquician manifiestan un sufrimiento que no puede poner en palabras y se actúa a través del cuerpo; esos comportamientos son expresión de que el niño/a necesita de nuestra ayuda (Esparza, 2015).

**El niño/a con TDAH no se comporta de esta forma porque *así lo quiere*, no lo hace a propósito, su comportamiento es parte del trastorno.**



Imagen #3 recuperada de: <https://www.educandose.com/hiperactividad/>

## La falta de atención y el rendimiento académico

La atención es el proceso mediante el cual se selecciona un estímulo determinada de entre una gran variedad de éstos, es precisamente esta habilidad la que se encuentra comprometida para el niño que tiene TDAH, de ahí su dificultad para dirigir y mantener la atención (Janin, 2006). Esta situación, lo lleva a, cometer errores o descuidos en las tareas escolares, dejar actividades sin terminar, realizar trabajos sucios y desordenados, perder y olvidar útiles escolares o sus pertenencias, distraerse con estímulos aparentemente irrelevantes.



Tanto las dificultades de la atención como la hiperactividad, son condicionantes para el riesgo de que surjan problemas de aprendizaje, **especialmente en las habilidades de lectura, escritura y matemáticas, por lo que el rendimiento académico del niño/a puede afectarse seriamente**; investigaciones muestran que el 90% de los casos cursa con problemas escolares (Antshel, Macías y Barkley, 2009; Furman, 2005). Considerando estas circunstancias, resulta indispensable el apoyo de la escuela para evitar o reducir el riesgo de abandono escolar (Esparza, 2015).



Imagen #4 recuperada de: <https://www.pinterest.es/pin/502010689689748732/>

## **Conflictos emocionales asociados al TDAH**

Un aspecto importante que como profesores debe contemplarse, son los conflictos emocionales que suele presentar el niño/a que padece el trastorno, siendo relevantes las fluctuaciones emocionales o cambios de humor súbitos que desconciertan tanto a padres como maestros y compañeros. Es frecuente que en el



ámbito escolar se sientan muy frustrados, razón por la que se enojan con facilidad, mostrándose rencorosos o intimidantes con sus compañeros, lo que influye en que éstos prefieran evitar o hasta rechacen a los niños con TDAH. Asimismo, pueden tener baja autoestima, un concepto de sí mismos muy pobre, ser rebeldes, dependientes, exigir que sus demandas sean satisfechas inmediatamente. Estas características, en conjunto con el desconocimiento de padres y maestros, produce que los niños, lejos de ser atendidos, sean frecuentemente castigados, excluidos o incluso suspendidos de las escuelas, lo que tiene un efecto sumamente perjudicial en la vida emocional del niño/a, incrementando su sufrimiento, angustia e intensificando sus problemas de conducta (Anstheil, Macias and Barkley, 2009; Esparza y González, 2010; Young, Fitzgerald and Postma, 2013).

En este sentido, el personal escolar representa un apoyo invaluable, ya que pueden contribuir promoviendo actividades que favorezcan el compañerismo, la amistad y prevengan la estigmatización. Cuando el maestro es empático y comprende que los niños con TDAH tienen dificultad para controlar sus emociones, podrá aplicar acciones que ayuden al niño/a a reducir su frustración y se sienta seguro, comprendido, valorado e incluido; de esta forma, también se estará evitando el bullying y/o rechazo, logrando que la escuela sea un lugar incluyente, de apoyo, respeto y tolerancia.

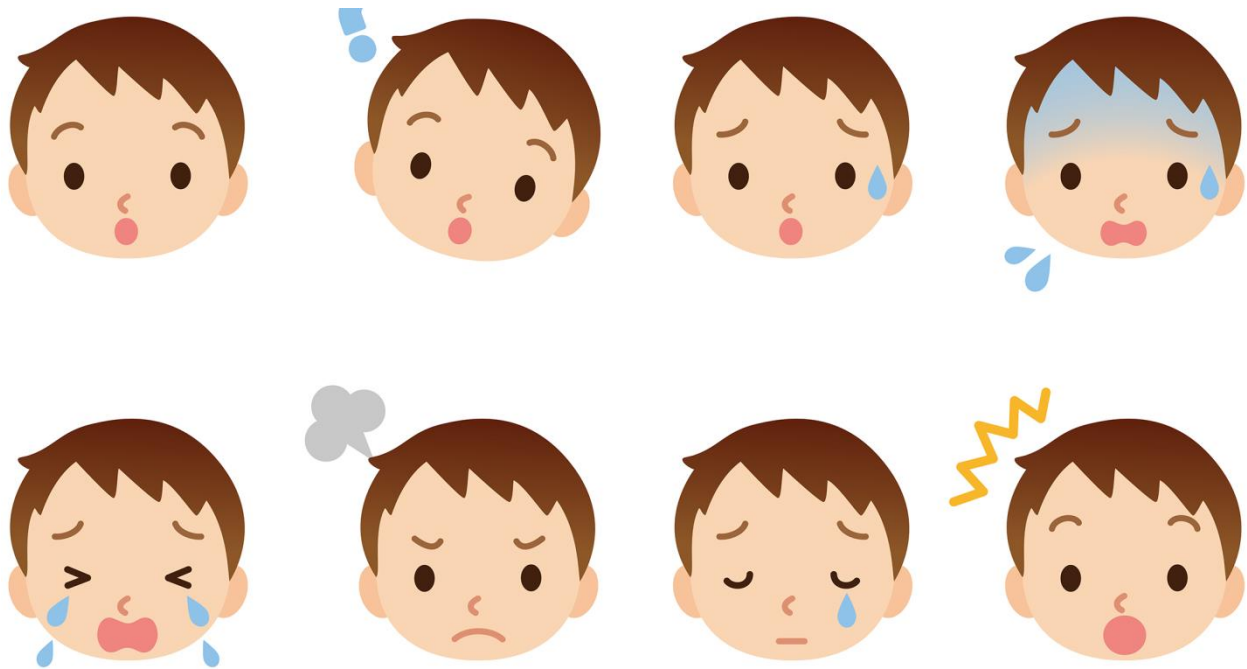
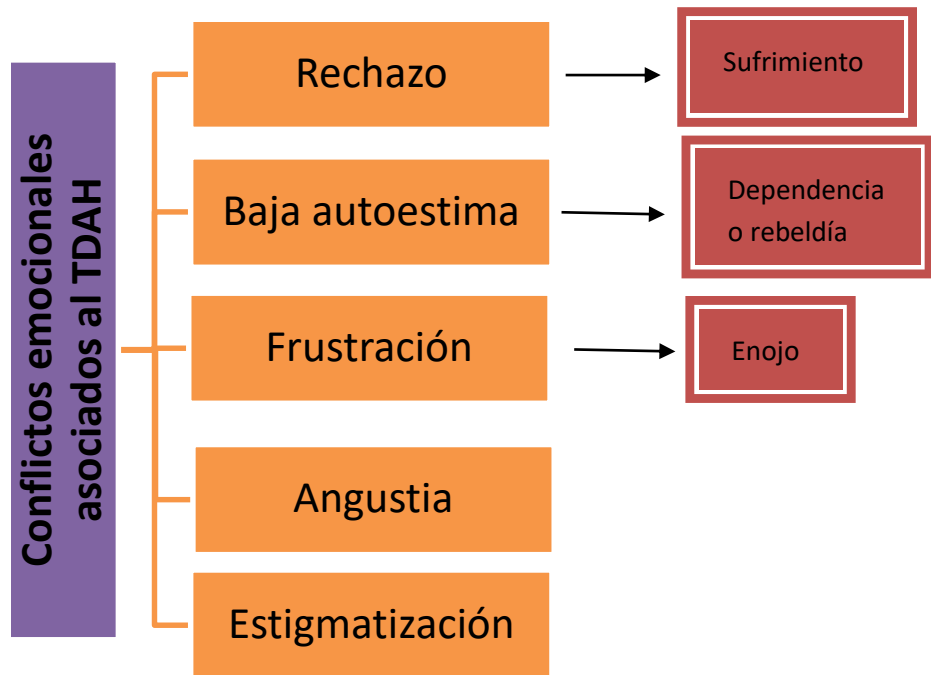


Imagen #5 recuperada de: <https://ninosdeahora.tv/blog/las-emociones-en-nuestros-hijos/>

## Distracción e inquietud no es igual a TDAH

Antes de abordar el tema de la identificación de los síntomas de TDAH en el ámbito escolar, es necesario señalar que el hecho de que un niño se distraiga con facilidad o que sea muy inquieto/a, no es suficiente para determinar que tiene TDAH; el comportamiento activo es indicador de vitalidad y autonomía, no de psicopatología; por otro lado, la distracción es muy frecuente entre los niños escolares porque su capacidad de atención todavía no está plenamente desarrollada y la mayoría manifiestan urgencia de que sus demandas sean satisfechas.

**Que un niño/a sea inquieto y/o distraído no es suficiente para determinar que tiene TDAH, en ciertas etapas de la infancia son frecuentes estas conductas.**



Imagen #6 recuperada de: <https://ar.pinterest.com/pin/252483122844224191/?autologin=true>

Para sospechar de la presencia del trastorno, debemos, en primer lugar, debemos diferenciar entre inquietud e hiperactividad, ésta se refiere al movimiento

excesivo, caracterizado por ser tan descontrolados que no tienen ningún objetivo, es movimiento sin sentido (Janin, 2006); así mismo, habrá que considerar que tanto el movimiento descontrolado como la impulsividad e inatención, ocurren con mayor frecuencia al compararla con otros niños de la misma edad y han estado presentes durante un tiempo considerable (al menos durante 6 meses) (APA, 2013).

## **¿Cómo detectar un caso de TDAH dentro del aula?**

De acuerdo con Cubero (2007), la detección oportuna, la adecuada identificación de conductas y una intervención acertada son clave para determinar la evolución del TDAH en el niño/a.

La mejor forma de diagnosticar TDAH es la observación prolongada del niño/a. Debe basarse en la información obtenida de los padres, profesores/as y eventualmente de otros adultos y el propio niño/a (según la edad). La observación del niño/a y sus padres en la consulta tiene cierto valor, pero puede no reflejar sus comportamientos habituales (Herranz, 2010). Bleichmar et al, (2007) nos mencionan que si bien los padres y maestros/as no están capacitados para diagnosticar a los niños/as, si formar parte de la evaluación, ya que juegan un papel crucial en la detección de los síntomas del trastorno.

El docente es fundamental en la detección de las primeras señales del trastorno, la primera sospecha de que el comportamiento de un niño/a con TDAH no es normal la suelen tener los padres o profesores (Herranz, 2006), su información constituye el primer indicador de alarma, ya que el maestro/a puede observar al niño/a en condiciones en las que es más fácil que se exprese el TDAH y, además, tiene la experiencia del

comportamiento habitual de los niños/as de la misma edad para notar evidentes diferencias que sean motivo para comenzar a indagar.

La guía NICE (2008/2016) recomienda que ante una sospecha fundada de la existencia de cualquiera de los síntomas del TDAH (inatención, hiperactividad/impulsividad), lo conveniente es investigar la problemática a profundidad durante un período de entre 8 y 10 semanas o incluso más, con la finalidad de verificar la presencia de los síntomas, lo cual se puede realizar a partir de un registro que indique la frecuencia e intensidad de los comportamientos.

Una vez que se han detectado los comportamientos propios del trastorno, la institución educativa informa a los padres de la situación observada; a través de la entrevista con los padres del/la menor la escuela recaba información significativa que dará certeza a la existencia de TDAH. Con la información reunida, se procede a derivar o canalizar al alumno/a y sus padres a un servicio de atención especializada, donde se realizará el diagnóstico formal pertinente y se proporcionarán las sugerencias de tratamiento.

Para sospechar de la existencia de TDAH, deberán considerarse los siguientes criterios (APA, 2013).

- Las dificultades en la atención, hiperactividad e impulsividad son marcadamente diferentes al desarrollo esperado para la edad.
- Los síntomas no se derivan de cambios en la vida del niño/a, como enfermedades, cambios de domicilio, trabajo, separaciones o muertes.
- Tampoco se deben a la presencia de algún otro trastorno como podría ser ansiedad, depresión, problemas intelectuales, etcétera.
- Interfieren directa y significativamente en la vida familiar, social, académica y emocional del niño/a.
- Aparecen tempranamente y han persistido durante por lo menos 6 meses.



Imagen #7 recuperada de: <http://hiperactividadtrastorno.blogspot.com/>

A continuación, presentamos algunos indicadores para detectar el TDAH dentro del ámbito escolar, **la detección no solamente involucra a un maestro determinado, sino a todos los maestros/as o profesionales que tienen contacto con el niño/a en la escuela**, quienes deberán coincidir en la mayoría de las pautas (Wolraich, 2005).

Se incluyen las dificultades del niño/a en relación a los 3 componentes que caracterizan al trastorno, considerando que se manifiestan diariamente:

## Respecto a la inatención.

Parece no escuchar cuando se le habla

Se le dificulta prestar atención para hacer sus tareas o actividades

No termina sus actividades y tareas escolares

Pierde u olvida los útiles escolares o pertenencias

No sigue las instrucciones hasta el final

Se le dificulta organizar sus actividades y tareas

Se distrae fácilmente con otros estímulos

Evita realizar actividades que requieren de un esfuerzo mental sostenido



## Con respecto a la hiperactividad:

Se sale del salón, corre o camina por todos lados sin objetivo.

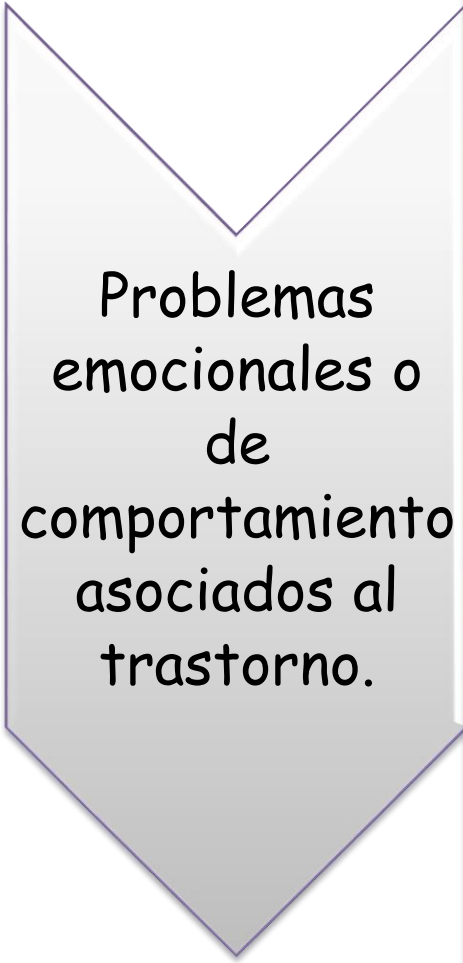
Le es imposible permanecer sentado.

Está en constante movimiento (trepa, corre o salta en situaciones que no son apropiadas, incluso con riesgo de sufrir accidentes).





Imagen #9 recuperada de: <https://www.pinterest.es/pin/38843615516567206/?lp=true>



Problemas  
emocionales o  
de  
comportamiento  
asociados al  
trastorno.

- Pierde el control de sus emociones o tiene cambios bruscos de humor.
- Desafía abiertamente o se niega a seguir instrucciones o normas.
- Se frustra si sus demandas no son satisfechas de inmediato.
- Expresa desprecio por sí mismo o se siente inferior.
- Se siente solo, rechazado.
- Se le ve enojado o irritable.
- Reta, amenaza o intimida a otros.
- Agrede o busca pleitos.
- Manifiesta ansiedad y miedos.
- Expresa tristeza o infelicidad.
- Es físicamente cruel con los demás.
- Deliberadamente hace cosas para molestar a los otros.
- Roba objetos.
- Destruye deliberadamente los objetos de otros.
- Se le dificulta la relación con sus compañeros.

## **¿Qué puedo hacer cuando sospecho que tengo un alumno/a con TDAH?**

Ante la sospecha de la presencia de TDAH, ésta debe ser verificada a través de una cuidadosa observación y registro del comportamiento del niño/a; siendo imprescindible establecer comunicación con los padres, con la finalidad de informar acerca de la sospecha y al mismo tiempo solicitar mayor información que ayude a descartar la sospecha o bien aceptarla con mayor certeza.

Una vez que esto suceda y de ser necesario, se deriva al niño/a a un servicio institucional y/o profesional experto (médico, psiquiatra y psicólogo/a con entrenamiento y experiencia en el diagnóstico de este trastorno) cuya función, además de realizar el diagnóstico que otorgue la certeza de que el niño/a presenta el trastorno, será proporcionar el tratamiento y las recomendaciones necesarias al caso.

En cuanto un alumno/a haya sido diagnosticado con TDAH, la institución educativa debe replantear su programación docente y efectuar las adaptaciones curriculares convenientes para apoyar al niño/a, contribuir a la mejoría de los síntomas y favorecer el desempeño del niño/a; si bien estas acciones se coordinan desde la dirección del plantel, su ejecución corresponderá a todos los maestros/as que tengan contacto con el niño/a.

Es muy importante fomentar actividades de tolerancia, respeto y empatía entre los compañeros/as de clase en relación a la problemática que presenta este niño/a, solicitándoles su colaboración para ayudarlo.

Resumiendo lo anterior tenemos que para hablar de sospecha de TDAH se debe:

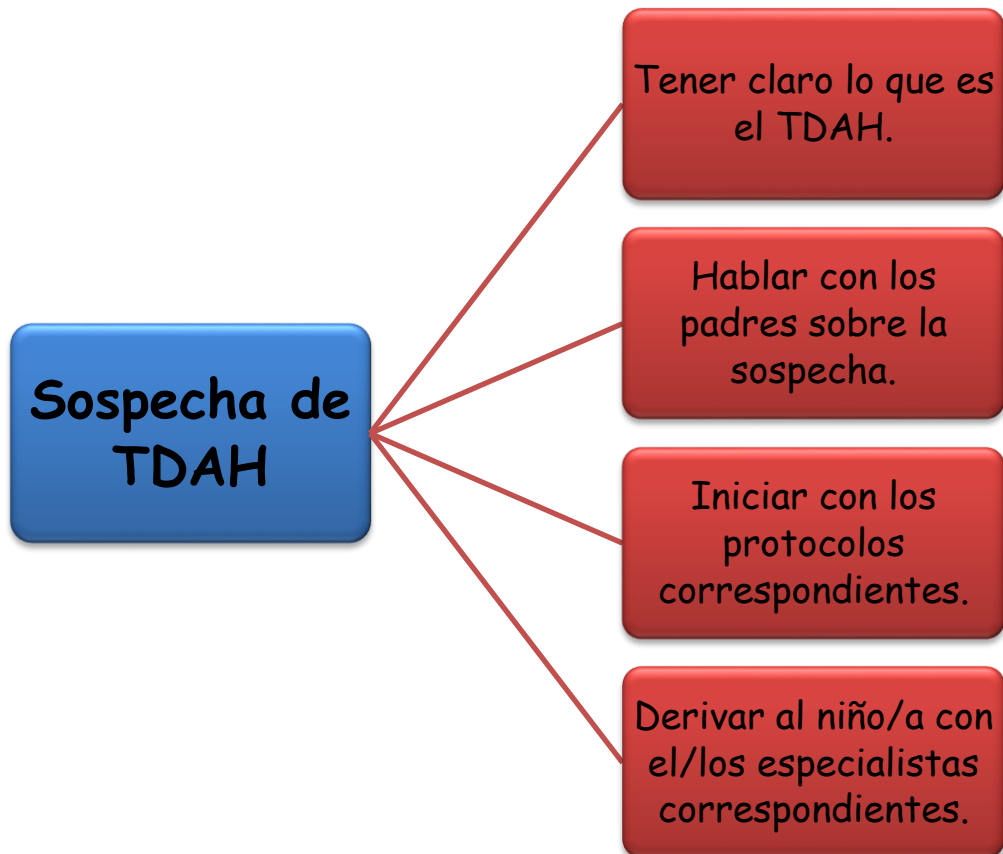
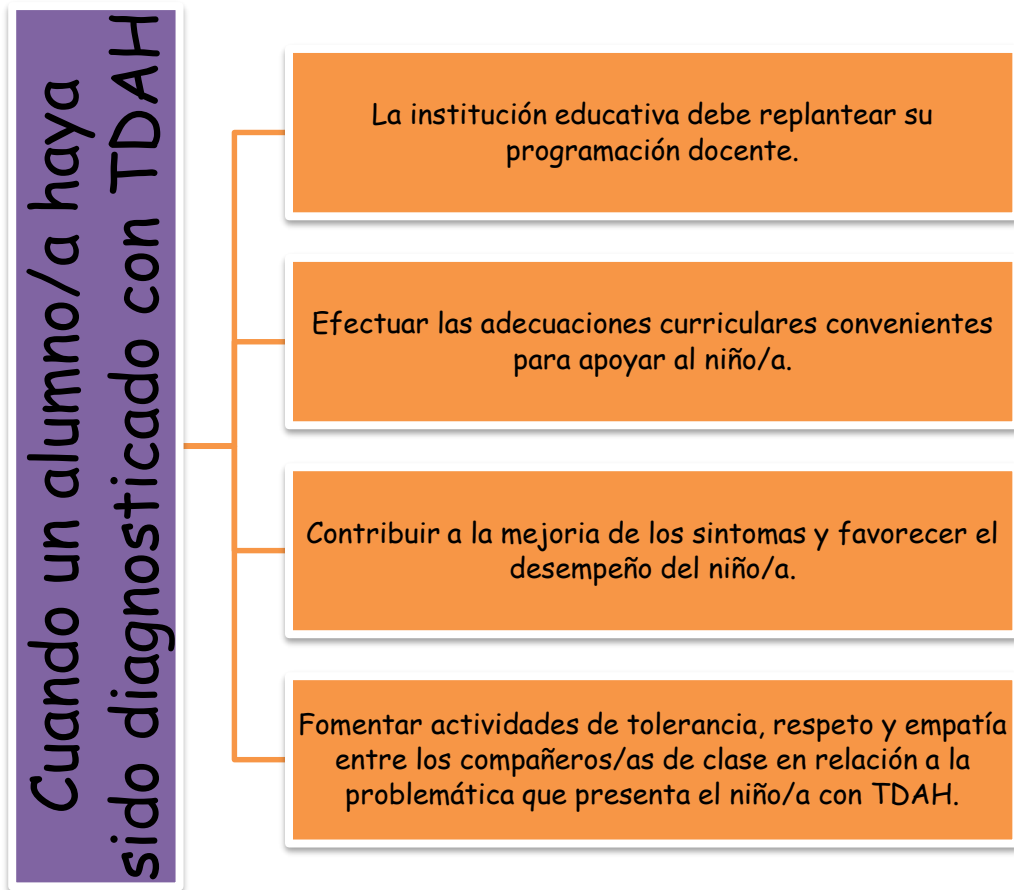


Imagen #10 recuperada de: [https://es.pngtree.com/freepng/women-s-material-for-cartoon-meetings\\_3337018.html](https://es.pngtree.com/freepng/women-s-material-for-cartoon-meetings_3337018.html)



El profesor/a juega un papel crucial:

- Para una detección oportuna del TDAH.
- Para informar a los padres, influyendo en lo que éstos van a entender y/o a aceptar las señales de alerta.
- Promover una mejora del comportamiento del niño/a en el ambiente escolar y una convivencia más sana entre los estudiantes.
- El control de los efectos negativos que el comportamiento del niño/a pueda tener sobre los/las demás alumnos/as o viceversa, sin culpabilizar ni estigmatizar a ninguno.

- Tener presente que la situación con su alumno/a con TDAH tiene solución, así como la evolución del niño/a depende en gran medida a la actitud del docente y la colaboración de y con los padres.

Sugerencias sobre lo que el docente puede realizar:

- Informarse para conocer el trastorno. Asesorarse y orientar a los padres sobre el trastorno y las instancias donde se puede buscar ayuda.
- Tener reuniones periódicas con los padres para informales del progreso que tiene su hijo/a; así como, para llegar a acuerdos de actuación comunes en el aula y la casa.
- Solicitar a los padres información del especialista con el que acudan para intercambiar información con él, tener un trato directo y obtener recomendaciones de éste.
- Adecuar las exigencias educativas a la edad del niño/a.
- Favorecer la mejora de la autoestima y el autocontrol del niño/a.

## **¿Cómo se diagnostica el TDAH?**

Como ya se mencionó antes, luego de identificar la presencia de síntomas en un alumno/a, de avisar e informar a los padres, se deriva al niño a un servicio especializado para proceder a la evaluación del TDAH. El diagnóstico es complejo, no sólo por las características propias del trastorno, sino porque requiere de un abordaje interdisciplinario, ya que si bien se afirma que tiene un origen neuro-genético, a la fecha no existen marcadores biológicos, ni exámenes de laboratorio o neurológicos que permitan un diagnóstico certero (APA, 2013), de ahí que el procedimiento

indicado sea una evaluación clínica integral que recabe datos de tres fuentes principales que son los propios niños/as, los padres y maestros/as (Esparza, 2015).

Principales fuentes del proceso (tanto para recabar información, como para tratamientos.):



Es importante tener en cuenta que las conductas propias de un alumno/a con TDAH pueden confundirse o coexistir con las de otros trastornos, entre los que se encuentran los del lenguaje, del aprendizaje o de conducta, por lo que es necesario realizar un adecuado diagnóstico diferencial. Además, no hay una evaluación que por sí sola de un resultado exclusivo y fiable sobre el trastorno, debiendo considerarse que si no se realiza una evaluación rigurosa se corre el riesgo de emitir un diagnóstico incorrecto, lo que a decir de Punta (2007) es invalidante, resultando en un tratamiento incorrecto que además de perjudicar al niño/a, empeora el pronóstico.



Es necesario un adecuado diagnóstico diferencial por medio de una evaluación rigurosa.

Si no se realiza una evaluación rigurosa se crea diagnóstico incorrecto y por lo tanto se dará un tratamiento incorrecto.



El diagnóstico debe ser realizada por un equipo de profesionales con amplios conocimientos y experiencia sobre el trastorno (médico, psiquiatra, neurólogo, psicólogo, trabajador social), implica un meticuloso procedimiento que se vale de una variedad de técnicas para obtener la mayor información posible, que incluye tanto al niño/a como los padres, otros cuidadores y maestros/as (Esparza, 2015; Rabadán, 2012).

El diagnóstico del TDAH incluye entrevistas clínicas a los padres y al paciente, obtención de información de la escuela, revisión de antecedentes familiares y personales, exploración física y psicopatológica del paciente; también se emplean los cuestionarios de síntomas y la administración de diversas pruebas psicológicas. De esta forma, la evaluación contempla tanto el estado de salud, como los aspectos emocionales, la interacción social, la dinámica familiar, la valoración de las funciones cognitivas donde es importante explorar las dificultades en la concentración, en el rendimiento escolar y la coordinación psicomotriz (Escardibul et al., 2012; Mas, 2009). Como podemos darnos cuenta, la colaboración del maestro/a tanto dentro del proceso de evaluación como del tratamiento, es fundamental y sin ella el panorama no se completa.



## Diagnóstico médico/psiquiátrico

Una valoración médica completa es importante para descartar cualquier sintomatología ya sea visual, auditiva, de tiroides, desnutrición etc., que pudiera interferir en el diagnóstico y con ello, según el criterio del médico/psiquiatra, iniciar con el tratamiento farmacológico (Guía de Práctica Clínica del SNS sobre TDAH, 2010).



Imagen #11 recuperda de:

<http://direccionpsicologiaeducativa.blogspot.com/2018/05/texto-libre.html>


## Diagnóstico del ámbito familiar

El contacto con la familia nos facilita información sobre los problemas conductuales y de otro tipo que puede presentar el niño/a con TDAH.

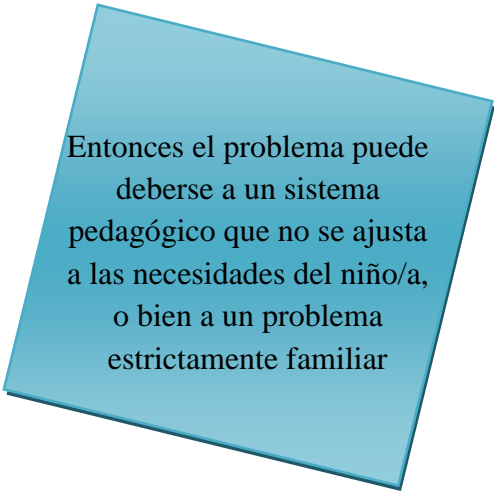
Se realiza una o varias entrevistas, con los padres y/o tutores, incluyendo otros cuidadores constantes; además de la entrevista es usual que el profesional solicite a los padres contestar por separado un cuestionario de síntomas, aunque cabe mencionar que muchas veces existen discrepancias entre las respuestas de los padres y entre las de éstos y la escuela, cuando este sea el caso será necesario indagar con más

detenimiento, ya que el problema puede deberse o bien a un sistema pedagógico que no se ajusta a las necesidades del niño/a, o bien a un problema estrictamente familiar; sin embargo, debemos recordar que uno de los criterios fundamentales para diagnosticar el trastorno es que los síntomas se presenten en más de dos ambientes, por lo que si no se cumple este criterio habrá que descartar el diagnóstico de TDAH y considerar que las dificultades del niño/a se deben a otro tipo de circunstancias.

Es conveniente evaluar los antecedentes familiares de TDAH, los datos del desarrollo del niño/a desde el embarazo hasta el momento en que se consulta; también se valora la dinámica familiar, las dificultades en la capacidad de atención, la hiperactividad e impulsividad dentro del hogar; además se indaga acerca del impacto que el problema ha tenido en la familia y la forma en que se ha intentado para resolverlo o aminorar la afectación. Es importante tener en cuenta el sufrimiento tanto del niño/a como la familia (Fundació Sant Joan de Déu, 2010; NICE, 2008/2016, NICE, 2009/2016).



Los criterios fundamentales para diagnosticar el trastorno es que los síntomas se presenten en más de dos ambientes, si no se cumple este criterio habrá que descartar el diagnóstico de TDAH



Entonces el problema puede deberse a un sistema pedagógico que no se ajusta a las necesidades del niño/a, o bien a un problema estrictamente familiar

## **Diagnóstico escolar**

La información que los profesores/as proporcionen sobre los síntomas de un determinado niño/a, es fundamental tanto para una detección temprana como para obtener un diagnóstico preciso, ya que en la escuela es donde generalmente, se comienza a sospechar de dicho trastorno.

Para valorar la presencia de los síntomas en la escuela, el profesional podrá solicitar a los maestros/as que están en contacto con el niño/a que contesten un cuestionario de síntomas, adicionalmente pedirá tener una entrevista con el grupo de maestros/as o con el maestro/a titular, con la finalidad de profundizar en la información, averiguar el ajuste y funcionamiento académico y social del niño/a, es posible que también se realicen algunas observaciones tanto en el aula como en el patio de recreo. Es importante que en esta evaluación también se identifiquen las fortalezas que más adelante serán de utilidad para las estrategias de trabajo con el alumno/a; la información obtenida es útil para valorar las dificultades y el estilo de aprendizaje, así como para establecer los objetivos de la intervención reeducativa (Fundació Sant Joan de Déu, 2010; NICE, 2009/2016).

## **Diagnóstico psicológico**

El psicólogo experto, como miembro del equipo interdisciplinario, deberá realizar una exploración psicopatológica minuciosa, donde además de considerar los criterios clínicos enunciados en el manual DSM-5 (APA, 2013) o la CIE 10 (OMS, 2000), evaluará los factores familiares, sociales y escolares implicados en la manifestación sintomática del trastorno; para ello se valdrá tanto de entrevistas como cuestionarios y diversos

instrumentos de evaluación psicológica, así mismo, deberá tomar en consideración las conclusiones que hayan emitido el psiquiatra, neurólogo y/o médico.

Dado que la evaluación psicológica contempla los aspectos emocionales, la información obtenida posibilita la comprensión psicodinámica del trastorno, lo que significa poder entender los conflictos del niño/a subyacentes en la expresión de los síntomas, especialmente si consideramos la frecuente presencia de conflictos familiares y estados de ánimo del niño/a que tienen que ver con inestabilidad emocional, ansiedad, poca tolerancia a la frustración, pobre concepto de sí mismo, baja autoestima, etcétera, factores todos ellos que pueden obstaculizar su aprendizaje y ajuste escolar (Esparza, 2015).

Una vez obtenida la información suficiente, el psicólogo y/o psiquiatra, se encargará de corroborar o rechazar el diagnóstico de TDAH, si el diagnóstico es confirmado, deberá especificarse el subtipo (predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo o mixto); el grado de severidad (mínimo, medio, severo), así como la comorbilidad presente. El diagnóstico deberá informarse a los padres, al niño/a en cuestión y a la institución escolar a la que asiste; así mismo, se decidirá el tipo de tratamiento más conveniente y se ofrecerán las recomendaciones necesarias para favorecer tanto la disminución de los síntomas, la dinámica familiar como el ajuste y rendimiento escolar (NICE, 2008/2016).

---

**¿Cómo se  
diagnóstica  
el TDAH?**

Diagnóstico médico (psiquiatra, neurólogo,  
pediatra).

---

Diagnóstico del ámbito familiar.

---

Diagnóstico escolar.

---

Diagnóstico psicológico.

---

## **Tratamiento del TDAH**

Al igual que el diagnóstico, el tratamiento del TDAH debe ser **multidisciplinario** porque involucra a diversos profesionales de la salud, **integral** porque se atienden los ámbitos donde el trastorno impacta negativamente; debe responder a las necesidades **particulares** del niño/a para obtener resultados óptimos. De acuerdo con Antshel, Macias y Barkley (2009), el tratamiento se enfocará principalmente en el apoyo y entrenamiento para padres y niños/as, modificaciones educativas tanto dentro del salón de clase como la escuela en general y, en última instancia, la medicación.

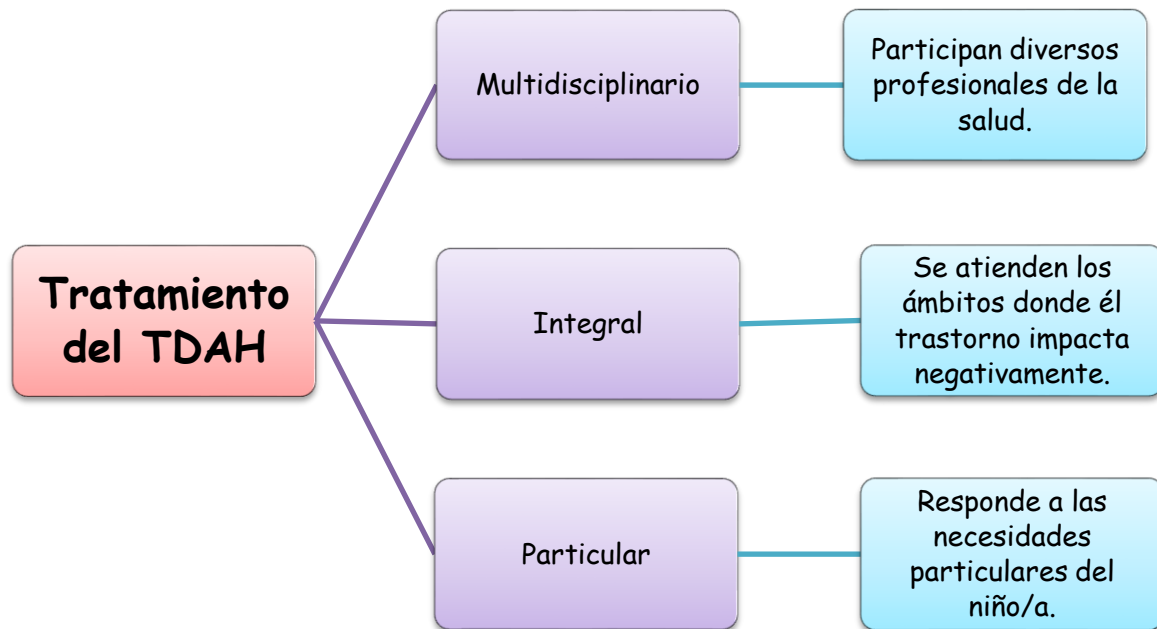
Se considera que este trastorno se puede controlar si se trabaja en las áreas que ayudarán en el desarrollo personal y académico de las niñas/os; aunque vale la pena señalar que la decisión acerca del tratamiento a seguir corresponde a los padres y al mismo niño o niña (Barragán, et al., 2007; NICE, 2008/2016; Peña, et al., 2010; Young, Fitzgerald & Postma, 2013).

La opción más recomendable de tratamiento para niños/as con TDAH especialmente en el grado leve y moderado, deberá ser un tratamiento integral que comprenda el entrenamiento a padres y maestros/as, así como el tratamiento psicológico para el niño/a; este último incluye la psicoterapia, el entrenamiento en habilidades sociales y el tratamiento psicopedagógico; lo que implica que tanto la familia, como los maestros/as y el propio niño/a deben tener la disposición de colaborar y aprender acerca de vivir con este trastorno (Guía NICE, 2008/2016; 2009/2016).

El tratamiento farmacológico se reserva para los casos más severos o aquellos con un nivel moderado, presencia de gran comorbilidad con otros trastornos, o bien que no han respondido satisfactoriamente al tratamiento psicológico y al entrenamiento de padres y maestros/as.

Es esencial que tanto los padres como los maestros/as tengan presente que debido a que el TDAH es un trastorno crónico, requiere un tratamiento a largo plazo cuyo objetivo es disminuir la frecuencia e intensidad de los síntomas y facilitar estrategias para su control ya que actualmente no se dispone de un tratamiento curativo para el TDAH en la actualidad.

El tratamiento integral del trastorno se planifica en función de los resultados de la evaluación y comprende distintas intervenciones psicológicas. A continuación, presentamos una breve reseña sobre los distintos tratamientos, comenzaremos por el tratamiento farmacológico que como ya mencionamos antes, debe restringirse para los casos de mayor severidad e impacto en la vida del paciente.



## Tratamiento Farmacológico

El tratamiento farmacológico tiene la finalidad de mejorar la atención y regular el comportamiento motriz; sin embargo, siempre debe complementarse con el entrenamiento a padres y maestros/as para que ayuden al niño/a a desarrollar comportamientos acordes a su desarrollo (Eisenberg, 1972).

Hay que considerar que el tratamiento con medicamentos ha mostrado ser eficaz en el 75% de los niños/as con TDAH (Antshel, Macias y Barkley, 2009) lo que

implica que alrededor del 25% de los casos no resultan beneficiados con el tratamiento farmacológico. Por otra parte, deberá hacerse un seguimiento permanente para vigilar y prevenir los efectos secundarios adversos. El tratamiento debe ser individualizado, contemplar la gravedad del trastorno, la presencia de otras alteraciones (comorbilidad), la edad del niño/a, la actitud de padres y familiares ante el problema (Elías, 2005).

En nuestro país la Cámara de Diputados estableció en 2008 (citado en Esparza, 2015) una ley que regula ciertos aspectos relacionados con la medicación del TDAH:

Los medicamentos solo pueden prescribirse por un profesional autorizado; es ilegal que los maestros/as diagnostiquen, mediquen a los niños/as o presionen a los padres para ello, que expulsen o condicionen la aceptación de los menores que padecen el trastorno; para administrar el medicamento debe obtenerse el consentimiento informado de los padres o tutores (p. 74).

El objetivo de la medicación es disminuir los síntomas básicos del trastorno. En la mayoría de los casos suelen ser tratamientos de larga duración (años). El tratamiento farmacológico solamente podrá ser indicado por un profesional de la salud, quien en conjunto con los padres decidirá el medicamento más adecuado, dependiendo de la edad, gravedad del trastorno; advertirá a la familia sobre el plan médico a seguir, así como los efectos secundarios o adversos que puedan presentarse y el potencial de abuso del medicamento (NICE, 2008/2016).

A partir de estas consideraciones, el profesional podrá decidir entre los distintos fármacos disponibles en el mercado. El metilfenidato es el fármaco de primera



elección y el más utilizado en el tratamiento del TDAH, este fármaco ayuda a controlar los síntomas del TDAH en aquellos que tienen más dificultad para enfocarse, controlar sus acciones y permanecer quietos o en silencio que otras personas de la misma edad. Se trata de un estimulante del sistema nervioso central derivado de la piperidina, que tiene estructura similar a las anfetaminas (Pozo, 2005). Entre los efectos secundarios adversos del metilfenidato se encuentra la disminución del apetito, insomnio, dolores abdominales y de cabeza, problemas cardiovasculares, irritabilidad, la tasa de crecimiento puede verse afectada (NICE 2009/2016; Vázquez, et al., 2010).

La atomoxetina es un inhibidor potente y altamente selectivo del transportador presináptico de la noradrenalina. Se recomienda especialmente en niños/as cuyo trastorno es de predominio inatento y con síntomas asociados de ansiedad y alteraciones del sueño (Vázquez, et al., 2010). Su función es aumentar la capacidad de atención y reducir la impulsividad e hiperactividad en los niños/as con TDAH. Entre los efectos secundarios que deben ser monitoreados por el médico se encuentran la agitación, irritabilidad, ideas suicidas, comportamientos auto-agresivos.

Es importante que si el alumno/a está bajo tratamiento farmacológico, los profesores/as sean comunicados con la finalidad que desde el aula puedan, si es el caso, ayudar a que tome las dosis correspondientes, a llevar un registro de las mejoras en cuanto al rendimiento académico, las relaciones con sus compañeros/as, y su comportamiento. Esta información puede ser de gran ayuda para su médico tratante al momento de valorar la efectividad del tratamiento farmacológico ya sea para ajustar dosis u observar los posibles efectos secundarios del medicamento. Aunque vale la pena mencionar que en caso de ser necesaria la prescripción de medicamentos,

son preferibles las fórmulas de liberación prolongada para evitar que el niño/a tome el medicamento en la escuela, ya que esto incrementa el riesgo de estigmatización (NICE, 2008/2016).

### **Tratamiento farmacológico.**

- El objetivo de la medicación es disminuir los síntomas básicos del trastorno.
- Solamente podrá ser indicado por un profesional de la salud, quien en conjunto con los padres decidirá el medicamento más adecuado, dependiendo de la edad y la gravedad del trastorno.



Imagen #12 recuperada de: [https://es.pngtree.com/freepng/cartoon-medicine\\_1767110.html](https://es.pngtree.com/freepng/cartoon-medicine_1767110.html)

## **Tratamientos Psicológicos**

Los tratamientos psicológicos, se refieren a todos aquellos procedimientos distintos a los tratamientos farmacológicos, químicos, quirúrgicos o dietéticos, su finalidad es suprimir, modificar o calmar los síntomas; así como aliviar el sufrimiento psíquico y promover el desarrollo personal. Este tipo de tratamientos solamente pueden ser llevados a cabo por un profesional experto en el área (Feixas y Miró, 1993).

En el caso del TDAH, se recomienda un tratamiento de tipo integral (Barragán y col., 2007; Eisenberg, 1972; Palacio, Peña, Palacios y Ortiz, 2009) que incluye tanto a la familia, como al niño/a y la escuela. La intervención psicológica es la primera línea de

tratamiento cuando el diagnóstico es leve o moderado (NICE, 2008/2016); es necesario considerar que se habla de un tratamiento a largo plazo que involucra la psicoeducación, la orientación y entrenamiento para padres y maestros/as, así como diversos tipos de atención psicológica para el niño/a, de entre los que se pueden mencionar el cognitivo-conductual, el familiar sistémico, el psicoanalítico, el humanista, etc. Independientemente del modelo, la intervención pretende disminuir el impacto del trastorno y mejorar las condiciones del niño/a en los diferentes ámbitos de su vida.

---

### **Tratamientos Psicológicos.**

Las intervenciones psicológicas, están destinados a suprimir, modificar o calmar los síntomas de un individuo; así como a aliviar su sufrimiento psíquico y promover el desarrollo personal.

---

### **Psicoterapia de orientación Psicoanalítica.**

---

**Tratamiento Cognitivo Conductual.**

---

**Terapia Familiar.**

---

**Tratamiento psicomotriz.**

---

**Tratamiento Psicoeducativo.**

---



Imagen #13 recuperada de: <http://psicoterapeutasaldia.blogspot.com/2016/09/como-debo-empezar.html>

## **Psicoterapia**

Hay que resaltar que el profesional que lleve a cabo esta intervención, deberá conceptualizar el trastorno más allá de un mero conjunto de síntomas, de tal manera que le permita entender que el niño/a no es la etiqueta, sino un individuo que sufre y merece ser escuchado (Janin, 2006). En este sentido, el abordaje tendrá que adecuarse a las necesidades del niño/a, de tal modo que, dependiendo del caso se podrá ofrecer psicoterapia individual, psicoterapia de grupo y la inclusión de los padres o la familia y la escuela.

### **Psicoterapia de orientación psicoanalítica**

De acuerdo con Esparza (2015) la perspectiva psicoanalítica del TDAH se enfoca en comprender el sufrimiento de la persona que solicita los servicios de atención psicológica, para encontrar el significado o sentido de los síntomas. En el caso de los niños/as, además de tener una mejor comprensión de sus emociones, también es necesario entender y atender la preocupación de los padres. En psicoanálisis, más que intervenir en el síntoma, se trata al sujeto en sí mismo, por lo que es necesario adecuarlo a las necesidades particulares de cada caso.

La psicoterapia psicoanalítica se vale de diversas técnicas para trabajar con el niño/a, siendo una de las principales la terapia de juego, la finalidad es incrementar o desarrollar la capacidad del niño/a para regular sus emociones, elaborar su ansiedad, mejorar su tolerancia a la frustración, disminuir la agresividad y la impulsividad dentro de un encuadre de comprensión, empatía, contención y sostén afectivo, donde un terapeuta benevolente y acogedor posibilita que el niño/a se exprese y obtenga un mayor fortalecimiento de su yo. A través de la psicoterapia el niño/a podrá establecer conexiones entre sus emociones, pensamientos y síntomas (Esparza, 2015; Salomonsson, 2011).

Cabe mencionar que al igual que los niños/as, los padres y maestros/as deben poder expresarse y requieren que se les escuche; proporcionar soporte a las familias, a los niños/as y los docentes ayuda también en la prevención e influye en la disminución de los costos que el trastorno implica (Lasa y Moya, 2012).

## **Tratamiento Cognitivo Conductual**

Uno de los enfoques más empleados en el tratamiento del TDAH es la modificación cognitiva conductual, basada en el entrenamiento en estrategias de autorregulación, con el objetivo de hacer consciente al niño/a de sus limitaciones y posibilitar así a que contribuya de forma activa en su intervención (Miranda y Soriano 2010).

Los objetivos de la intervención cognitivo conductual son establecer hábitos de organización y planificación escolar, rutinas y normas en casa, mejorar su comportamiento, potenciar autonomía y mejorar habilidades en resolución de

problemas y en toma de decisiones. Para Mas (2009) la finalidad del tratamiento conductual es que el niño/a desarrolle la capacidad de demora de la satisfacción, lo que influye en que puedan activarse funciones ejecutivas que posibiliten comportamientos más funcionales.

El tratamiento también debe incluir a los padres, se emplean técnicas de entrenamiento (manejo de contingencias, tiempo fuera, reforzamiento social, modelamiento, solución de problemas) mediante las cuales se les enseña a manejar la conducta del niño/a, así como a desarrollar prácticas de crianza más eficaces y satisfactorias, lo que contribuye a reducir los conflictos entre los padres y el niño/a y a que éste tenga un comportamiento más adecuado dentro del hogar (Reiff, 2011).

Nieves (2010) sugiere que el tratamiento cognitivo conductual disminuye las conductas disruptivas y de desobediencia; reduce la dependencia del niño para que les recuerden los deberes. Se observan mejorías considerables en su autonomía y en problemas atencionales. Su rendimiento escolar también mejora considerablemente. Los efectos a largo plazo de este tratamiento dependen en gran medida de la adherencia al tratamiento.

## **Terapia Familiar**

Las familias de niños/as con TDAH tienen la característica de presentar niveles muy altos de estrés parental. Los padres se sienten a menudo impotentes y sin recursos. Los métodos usuales de disciplina y educación, como los razonamientos o los retos, no funcionan; por estas razones, el tratamiento familiar tiene la finalidad de ayudar a los padres a desarrollar estrategias efectivas para enfrentar y manejar las dificultades

derivadas de la presencia de TDAH. El objetivo principal es generar cambios en los patrones de funcionamiento familiar; de tal modo que permita entender y aceptar el TDAH con sus implicaciones (NICE, 2009/2016). Beneficia el apego al tratamiento porque los padres se sienten escuchados y partícipes del tratamiento; la familia ayuda a encontrar las fortalezas del niño/a con TDAH, conoce y entiende sus limitaciones y de esta manera logran implementar las estrategias que desde casa ayudarán a dar estructura y reforzar las recomendaciones propuestas de la escuela.

Además de las funciones parentales habituales, los padres deberán asumir un papel activo en la solución de esta situación ya que de ellos dependerán las decisiones respecto a su hijo/a a nivel clínico, educativo y familiar. El entrenamiento para los padres dependerá de la gravedad de la situación del niño/a y del grado de apoyo que requiera (Parellada, 2011).

De entre los recursos familiares de que se vale la terapia familiar se encuentran la integración, cooperación, consideración positiva de la situación, incrementar las redes de apoyo social. El trabajo con la familia permite cambiar la concepción en torno a la problemática, de tal forma que se libere al niño/a de ser el responsable directo de los problemas familiares y conyugales (Pedraza, Perdomo y Hernández, 2009).

Los padres además de necesitar apoyo psicológico, requieren tener información veraz sobre el trastorno y sus implicaciones; para ello, una alternativa válida son los grupos de apoyo familiar donde además de obtener información, se intercambian experiencias y estrategias para afrontar la crianza de un niño/a que ha recibido el diagnóstico de TDAH.

## **Tratamiento psicomotriz**

Considerando que uno de los síntomas característicos del trastorno es la incapacidad del niño/a para controlar su actividad motriz, es recomendable que la realización de ejercicio forme parte de los programas de tratamiento integral, ya que influye favorablemente en el comportamiento de los niños/as, mostrando un incremento en cooperatividad, menor agresividad, incremento en la concentración y atención. También se ha encontrado que la actividad física continua mejora las funciones ejecutivas, especialmente la memoria de trabajo y la ejecución psicomotriz en niños/as con TDAH (Ziereis y Jansen, 2015; Zivkovic, Zivanovic, Zivkovic, Milojkovic y Djordjevic, 2012).

Por otra parte, el ejercicio regular mejora el comportamiento de los niños/as en el ámbito escolar, promueve el desarrollo de hábitos e influye en que los niños se sientan bien (Bowling y Lee, citados en Medline Plus, 2017).

## **Tratamiento psicoeducativo**

Un porcentaje considerable de niños con TDAH también cursa con problemas de aprendizaje y bajo rendimiento escolar, razón por la que se requiere de un tratamiento integral y multidisciplinario, donde se incluye la intervención psicoeducativa que involucra la participación de los profesionales de la educación: maestros/as y psicopedagogos.



La finalidad es intervenir lo más tempranamente posible, con el objetivo de reducir los problemas de comportamiento, mejorar las habilidades académicas del niño/a e instaurar hábitos de estudio.

Si bien el tratamiento psicoeducativo generalmente corre a cargo de un psicopedagogo/a, especialmente en los casos donde los problemas de aprendizaje son más graves, un maestro/a capacitado puede (incluso tiene la obligación) recurrir a un conjunto de estrategias que beneficiarán no solamente el aprovechamiento escolar del niño/a, sino que también mejorarán su comportamiento.

Para que una intervención psicoeducativa sea exitosa, es necesario que el profesor/a, además de poseer información sobre el TDAH, tenga entrenamiento tanto en el manejo de técnicas para promover conductas adecuadas, como estrategias de enseñanza para niños/as con necesidades especiales, éstas incluyen desde ajustes a la organización del salón de clase, hasta modificaciones curriculares. Es importante resaltar que el apoyo escolar no solamente involucra al maestro/a, sino que todo el personal escolar debe contar con la preparación necesaria para favorecer comportamientos apropiadas tanto dentro como fuera del salón de clase (NICE, 2009/2016).

Tanto a los padres, como a los profesores, se les debe proporcionar una serie de pautas y de recomendaciones que deben seguir en casa y en la escuela, según sea el caso. Se les debe explicar la importancia de establecer límites y normas y de seguir unos hábitos y rutinas adecuados a cada familia y salón de clases. El modelo a seguir con cada niño/a es individual y personalizado dependiendo de sus características, necesidades y fortalezas.

A nivel escolar no es necesario hacer una disminución de la exigencia, pero sí implementar estrategias que mejoren la eficacia del niño/a para obtener mejores resultados. Se recomienda organizar las actividades del niño/a de forma secuencial, hay que enseñarle al niño/a a entender e identificar sus comportamientos inapropiados con la finalidad de que entienda como esto afecta su desempeño y a sus compañeros de forma indirecta y como intentar reducirlos.

Es importante el involucramiento de los padres durante este proceso, no se puede delegar la responsabilidad solo a la escuela ya que se trata de un tratamiento multidisciplinario, y muchas de las estrategias, además de servir en el ámbito escolar, ayudarán a dar estructura en la vida cotidiana del niño/a con TDAH.

Independientemente del tratamiento a seguir, es importante que dentro del aula se identifiquen las necesidades educativas especiales del niño/a y formular un plan individualizado que contemple los programas, actividades, estrategias de intervención, materiales y métodos, organización, técnicas de motivación, y habilidades específicas. Es fundamental coordinar el trabajo de los niños/as en el aula con servicios de apoyo y orientación que sirvan de guía para la labor escolar con ellos (Miranda et al, 1999). Uno de los abordajes importantes en niños con TDAH es el psicoeducacional (Rief, 1999), dando como resultado:



Después de desarrollar la información relacionada a las características del trastorno, procedimiento, diagnóstico y distintos tratamientos existentes, se presentarán las sugerencias derivadas de investigaciones, para que dentro del entorno escolar se ayude a mejorar la sintomatología y promover el desarrollo del niño.

Se proporcionan sugerencias para

- ❖ Organizar y ajustar el entorno físico.
- ❖ Promoción de comportamientos adecuados.
- ❖ Mejorar la autoestima del niño.
- ❖ Realizar las adecuaciones curriculares pertinentes.
- ❖ Mejorar rendimiento académico.
- ❖ Mantener comunicación con padres y profesionales de la salud.

Es conveniente señalar que después de cada rubro, presentamos bibliografía para consultar, si usted lector desea profundizar en el tema, así como, anexos con ejemplos de láminas y ejercicios como base de los que se pueden utilizar.

## **Sugerencias de ajustes en el entorno físico (el aula)**

Los ajustes en la organización del aula y / o el medio ambiente que proporciona apoyo a los alumnos/as debe estar adaptado a las necesidades individuales de cada alumno/a en función de la severidad y los síntomas de su TDAH. Es importante observar al estudiante para determinar qué ajustes son eficaces (la eficacia de los ajustes en el aula pueden variar con el tiempo). Estos ajustes tienen la finalidad de brindar un ambiente donde se le facilite al chico/a poder desarrollar sus tareas escolares de forma más óptima.

La base del éxito para el aprovechamiento de los alumnos/as con el trastorno, es tener objetivos claros entre docentes y padres, así como métodos bien estructurados y personalizados tanto para el material, como para las aulas (en casa un lugar de estudio) que deben ser adaptados a las necesidades del niño con TDAH.

## Sugerencias de ajustes en la organización del salón.

Destinar en el salón de clases un lugar con los artículos necesarios para elaborar las tareas (lápices, goma, colores, tijeras etc.) y así evitar que por falta de alguno el alumno/a se distraiga o se ponga ansioso por tener que conseguirlo o buscarlo.

Tener un lugar especial donde pueda poner los objetos con los que pueda distraerse (juguetes, comida, o artículos que no usara para la actividad en curso) y que pueda tomar cuando los necesite o cuando haya acabado sus tareas.

Estar informado por parte de los padres si el niño/a está tomando algún medicamento, los posibles efectos secundarios, la dosis y el horario en que se administra para apoyar en caso de ser necesario.

Evitar situarlo cerca de las ventanas o distractores externos.

Sentarlo junto al profesor/a o lo más cerca posible, rodeándolo de los compañeros/as que trabajen más en clase para que sean un apoyo y se motive a realizar las tareas.

Bibliografía donde se puede consultar más información sobre ajustes en el entorno físico:

Barkley, R. (2008). Classroom Accommodations for Children with ADHD. ADHD Report. Recuperado de [http://www.russellbarkley.org/factsheets/ADHD\\_School\\_Accommodations.pdf](http://www.russellbarkley.org/factsheets/ADHD_School_Accommodations.pdf)

Faros.(2014).Propuestas de adecuación escolar para el TDAH. Hospital Sant Joan de Déu. Recuperado de <http://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/1858.1-TDAH-%2010-Cast.pdf>

The national resource on ADHD.(2016). Tips for Educators Providing Classroom Accommodations to Help Students with ADHD. A Program of CHADD. Recuperado de <http://chadd.org/Portals/0/Content/CHADD/NRC/Factsheets/ClassroomAccommodations.pdf>

Rocío Meca Martínez. (2015). TDAH en el aula: Guía para Docentes. Fundación CADAH. Recuperado de <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/adaptaciones-basicas-a-utilizar-dentro-del-aula-con-un-alumnoa-con-tdah.html>

## Sugerencias de técnicas para promover conductas adecuadas

En el TDAH un aspecto que puede generar gran dificultad en el establecimiento de hábitos de conducta, especialmente para los docentes, es la inflexibilidad, sin embargo, estos se encuentran en una posición única para ayudar a los niños y adolescentes a alcanzar su máximo potencial académico, así como, para mejorar la experiencia en el aula de sus alumnos, teniendo en claro que la capacidad de adaptación se desarrolla más lentamente en el niño con TDAH.

La inflexibilidad seguirá siendo una característica durante toda la vida de la persona con TDAH, lo que cambia es el grado en que se presenta. La mayoría de los maestros buscan capacitación o recursos adicionales sobre el TDAH para ayudar a los estudiantes con el manejo del comportamiento sobre todo en el aula y para lograrlo se debe tener claro que los límites son una anticipación de lo que va a pasar o lo que vamos a pedirle al cabo de un rato, esto facilitará el funcionamiento cotidiano del niño con TDAH.



Imagen #14 recuperada de: <https://percorsiforativi06.it/il-temperamento-al-nido-scuola-dellinfanzia-prima-parte/>

Plantear las reglas del salón de clase para todos/as con su respectiva consecuencia y si es posible ponerlas en un lugar visible para que puedan tenerlas presentes todo el tiempo.

Evitar situaciones que los niños/as con TDAH les cueste controlar, como estar formados un tiempo excesivo para entregar trabajos, recordemos que una de las características que puede presentar es la dificultad para mantenerse quietos en el mismo lugar.

Hablar con él/ella de la forma que sus conductas negativas afectan a sus compañeros/as, así fomentaremos la empatía y ayudaremos a evitar que sea excluido por sus compañeros/as a raíz de estas conductas.

Cuando se trate de actividades fuera de la escuela es importante preparar al alumno/a para la actividad a realizar, explicando con anticipación a dónde van, qué harán y cuál es el comportamiento que se espera de él/ella (especificando lo que está permitido y lo que no) mencionar posibles conductas negativas y establecer consecuencias previas.



No cuestione una conducta negativa cuando el niño/a está fuera de control, dele tiempo para tranquilizarse, cuando esté en calma y a solas se habla sobre la conducta y lo sucedido, buscando alternativas entre ambas para evitar que se repita la conducta en cuestión.

Evitar situaciones de competencia en clase ya que puede causarle frustración por no poder reaccionar igual que sus compañeros/as.

Disciplinar significa enseñar, no castigar. Los niños con TDAH son impulsivos, por lo que con frecuencia hacen cosas que los involucran en problemas aún cuando estén tratando de comportarse bien. Es importante la tolerancia y paciencia sin llegar a ser permisivos.

Hay que ser específicos al definir conductas, en vez de decir "pórtate bien", hay que decir: no te levantes, no empujes, no corras, etc.

#### Bibliografía.

Fundación CADAH (2012). Estrategias básicas que debe usar un profesor para mejorar la conducta de un alumno con TDAH. Recuperado de <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/estrategias-basicas-que-debe-usar-un-profesor-para-mejorar-la-conducta-de-un-alumnao-con-tdah2.html>

Vaello Orts, J. (2011). Cómo dar clase a los que no quieren. Barcelona. Editorial Grao.

## **Sugerencias para mejorar la autoestima**

Un aspecto importante es la autoestima, ésta es un sentimiento valorativo de nuestro ser, de quiénes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que son parte de nuestra personalidad y que constantemente la configuran; es decir, se aprende, cambia y se puede mejorar. Está relacionada con el desarrollo integral de la personalidad en los niveles: ideológico, psicológico, social y económico (Acosta y Hernández, 2004).

La autoestima representa la evaluación afectiva de nuestro autoconcepto y puede ser modificada por la percepción de fracaso o éxito personal. Al ser el TDAH una entidad relacionada con bajo rendimiento escolar, fallas adaptativas (sociales, familiares y laborales) y del manejo de emociones, puede existir una relación entre el TDAH y baja autoestima.

La realidad es que crece sometido a mayor número de fracasos que los demás niños/as, se mete con mayor frecuencia en dificultades, comete muchos más errores y con mayor frecuencia que los niños/as de su edad; las malas experiencias se acumulan en torno a un sentimiento de indefensión, es decir, de falta de control de los efectos de su comportamiento sobre la realidad, todo ello contribuye a la formación de una baja autoestima.

Emocionalmente los niños/as con TDAH que se desmoralizan con facilidad, cambian frecuentemente de estado de ánimo, no toleran la frustración, les cuesta aceptar sus errores y culpan con frecuencia a los demás, les cuesta ponerse en el lugar del otro y tener en cuenta sus deseos y sentimientos, se muestran tercos y

malhumorados con frecuencia y parecen tener una autoestima muy baja o falsamente inflada.

Con las siguientes sugerencias se busca favorecer que los niños/as con TDAH reconozcan la responsabilidad de sus actos, además de apoyar su competitividad y proteger su autoestima.

**Ignorar interrupciones menores o mal comportamiento leve, posteriormente de forma individual se habla con el niño/a sobre la conducta y de la manera que afecta.**

**Evitar las expectativas, la mayoría de los niños/as con un TDAH son listos, y debido a que su conducta, desempeño y rendimiento son incongruentes o inconstantes, puede suceder que en ocasiones respondan a preguntas difíciles y en otros momentos puedan trabarse con las preguntas fáciles, es importante tener claro que lo anterior no es una señal de que no avancen o que estén en retroceso.**

**De esta forma se establecen metas alcanzables y medibles desde un principio esto ayudara a ver logros a corto plazo que los motive a continuar con el esfuerzo que realizan y evitara en lo posible la frustración.**

**Explicar a los alumnos/as qué es lo que se espera que aprendan durante la clase.**

**Hacer uso explícito de refuerzo social (algún reconocimiento) para dar apoyo, no sólo cuando concluye alguna tarea, sino al hecho de estar intentando, esto ayudara a su autoestima y a su motivación para realizar las actividades aunque requieran de un mayor esfuerzo para él/ella.**

**Proporcionarle un refuerzo positivo cuando haya terminado la tarea, aunque sólo sea por haberla acabado.**

**Hacer adaptaciones curriculares que sean poco notorias para no hacerlo sentir diferente de sus compañeros/as (forma de evaluación, nivel de exigencia, tolerancia en los tiempos de entrega) todo esto dependerá del criterio del profesor/a y de las necesidades del niño/a.**

**Buscar la manera más asertiva para explicar a sus compañeros/as lo que es el trastorno y tratar de formar empatía sin caer en la victimización.**

**Recordar que siempre se corrige la conducta no al niño/a.**

Bibliografía.

Garza, S., Nuñez, S., Vladimirsky, A. (2007). Autoestima y locus control en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *medigraphic*, 64, 231-239.

TDAH y tú. (Mayo de 2015). TDAH y autoestima. Shire Pharmaceuticals Ibérica S.L.. Recuperado de <http://www.tdahytu.es/tdah-y-autoestima/>

National Resource Center on ADHD (2015). Parenting a Child with ADHD. CHADD. Recuperado de <http://chadd.org/Understanding-ADHD/For-Parents-Caregivers.aspx>

## **Sugerencia para realizar adecuaciones a la enseñanza (modificaciones curriculares).**

En esta parte es importante la adecuación del currículum de un determinado nivel educativo, con el propósito de hacer que determinados objetivos o contenidos sean más accesibles a un alumno o bien, eliminar aquellos elementos del currículum que les sea imposible alcanzar debido a las dificultades que presente.

Se trata de tener en cuenta las características individuales del alumno a la hora de planificar la metodología, los contenidos y, sobre todo, la evaluación. No todos los niños/as con TDAH tienen trastornos de aprendizaje, ni todos los niños/as con trastorno de aprendizaje tienen TDAH.

En general, los niños/as con TDAH tienen buena capacidad intelectual, pero bajo rendimiento escolar; no obstante, los problemas de atención, la hiperactividad y la impulsividad dificultan el aprendizaje en todos los niños/as.

Las adecuaciones para el alumno con TDAH van a ser distintas según la edad en la que se encuentre; en niños pequeños vamos a incidir más en la conducta y, en los mayores (habitualmente a partir de 4º de primaria) en los aspectos cognitivos y de aprendizaje. Habrá algunas de ellas que serán comunes para todos los alumnos.

Lo recomendado es realizar adaptaciones en:



También se puede modificar ligeramente los contenidos, pero sin existir un desfase curricular de más de dos cursos.

Las modificaciones curriculares suponen la priorización, modificación o eliminación de contenidos, objetivos nucleares del currículum y los criterios de evaluación. Se realizan desde la programación y es el resultado a una evaluación psicopedagógica, afectando a los elementos prescriptivos del currículum, que son:



Algunas de las adaptaciones posibles para los niños con TDAH son:

<b>Comprenderle y ayudarle, tener una relación positiva entre el alumno y el profesor.</b>
<b>Planificar sus tareas y a usar una agenda como medio de apoyo.</b>
<b>Hacerle participar en clase.</b>
<b>Supervisión constante.</b>
<b>Acercarse a su mesa habitualmente.</b>
<b>Mostrar interés cuando está trabajando en su lugar.</b>
<b>Permitir que un compañero apoye como supervisor para evitar errores o descuidos en el material escolar.</b>
<b>Preguntarle habitualmente algo relacionado al tema que se esté viendo.</b>
<b>Fragmentar tareas largas.</b>
<b>Anticipar situaciones que puedan presentar problemas.</b>
<b>Asignar deberes y tareas en formato simple y claro.</b>
<b>Realizar periódicamente entrevistas individuales con el alumno sobre el seguimiento y motivación su trabajo.</b>
<b>Captar su atención buscando estrategias mediante el contacto físico y visual.</b>
<b>Facilitar y valorar mucho más el esfuerzo y dedicación que el resultado final- total.</b>

Bibliografía.

Orjales Villa, I. (1999). Déficit de atención con hiperactividad. `Manual para padres y educadores`. Editorial CEPE.

<https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-adaptaciones-curriculares.html>

Morin, A. (2014). Classroom accommodations to help students with ADHD. Recuperado de

<https://www.understood.org/en/school-learning/partnering-with-childs-school/instructional-strategies/at-a-glance-classroom-accommodations-for-adhd>

## **Sugerencias para mejorar el rendimiento académico**

Un aspecto generalizado en estudiantes con TDAH es el bajo rendimiento escolar. Niños con TDAH pueden tener comorbilidad con trastornos específicos de aprendizaje, donde se les puede complicar la comprensión y fluidez lectora; la escritura y ortografía; el seguimiento de instrucciones; la percepción y estructuración espacial-temporal; la organización y planificación; y el cálculo matemático; debemos recordar que las dificultades pueden aparecer durante la etapa infantil o de forma progresiva conforme aumenta la exigencia en los cursos académicos.

### ***Comprensión y fluidez lectora***

Los niños/as hiperactivos cometen frecuentes omisiones en la lectura. Se "comen" palabras o letras y sustituyen unas letras por otras, por lo tanto, su comprensión lectora es deficiente, ya que, al omitir palabras, interpretan mal el contenido de la lectura. No olvidemos que esto se debe a la impulsividad y a los problemas de atención.

Existe un consenso generalizado entre los docentes, donde la lectura fluida es una de las destrezas más importantes a desarrollar en los primeros años de escolaridad, un aspecto singular de la lectura fluida ha llevado a muchos docentes y alumnos a pensar que leer con fluidez es leer deprisa, y aunque algunos especialistas apoyan una definición simple de la fluidez lectora basada en la velocidad lectora, otros plantean la lectura prosódica relacionándola con la lectura expresiva.



La lectura fluida se define como: “una habilidad eficiente en el reconocimiento de palabras, que permite al lector construir el significado del texto. La fluidez se manifiesta como una lectura oral segura, rápida y expresiva” (Harris & Hodges,1995, p.510). Para la comprensión y fluidez lectora se recomienda trabajar en:

- ❖ Reconocimiento de palabras
- ❖ Fluidez lectora
- ❖ Vocabulario
- ❖ Comprensión lectora

Se menciona que la fluidez lectora se adquiere a través de la mejora de su competencia en dos destrezas lectoras estrechamente asociados al logro de un adecuado nivel de comprensión lectora:

- a) El automatismo en el reconocimiento de palabras.
- b) La prosodia o expresividad en la lectura del texto.

***Para ello se pueden realizar actividades que lleven a cabo tanto el docente y el alumno, que proporcionen retroalimentación a ambos, por ejemplo, lecturas pequeñas con temas de interés al niño/a, con la consigna de que en cualquier momento de la lectura anote las palabras que no sepa su significado o no reconozca del todo.***

***Ayudar/promover a identificar las ideas principales y secundarias del texto. Proporcionar ayudas verbales a través de la formulación de preguntas básicas que le ayuden a estructurar el texto.***



Imagen #15 recuperada de: <https://www.understood.org/es-mx/school-learning/tutors/types-of-tutoring>

## ***Escritura y Ortografía***

Los niños/as con hiperactividad suelen mostrar mayor número de errores ortográficos que sus compañeros. Esto se debe principalmente a que les cuesta memorizar las normas ortográficas, y una vez memorizadas, por su dificultad atencional, cometen errores a la hora de automatizarlas.

Otro aspecto es que escriben con dificultades, en gran parte por problemas de coordinación motora; su letra puede ser excesivamente grande o excesivamente pequeña y frecuentemente desorganizada. Si se insiste, puede controlarla de forma adecuada, pero normalmente a costa de ejercer una presión excesiva sobre el bolígrafo. Al recargar tanto, se cansan de escribir y realizan este tipo de tareas con desgana. Además de estas dificultades, su pensamiento es mucho más rápido que su mano, lo que contribuye a empeorar la situación.

Cuando los niños/as realizan un dictado, deben pensar en colocar la letra en la línea que le corresponde, hacer legible la letra y no perderse de lo que dice el profesor. Así que recordar una regla ortográfica y aplicarla junto con todos los procesos ya mencionados, les puede resultar muy difícil. Con esto no decimos que el aprendizaje

de las reglas ortográficas no sea útil, más bien que no basta solo con las reglas en la mayoría de los casos sobre todo casos con TDAH.

Teniendo presente que los niños/as con déficit de atención presentan dificultades en pruebas de memoria auditiva, será necesario dirigir la intervención hacia ejercicios de memoria visual, usando juegos, por ejemplo, la asociación de palabras con dibujos, los juegos tipo el ahorcado, la elaboración de diccionarios propios, cuentos de ortografía o algunos juegos de utilidad como el dominó ortográfico.

Se sabe que la mayoría de los errores ortográficos se produce sobre un total de unas 100 palabras de uso cotidiano, así que, trabajar sobre estas palabras de uso más frecuente puede llegar a ser lo más efectivo.

- ❖ **El juego del ahorcado:** a través de este juego motivamos al niño para que vaya fijando la escritura de diferentes palabras y vaya probando letras a la vez que se siente reforzado cuando acierta.
- ❖ **Juego de memoria ortográfica:** consta de tarjetas formando parejas, una con dibujo y palabra, y otra con dibujo y sin palabra. Este material ayuda de modo muy eficaz a retener la ortografía de cada palabra, ya que obliga a poner atención en el dibujo acompañado de la palabra y, separadamente, en sus letras dudosas, con lo que se enfoca la atención sobre esas letras.

## ***Seguimiento de instrucciones***

Los niños hiperactivos mejoran el seguimiento de instrucciones si la presentación de la información se realiza de forma rápida, tiene más dificultades en completar tareas cuando la información que se le da al principio es detallada que cuando es global. Su rendimiento es mejor si se les permite responder a la tarea con movimiento y no sólo de forma verbal y estática, así como, su rendimiento mejora con la sola presencia de un adulto en la habitación.

---

***Simplificar las instrucciones, una a la vez (con el tiempo se podrán incrementar la cantidad de instrucciones pero recordemos que es parte del entrenamiento). Entre más sencillas y concretas sean las instrucciones y las tareas que se le den a los niños/as con TDAH más probabilidades hay de que completen lo que se les ha pedido.***

---

***Establecer un cuaderno para cada asignatura de un color diferente para ayudarlo a organizarse e identificar con facilidad lo que utilizara.***

---

***Durante los exámenes se recomienda sentarlo solo, adecuar el número de preguntas a su capacidad de concentración, dejar solo el material que va a utilizar, si es necesario guiar su pensamiento.***

---

***Permitir que el niño/a se levante cuando lleva un tiempo razonable en el mismo lugar solo si se considera que lo necesita para descargar un poco de la energía que pueda tener acumulada y que le impida continuar trabajando de forma tranquila.***

---

***Comunicación y colaboración continua con la familia para trabajar en todas las áreas que sean requeridas y reforzar las estrategias que se implementen en la escuela.***

---

## El cálculo matemático

Los niños/as con TDAH no suelen tener dificultades cuando se trata de hacer cálculos matemáticos mecánicos, pueden ser buenos en cálculo mental o en multiplicar con cifras sencillas, pero encuentran dificultades para mantener la concentración en cuentas de varias cifras. Las dificultades en la solución de problemas matemáticos suelen ser sencillas, pueden deberse a dos motivos:

- ❖ Dificultades en pasar del pensamiento concreto al pensamiento abstracto.
- ❖ Cometen errores en los problemas porque, debido a su impulsividad, leen demasiado rápido la información, saltándose datos relevantes para la comprensión del problema.



Imagen #16 recuperada de: [https://es.123rf.com/imagenes-de-archivo/ni%C3%B1os\\_estudiando.html](https://es.123rf.com/imagenes-de-archivo/ni%C3%B1os_estudiando.html)

Cada método que se implemente debe ser claro y conciso, se debe tratar de implementar uno a la vez hasta que se domine y poco a poco ir incrementando como una rutina para que uno sea complemento de otro.

Hay que sugerirle que lea despacio y atentamente las instrucciones, si es necesario, que apunte la información que le parezca importante.

Utilizar dibujos sencillos para representar lo que las instrucciones o el problema le va diciendo.

Remarcar la pregunta con algún color para no perder de vista el punto importante de lo que se va hacer.

Si no sabe que operación va a utilizar, ayudarle a que imagine como lo resolvería en la vida real.

Enseñarle a analizar si el resultado tiene sentido.

#### Bibliografía.

Casas, A. (2002). Optimización del proceso de enseñanza/aprendizaje en estudiantes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (tdah). *eduPsykhé*, 1(2), 249-274. Recuperado de <https://repositorio.ucjc.edu/bitstream/handle/20.500.12020/32/C00024989.pdf?sequence=1>

Calero, A. (2014). Fluidez lectora y evaluación formativa. *Investigaciones sobre lectura*, (1), 33-48. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/4462/446243919002/>

Harris, T.L. & Hodges, R.E. (eds) (1995). *The literacy dictionary: The vocabulary of reading and writing*. Newark, DE. International Reading Association.

Meca, R. (2012). Trabajar la lógica Matemática con niños con TDAH: Los Triángulos Mágicos. Fundación cadah. Recuperado de <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/trabajar-la-logica-matematica-con-ninos-con-tdah-los-triangulos-magicos-.html>

Orjales Villar, I. (2011). "Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores". CEPE

## Sugerencias de estrategias de enseñanza

Para facilitar el aprendizaje en los niños y niñas con TDAH se ha observado que aprenden mejor cuando hay estructura en toda la planificación de clases, es decir, hay una secuencia que es parte de una rutina básica. Esto permite a los estudiantes concentrarse en la nueva información y actividades, en vez de tratar de averiguar que sigue y lo que tienen que hacer. De las siguientes estrategias que se pueden aplicar, se deben seleccionar las que mejor se adapten a cada estilo de enseñanza según el profesor/a.



Imagen#17 recuperada de: <https://www.uihere.com/free-graphics/vector-children-in-the-classroom-ai-file-644888>

*Dejar claro cómo deben comportarse los alumnos/as mientras desarrollan las actividades o se les explica la lección.*

*Controlar su atención y su trabajo de forma indirecta (pasando cerca de él, tocando su cabeza o espalda, haciendo un gesto de aprobación etc.).*

*Indicarles los materiales necesarios para cada trabajo por muy evidentes que puedan parecer, esto evita que ellos/as tengan distracciones y pierdan tiempo.*

*Durante las instrucciones de tareas para realizar en el aula o en casa, hay que resaltar las palabras más significativas para facilitar que no pierdan la idea de lo que hay que hacer.*

*Es importante que el profesor/a se asegure que el alumno/a ha recibido las instrucciones completas. Para ello se recomienda que le pida que repita lo que ha dicho o que lo escriba y se lo enseñe.*

*Es muy útil que con 5-10 minutos de anticipación se informe que el tiempo de la actividad que están realizando está a punto de acabar, de esta forma se van preparando para el cambio de actividad sin generarles ansiedad.*



*Mantener contacto visual para tener su atención durante las instrucciones.*

*Se recomienda cambiar la dinámica en las actividades para evitar la monotonía y el desinterés.*

*Asignar poca cantidad de ejercicios, es mejor que realice menos cantidad y bien hechos, que muchos y mal.*

*Programar un sistema donde se vayan registrando los avances del niño/a para que él/ella pueda ver los logros obtenidos y se sienta motivado/a.*

*Hacerles preguntas frecuentes y secuenciadas con marcadores temporales para guiarlos e j. ¿Cuál es el primer paso? ¿Y después de esto, qué sigue?, etc.*

*Situarle junto a compañeros/as que puedan orientarlos en alguna situación que puedan ser compañeros tutores.*

Bibliografía.

TDAH y tú.(mayo de 2014).El reto del TDAH en el aula. Shire Pharmaceuticals Ibérica S.L.Recuperado de <http://www.tdahytu.es/el-reto-del-tdah-en-el-aula-claves-para-crear-ambiente-de-respeto-confianza/>

## **Sugerencias para mantener comunicación con padres**

Para que los tratamientos y sugerencias funcionen lo mejor posible, es necesario tener objetivos claros entre docentes y padres, así como métodos bien estructurados y personalizados, adaptados a cada edad y necesidad.

En algunas investigaciones se llegó a la conclusión de que la intervención educativa muestra una significativa efectividad al elevar el nivel de conocimientos de los padres respecto al TDAH, su manejo y remisión.

Algunas de las estrategias que se debe brindar a la familia para facilitar el aprendizaje y la adopción a la vida cotidiana de un niño con TDAH son:

***Hablar con la familia y explicar lo que es el TDAH para que puedan entender el trastorno y tengan claro que es un niño/a que tiene un ritmo diferente pero que no es anormal, desobediente, o rebelde.***

Tener reuniones con los padres que tienen hijos con TDAH será de gran ayuda ya que estar en comunicación constante es favorable tanto para el niño, los padres y el docente, pues sabrán la perspectiva de cada uno y las actividades que cada uno podrá realizar para mejorar la situación. En las primeras reuniones el docente puede

brindar breve información donde dé la explicación de qué es el TDAH, las alternativas de tratamiento que existen y la importancia de que todos colaboren para un bienestar mutuo y sobre todo al niño/a con TDAH.

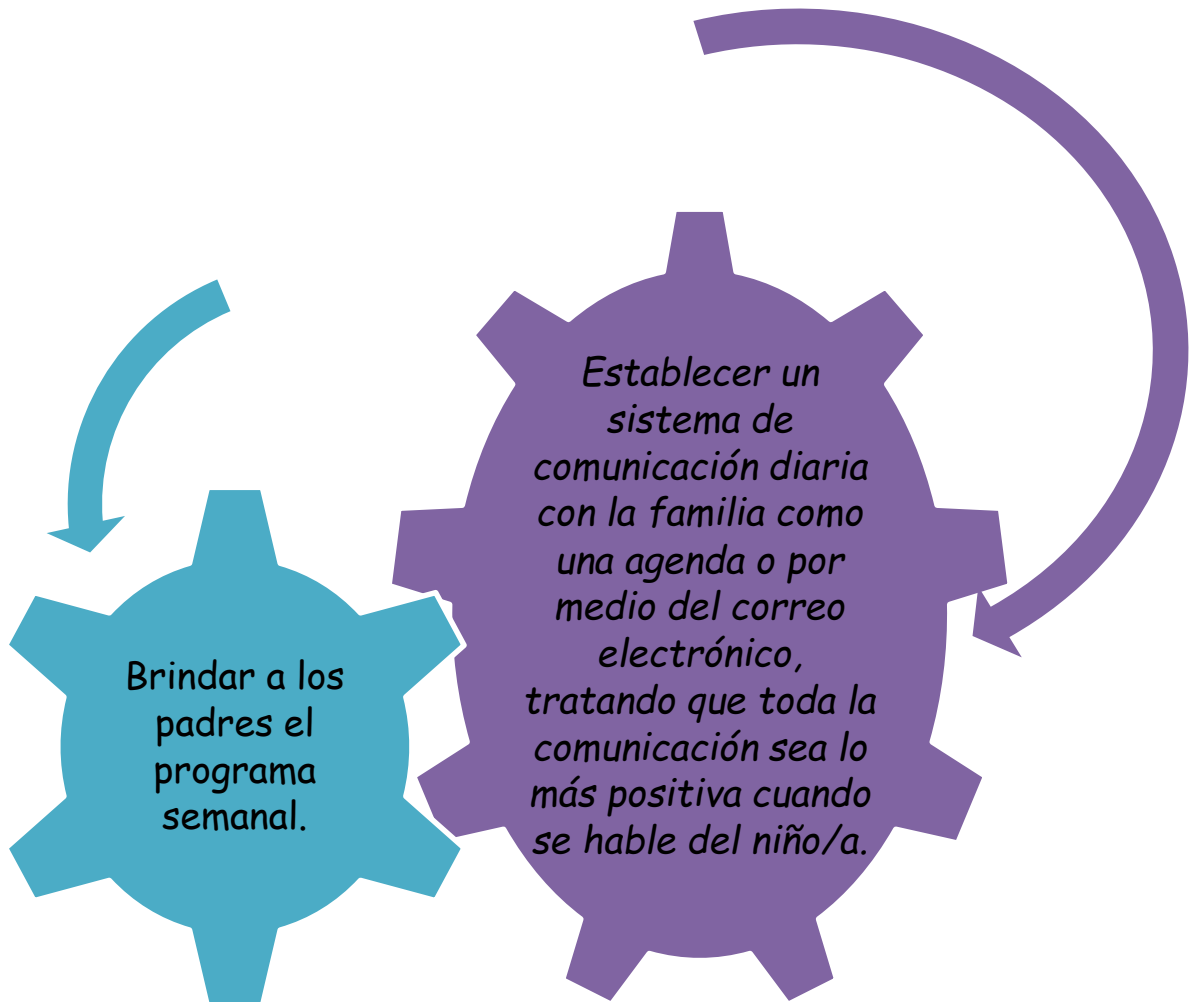
***Reforzar los contenidos trabajados en clase, proveer a los niños/as de múltiples materiales de consulta, cumplir con las tareas, fomentar hábitos de estudio.***

En este caso el docente debe enfatizar la importancia de que los padres se vean involucrados tanto en las actividades que se realicen en el aula como en las que el niño lleve a casa, es decir, que estén enterados sobre qué temas vieron cada día, qué se les complico, qué les gusta, qué no entendieron y para estar enterados de ello, sería necesario que el profesor les brindara a los padres el programa semanal y que este en contacto con al menos un cuidador cercano del niño.



Imagen #18 recuperada de: [https://es.pngtree.com/freepng/child-peeking-homework\\_2821984.html](https://es.pngtree.com/freepng/child-peeking-homework_2821984.html)

## Comunicación con padres.



Los siguientes puntos son, tal cual, las recomendaciones directas que se les hacen a los docentes y que estos mismos pueden hacer a los padres durante la tarea a realizar y el beneficio que traerá tanto en su familia como en el aula.

***Evitar excluirlos de las actividades escolares y o familiares por la estigmatización de que es diferente o que no puede.***

***Reconocer logros y avances por mínimos que sean para incentivar su esfuerzo y fortalecer su seguridad.***

***Afectividad en la relación con sus hijos/as (fomentar paseos, conversaciones, juegos, etc.) esto ayudará a desarrollar una interacción sana que podrá reflejarse en el salón de clases y en las actividades fuera de la escuela (visitas a museos, parques, etc.).***

***Antes de castigar por alguna conducta inapropiada preguntar y escuchar que es lo que le motivo a tener esa reacción, si el niño/a no puede o no sabe cómo explicarlo, hay que decirle de que forma su conducta afecta al entorno o a él mismo, sin olvidar que se habla y se enjuicia la conducta no al niño/a.***

## Bibliografía

Piedrahita, S.L.; Henao, A.; Burgos, P.; (2011). Intervención educativa para promover el conocimiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) con padres de familia de una institución educativa. *Enfermería Global*, 10 (23), 140-146. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834769009>

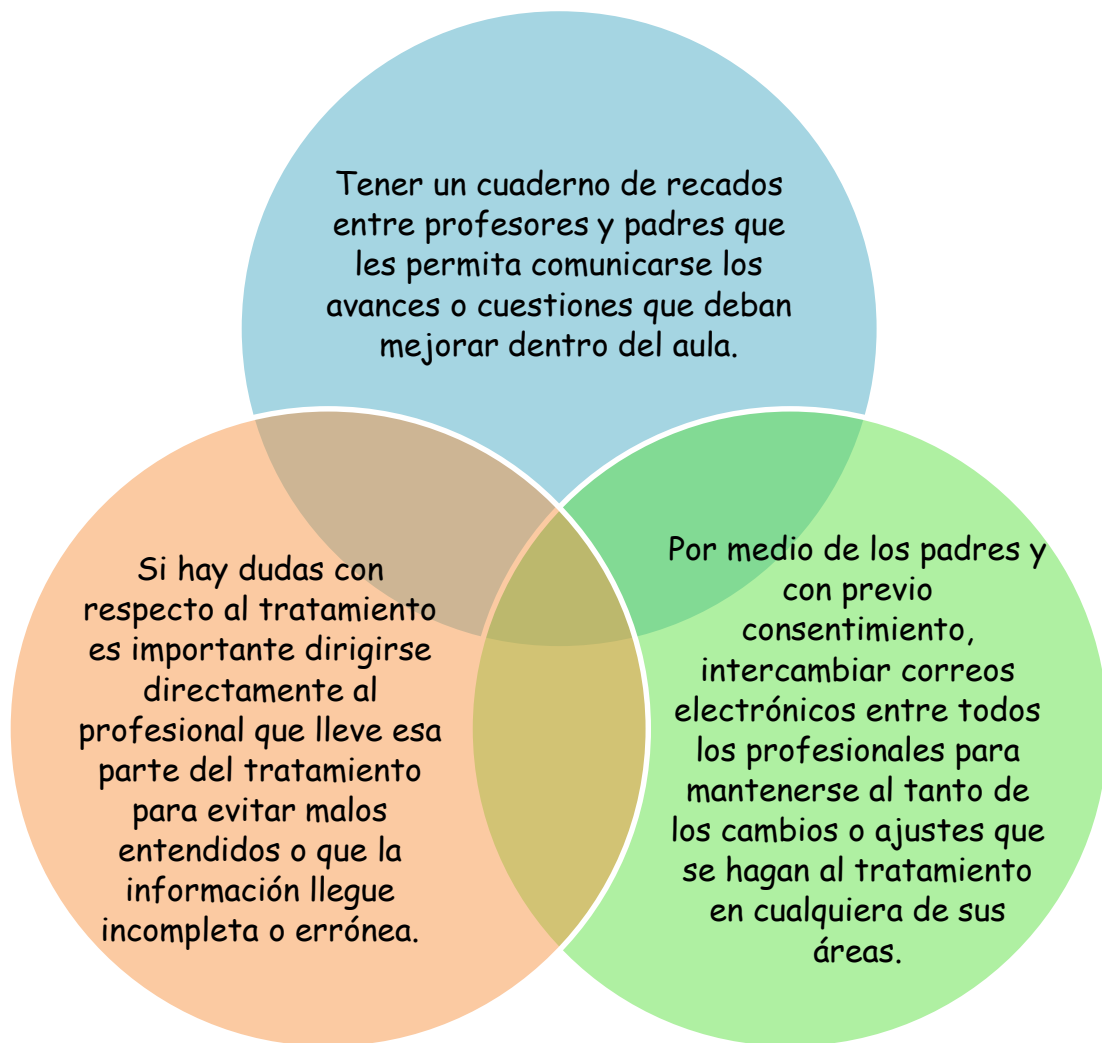
Proyecto dah.TDAH: comunicación efectiva entre padres y docentes. Recuperado de <https://www.cerebrofeliz.org/articulosdah/comefectiva.html>

TDAH y tú.(mayo del 2015).Comunicación profesores y padres.Shire Pharmaceuticals Ibérica S.L. Recuperado de <http://www.tdahytu.es/comunicacion-profesores-y-padres/>

## **Sugerencias para mantener comunicación con el equipo de profesionales**

La comunicación entre todos los profesionales que atienden a un niño/a con TDAH es importante para favorecer el desarrollo y el rendimiento en la escuela, trabajando todos en los mismos objetivos o detectando aquellas áreas donde se requiera reforzar el aprendizaje, proponiendo desde su especialidad profesional recomendaciones que favorezcan al niño/a.

Sugerencias:



Bibliografía.

Dominguez MARTÍNEZ, S., " La educación, cosa de dos: La escuela y la familia", en Temas para la educación, 8 (2010).

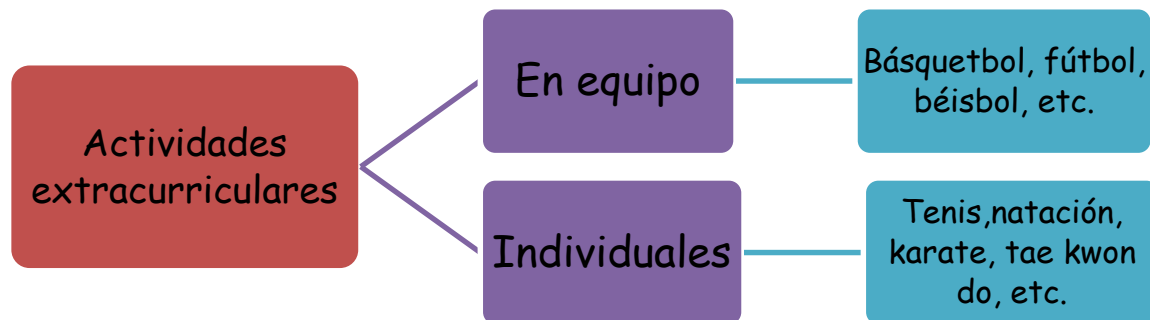
González, J. (2010). Comunicación afectiva: padres-tdah-docentes. PSICOTDAH. Recuperado de: <http://psicotdah.com/comunicacion-efectiva-padres-tdah-docentes>

Bulacio, J.M., Vieyra M. C. y Esteban, E. Uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. Fundación de Investigación en Ciencias Cognitivas Aplicadas (ICCAp).

## Actividades extra curriculares de gestión escolar que favorecen el desarrollo de los niños/as con TDAH

Las actividades extracurriculares son una buena herramienta de refuerzo a corto plazo para que los niños/as y adolescentes realicen. Los deportes en equipo son una buena oportunidad para aprender habilidades sociales, trabajar la tolerancia a la frustración y tomar modelos de comportamiento.

Es importante que las escuelas tomen en cuenta la importancia de estas actividades para que las incorporen a sus programas académicos.





Estas actividades incluyen el rol de un modelo (el instructor), instrucciones claras e interacción con compañeros/as, así como requieren de absoluto control mental y físico.



Imagen #19 recuperada de: <https://es.vecteezy.com/arte-vectorial/298710-deporte>

#### Bibliografía.

Peláez, V. (2017): `TDAH en vacaciones: continuar el tratamiento con juegos` recuperado el 23 de junio de 2017 de <https://www.redcenit.com/tdah-en-vacaciones-tratamiento-con-juegos/>

Chaban, P., McAuley, T., y Tannock, R. (2009). TDAH y habilidades sociales-emocionales. [www.AboutKidsHealth.ca](http://www.AboutKidsHealth.ca).

Orjales, I. (2012). TDAH, elegir colegio, afrontar los deberes y prevenir el fracaso escolar. Ediciones Pirámide.

<https://www.guiainfantil.com/articulos/salud/hiperactividad/los-mejores-deportes-para-ninos-tdah/>

# Ejercicios para estimular y reforzar el aprendizaje y la atención del alumno/a con TDAH

(Algunos ejemplos de estos ejercicios se encuentran en el anexo I).

**Memoria.** Un buen ejercicio para poder trabajar la falta de atención que tienen los niños(as) es jugar memoria. Para ello, según la edad del niño/a, se puede adaptar a sus necesidades y en distinto grado de dificultad.

**Buscar detalle.** En este ejercicio mostraremos al niño/a diferentes dibujos de objetos, fotografías e imágenes en un periodo breve de tiempo. Después le preguntaremos qué detalles recuerda y le pediremos que nos dibuje la imagen cuidando la disposición, el color y el tamaño, cuantos más detalles recuerde más elogios nuestros recibirá.

**A clasificar.** Consiste en clasificar objetos distintos según un criterio dado o una característica común (por ejemplo: agrupar todas las cosas rojas, todas las cosas cuadradas etc.), podremos ampliarlo aumentando el número de características comunes y utilizando materiales cotidianos.

**Discriminación visual.** Una buena actividad para trabajar con niños/as es buscar objetos dentro de láminas que tengan muchas cosas. Cuantos más elementos tenga el dibujo, más dificultad la tarea y mayor exigencia. Se trata de que se anime al niño/a a buscar determinados elementos, por ejemplo, ¿cuántos niños con gorra ves en la

fotografía?, ¿cuántos autos azules hay?, encuentra la casa verde con puerta de madera, etc. Esto ayudará al niño a centrarse en una tarea y mantener la atención.

**Laberintos.** Otra actividad fácil, divertida y útil para trabajar la atención y la planificación son los laberintos. Para ello, consigue laberintos distintos y con instrucciones como: presta atención y recuerda que no puedes salirte de las líneas del borde del laberinto, comienza aquí y encuentra la salida del laberinto, hazlo con calma.

El niño/a debe prestar atención a la tarea y planificar cómo debe realizarla para lograr encontrar la salida.

**Encontrar las diferencias.** Los juegos de encontrar las diferencias también son muy útiles para trabajar la atención. Para ello, presentamos al niño/a dibujos muy similares pero que tengan pequeñas diferencias y le animamos a que ubique dónde están las diferencias.

**Tortuga que se esconde.** (Relajación muscular progresiva). Tumbados boca abajo, somos una tortuga que va a ir escondiendo su cabeza y replegando sus patas, hasta que sólo se vea el caparazón. El niño/a debe haber encogido y tensado los músculos de los brazos, piernas y cuello. A continuación, sale el sol y el animal vuelve a asomar muy despacio su cabeza, al tiempo que va estirando las extremidades, dejándolas distendidas y relajadas (Rodríguez, 2011). Este ejercicio ayuda a disminuir la tensión muscular y a desestresarse.

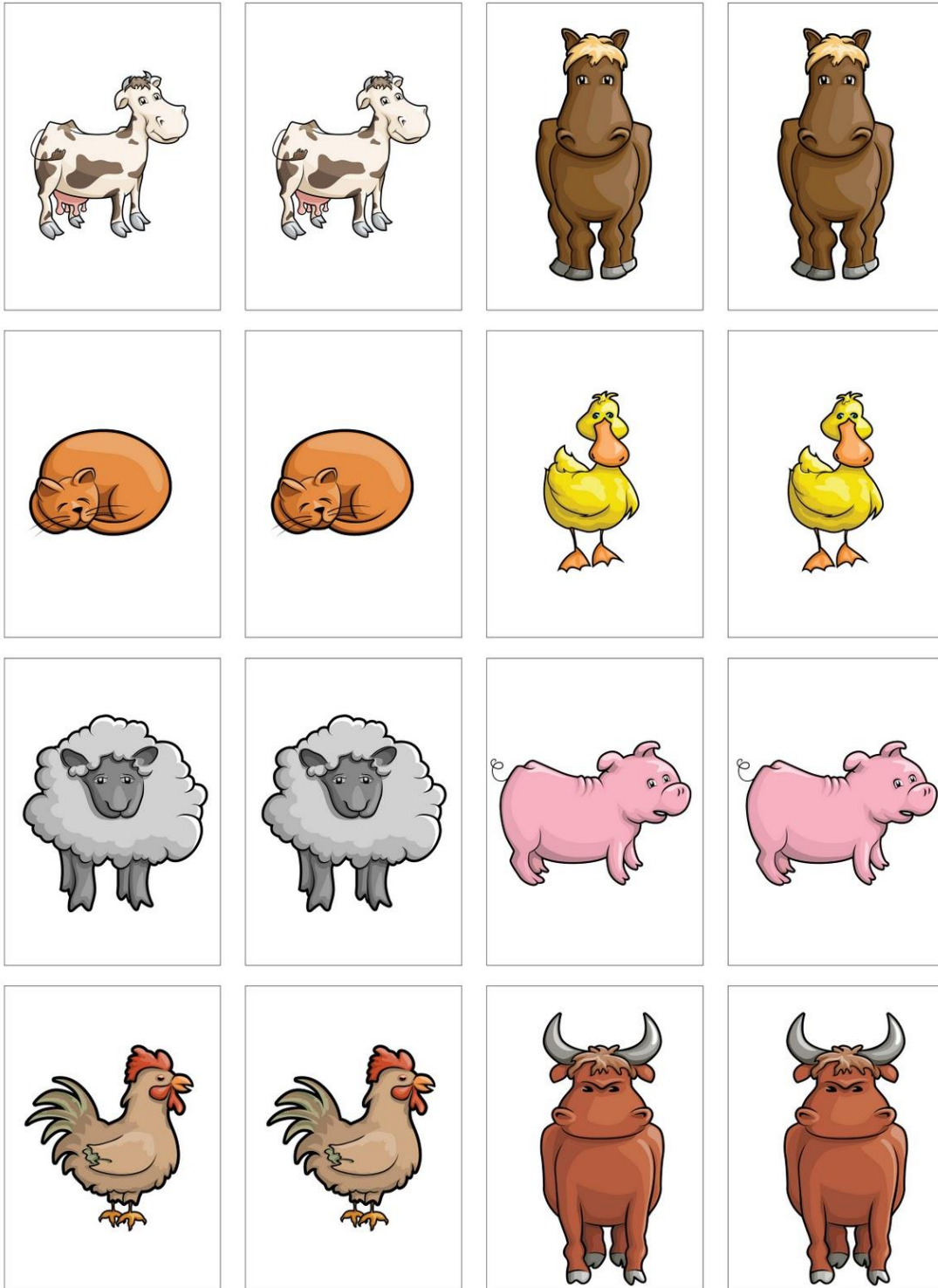
**Carrera de caracoles.** El adulto y el pequeño/a van a competir en una carrera, como si fueran caracoles. Pero como es una prueba muy especial, el ganador es el que llega el último, de manera que irán avanzando a cámara lenta, ejercitándose en movimientos sumamente lentos, y en el autocontrol de la impulsividad. Paradójicamente en esta ocasión aprenderá que la recompensa llega cuando uno es capaz de enlentecer sus movimientos y ser consciente de los músculos que hay que tensar en cada tramo (Rodríguez, 2011).

**Economía de fichas.** El objetivo de la técnica consiste en fomentar la motivación y el interés hacia ciertas actividades que no le son motivantes para el niño/a, como las tareas escolares o las responsabilidades dentro de casa y también para corregir conductas que no favorezcan su desempeño o integración con su medio.

La técnica consiste en entregar un estímulo (fichas, vales, puntos, estrellas) que actúa de reforzador simbólico, inmediatamente después de la conducta deseada o que queremos reforzar, posteriormente (en un tiempo establecido previamente) el estímulo (fichas, vales, puntos, estrellas) se cambia por un refuerzo positivo (premio previamente acordado). La técnica permite trabajar varias conductas a la vez, pero necesita de una buena planificación de los padres o los profesores/as encargados de dirigir la técnica.

**Anexo I. Láminas con  
ejercicios para estimular y  
reforzar el aprendizaje y  
la atención del alumno/a  
con TDAH**

# MEMORIA







# LÁMINAS CON DISTRACTORES





## LÁMINAS CON DISTRACTORES 2





Apellidos \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
Centro \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_

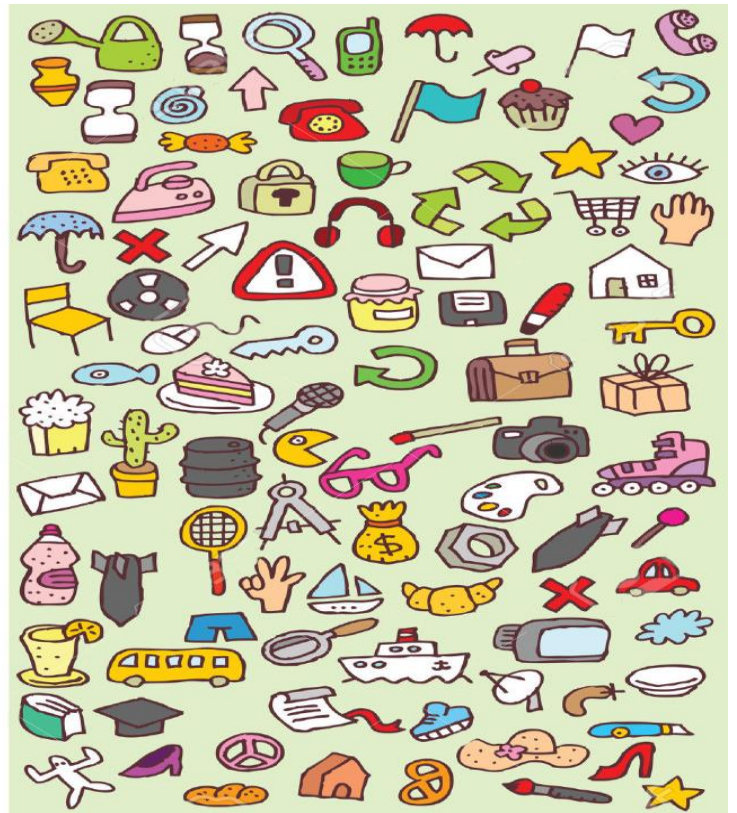
**Busca y colorea**



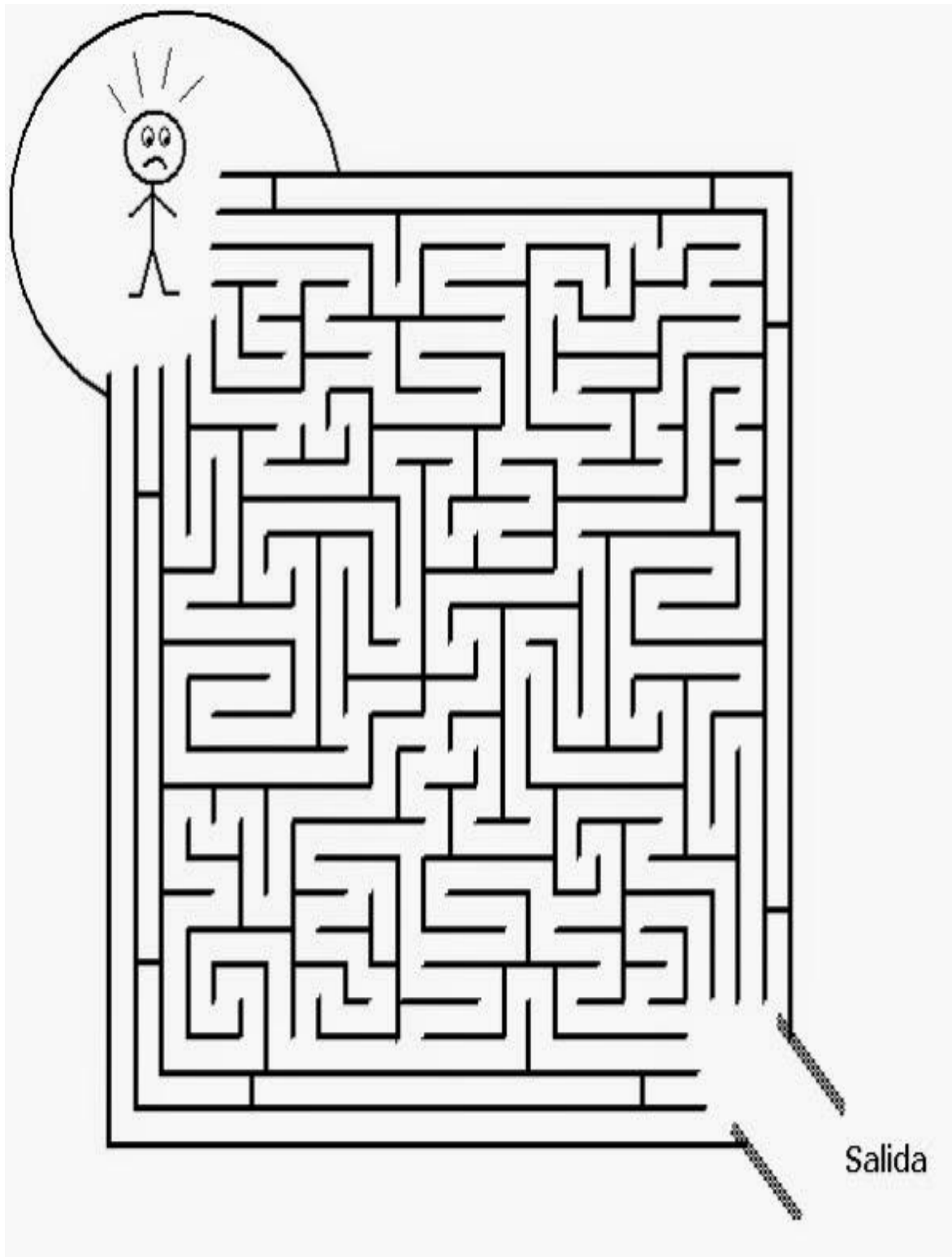
Anónimo. (2012, 16 de mayo). Actividades para un TDAH [Blog educación primaria]. Recuperado de <http://educacionprimariaucam.blogspot.mx/2012/05/actividades-para-un-tdah.html>



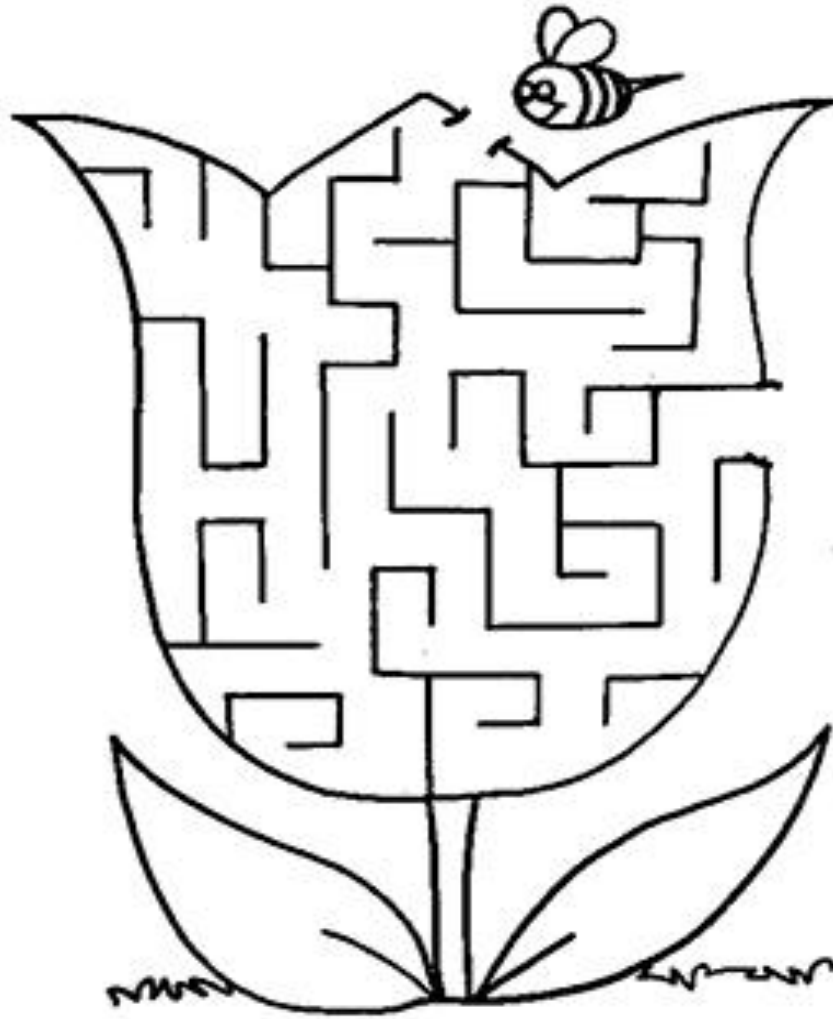
# ENCONTRAR LAS DIFERENCIAS



# LABERINTOS

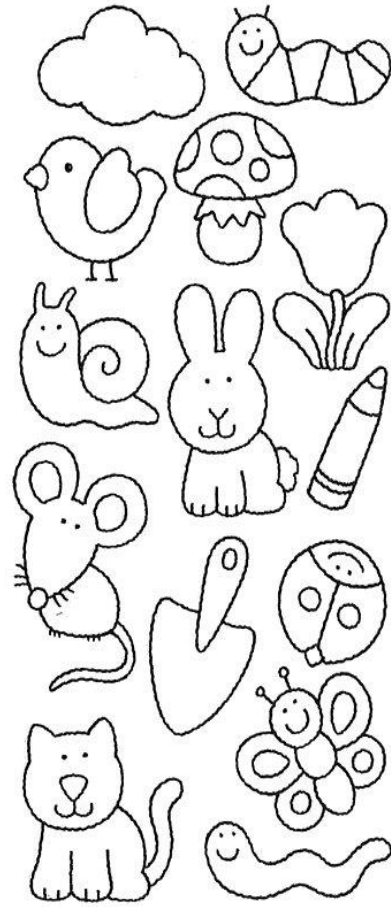


LABERINTOS 2



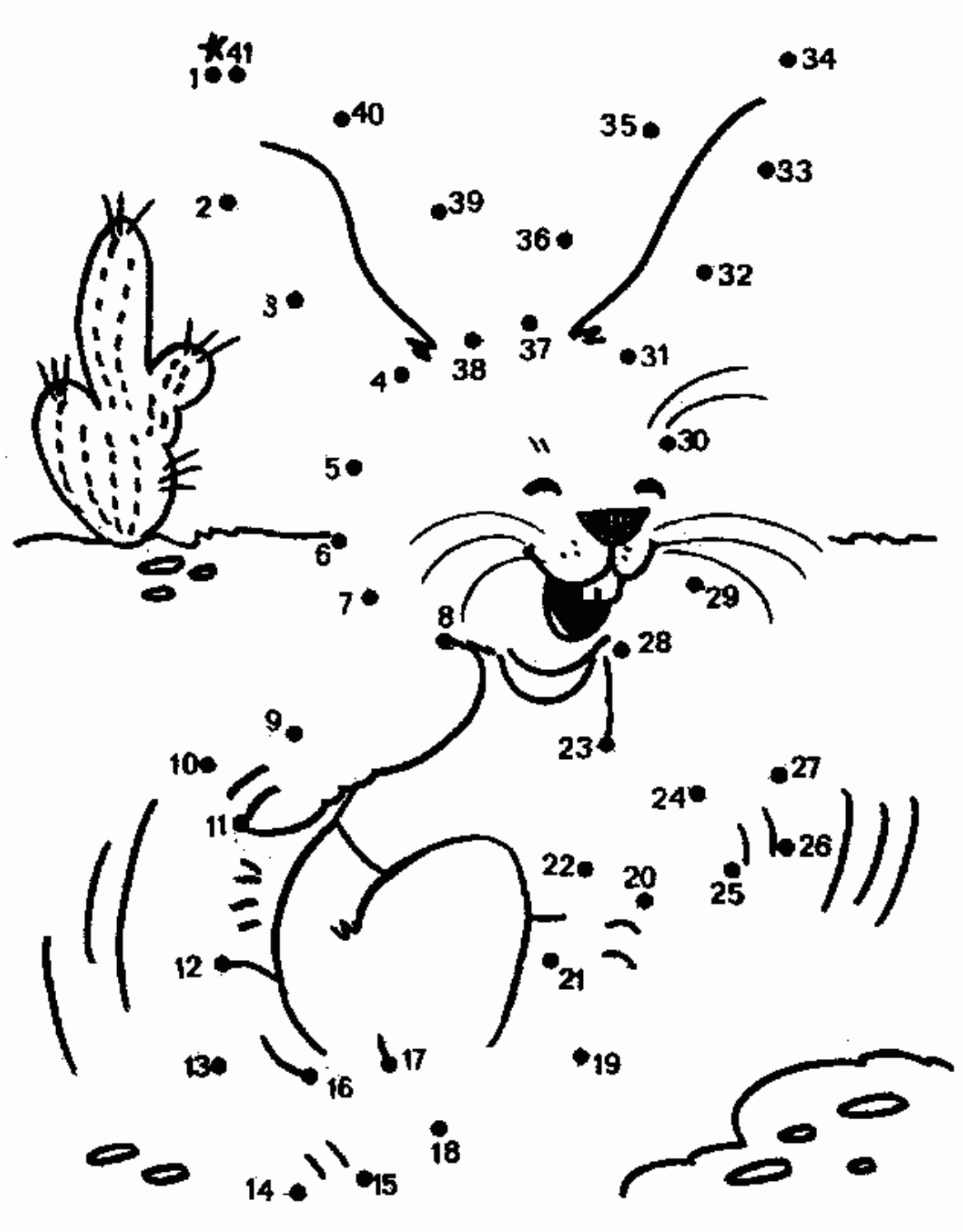
# DUENDE JARDINERO

BUSCA Y COLOREA EN EL DIBUJO COMPLETO LAS FIGURAS QUE SE ENCUENTRAN A LA DERECHA DE LA PÁGINA.



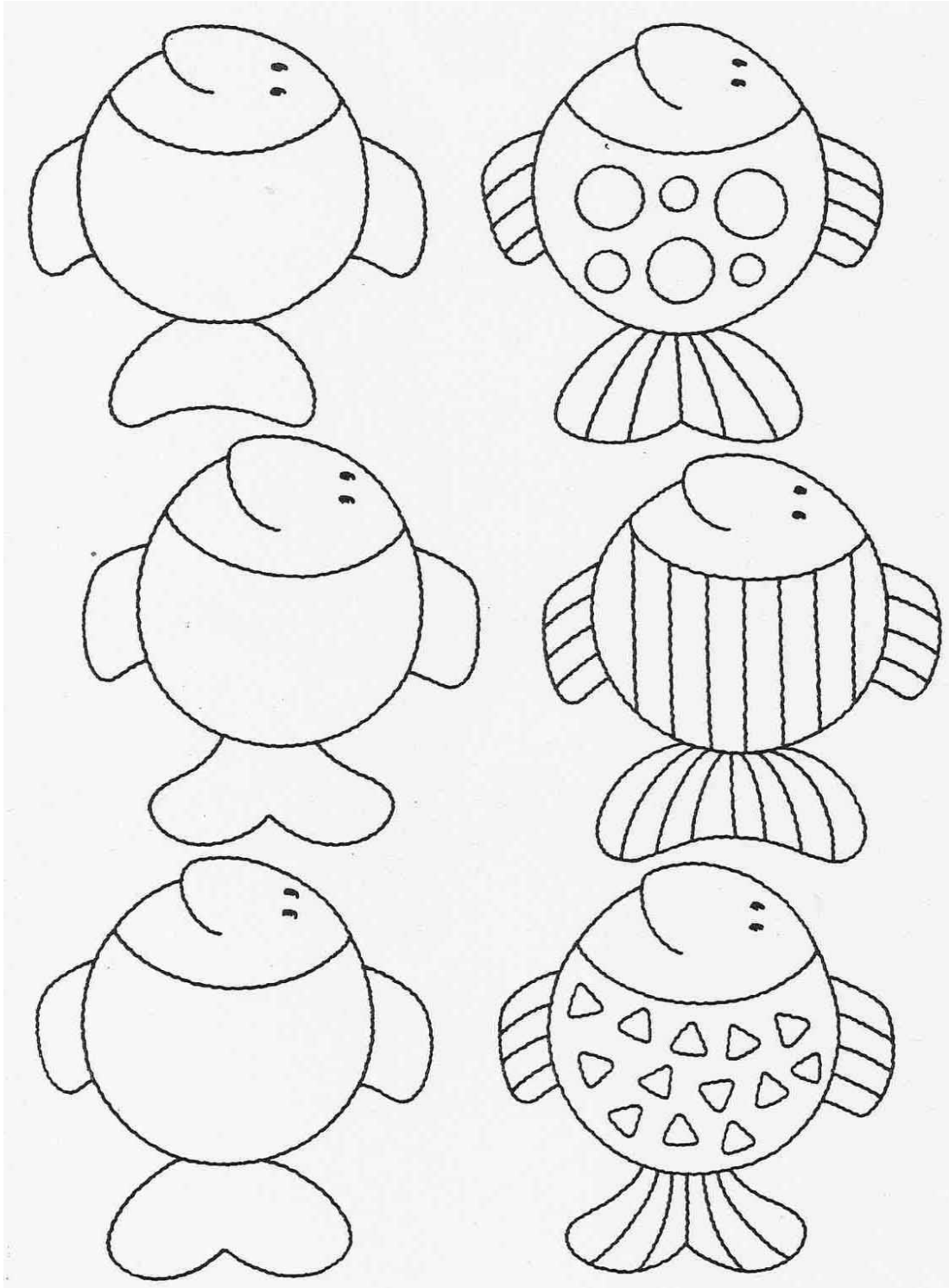


Completa la imagen.

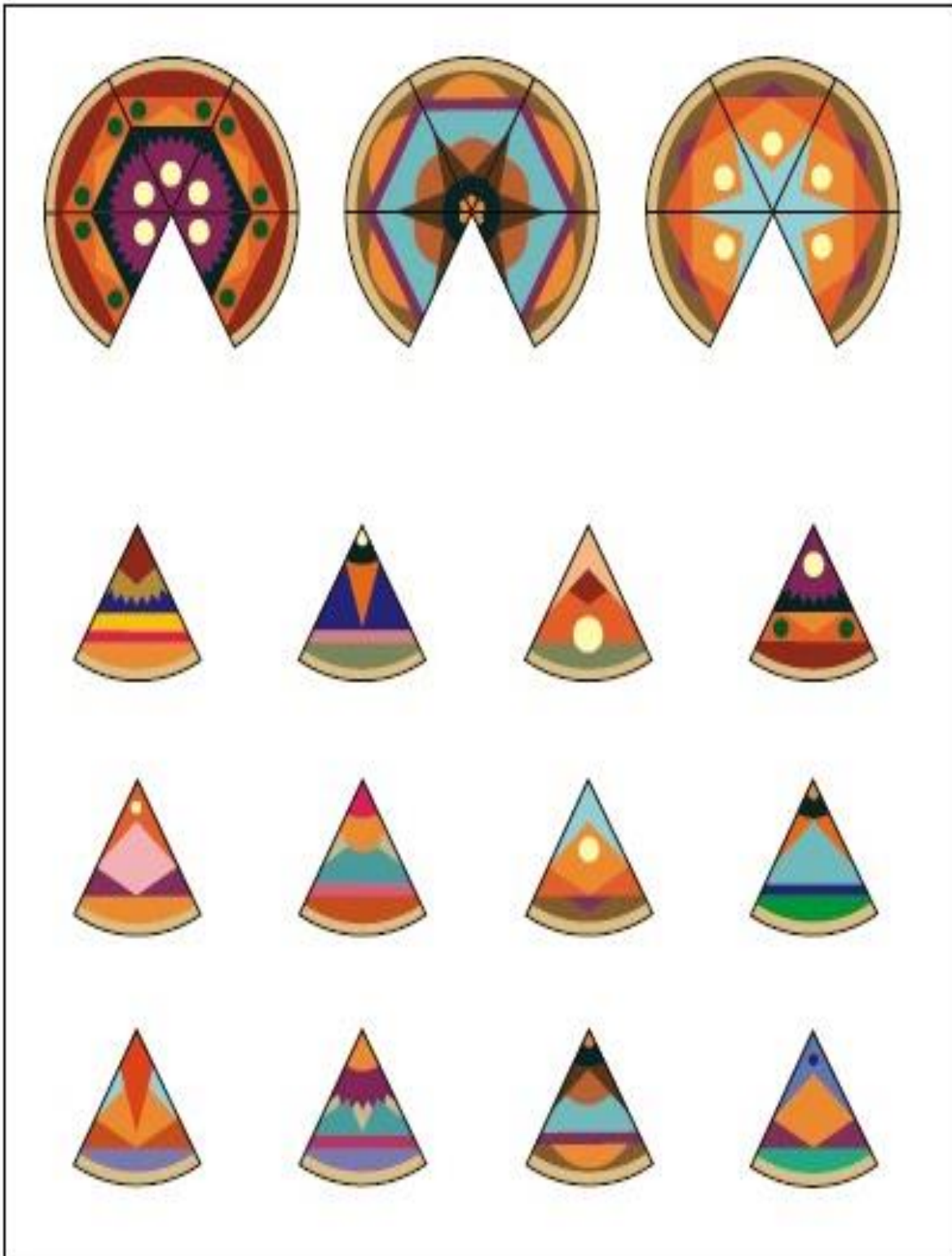




Dibuja lo que le falta a cada pez para que sean iguales a su compañero.



## Completa las pizzas



Anónimo. (2012, 16 de mayo). Actividades para un TDAH [Blog educación primaria]. Recuperado de <http://educacionprimariaucam.blogspot.mx/2012/05/actividades-para-un-tdah.html>

**Economía de fichas (ejemplo).** (Los padres y profesores deberán decidir los estímulos que el niño/a va a recibir de acuerdo a su criterio y las características y necesidades de cada niño/a).

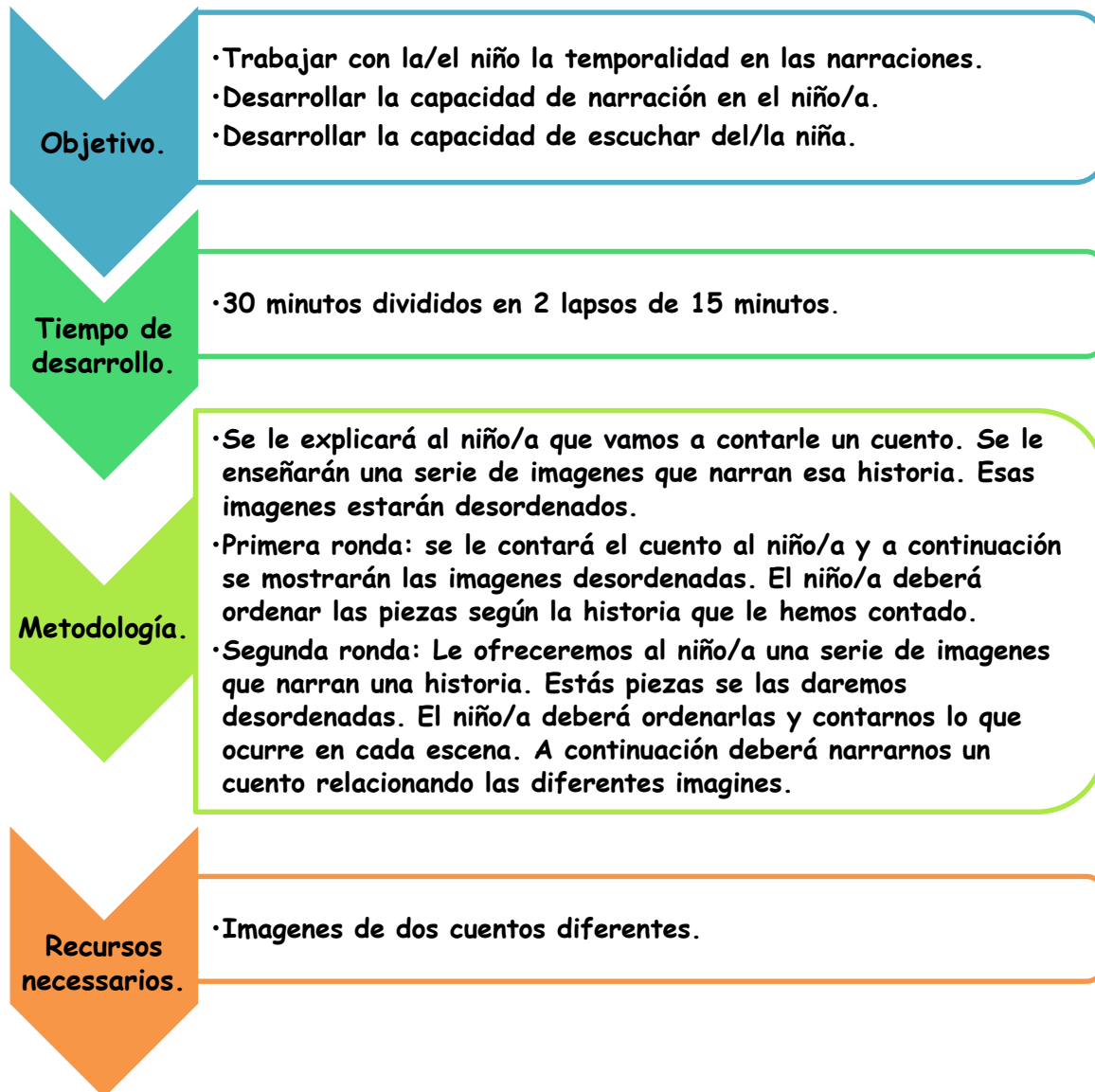
CONDUCTA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	META
No gritar en el salón						Elegir una película para ver en casa.
No pelear						Mi comida favorita.
Traer mis tareas hechas						Una salida al parque.
Obedecer al profesor/a						Salida al zoológico.
Cuidar mis útiles escolares						Unas plumas nuevas.
No insultar						Una revista.

# RECORDATORIO SIMPLIFICADO Y ASERTIVO PARA PROFESORES.

Hola profe,  
tengo TDAH y  
te necesito.



## Anexo II. Ejercicios para reforzar la atención, para cuando está aburrido o premiarlo



# La historia desorganizada.

## El cuento creado.

---

**OBJETIVO:** Desarrollar la capacidad de habla  
Desarrollar la capacidad de escucha.

---

**TIEMPO DE DESARROLLO:** 30 minutos divididos en tres rondas de 10 minutos.

---

**METODOLOGÍA:** Le mostraremos al niño/a cuatro bolsitas y le explicaremos que en su interior hay una serie de objetos. Le diremos que vamos a inventar un cuento entre los dos, el niño/a y el maestro/a.

---

Primera ronda: El niño/a deberá elegir uno de las bolsitas. A continuación el maestro/a meterá la mano y sacará un objeto. A partir de este objeto el maestro/a comenzará a inventar un cuento. Dirá una o dos frases y sacará otro objeto de la bolsa. Continuará hasta que saque el último objeto. El niño/a deberá relatarnos la historia que le hemos contado teniendo los objetos del saquito como apoyo visual.

---

Segunda ronda: Al niño/a se le dará a elegir otra bolsita entre las tres que quedan. Le explicaremos que ahora que ya sabe jugar vamos a jugar entre los dos, maestro/a y alumno/a. Empezará el maestro/a. A continuación será el niño/a el que meta la mano en la bolsita y sin mirar sacará un objeto y continuará una historia que tenga relación con el objeto que ha sacado. Se continuará hasta que se hayan acabado todos los objetos o hasta que uno de los dos, maestro/a o alumno/a, cierre la historia. Con esta actividad lograremos que el niño/a esté atento/a a la historia que le contamos y al mismo tiempo favorecemos su expresión verbal. Además le podemos explicar que en las otras bolsitas hay también objetos muy divertidos para contar historias pero que las veremos otro día. De esta manera se mantiene esa motivación para la siguiente vez que pretendamos trabajar esta actividad.

---

**RECURSOS NECESARIOS:** Cuatro o más bolsitas con objetos diferentes en su interior.

---

## **EL BIBLIOTECARIO.**

### **OBJETIVO:**

**Mejorar la capacidad de organización.**

### **TIEMPO DE DESARROLLO:**

**15 minutos diarios.**

### **METODOLOGÍA:**

**Se le dará al niño la tarea de bibliotecario del aula. Ésta es una tarea diaria que consiste en revisar que los libros de lectura estén ordenados ya sea por colores, orden alfabético tamaños o temas. Al mismo tiempo también deberá anotar qué libro se lleva cada niño/a a casa y cuándo lo devuelve.**

**Con esta tarea ayudamos a entender al niño/a la importancia de la organización y cómo llevarla a cabo. Lo aprendido con esta actividad diaria puede aplicarlo a otras áreas de su vida.**

### **RECURSOS NECESARIOS:**

**Listado donde se registren el préstamo de libros de la clase.**

## Referencias

- Acosta, F. (2011). *Educación, Enseñar, Escolarizar: El problema de la especificación en el devenir de la Pedagogía*. VIII Encuentro de Cátedras de Pedagogía de Universidades Nacionales Argentinas, 8, 9 y 10 de agosto de 2011, La Plata. Teoría, formación e intervención en Pedagogía. EN: Actas. La Plata: UNLP. FAHCE. Departamento de Ciencias de la Educación. Disponible en: [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.937/ev.937.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.937/ev.937.pdf)
- Acosta, R. y Hernández, J. A. (2004). La autoestima en la educación. *Límite*, 1(11), 82-95. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83601104>
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, V A: American Psychiatric Association.
- Angold, A.; Costello, E. J. & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57–87.
- Antshel, K. M., Macias, M. M. & Barkley, R. A. (2009). The Child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. En D. B. Ronald (Ed.). *Clinical Pediatric Neurology* (pp. 525-539). New York: Demos Medical Pu.
- Artigas-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de neurología*, 36 (1),68-78. Recuperado de <http://www.aamndah.com/app/download/5809512798/COMORBILIDAD+EN+EL+TDAH+NEUROCOGNITIVA.pdf>
- Artigas-Pallarés, J; García, K y Rigau, E. (2013). Cormobilidad en el TDAH. II International congress of neuropsychology in the internet. Unitat de Neuropediatria. Hospital de Sabadell. Corporació Sanitària Parc Taulí.
- Asociación Americana de Psiquiátrica (APA). (2002). López-Ibor, A. J. J. y Valdés, M. M. (trad.). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Elsevier Masson.



- Avila, D. (2007). ¿Qué es la comorbilidad?. *Revista Chilena de Epilepsia*, 8(1),49-51.  
Recuperado de:  
[http://www.revistachilenadeepilepsia.cl/revistas/revista\\_2007/a8\\_1\\_tr\\_comorbilidad.pdf](http://www.revistachilenadeepilepsia.cl/revistas/revista_2007/a8_1_tr_comorbilidad.pdf)
- Barkley, A. (2002). Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Guía completa del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Barcelona: Paidós Ibérica.
- Barkley, R. A. (23 de agosto 2013). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Essential Ideas for Parents (doblada al español). Recuperado de:  
[https://www.youtube.com/watch?v=kRm31dE\\_dM8](https://www.youtube.com/watch?v=kRm31dE_dM8)
- Barkley, R.A. (1995). *Taking Charge of ADHD*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2006). History. En Barkley, R.A. and Murphy, K.R. (Eds.). *Attention-deficit Hyperactivity disorder: A Clinical Workbook, Vol.2*.(pp.3-75). New York: Guilford Press.
- Barragán, P. E., Olvera, F., Ortiz, S., Ruiz, M., Hernández, J., Palacios, L., y Suárez, A. (2007). Primer Consenso Latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Latino América. *Medigraphic*, 326-343. Recuperado de  
[http://tdahlatinoamerica.org/documentos/05\\_CARPETA\\_5\\_Barragan\\_y\\_otros\\_Primer\\_Consenso.pdf](http://tdahlatinoamerica.org/documentos/05_CARPETA_5_Barragan_y_otros_Primer_Consenso.pdf)
- Barrón, J. (2010). *Intervención psicoeducativa para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad* (Tesina de licenciatura). Universidad Pedagógica Nacional, México.
- Bauermeister, D. (2017). *Impacto social y prevalencia del TDAH*. Recuperado de:  
<http://atenciondrbauer.com/impacto-social-y-prevalencia-del-tdah/>
- Bernal, J. (2008). *Familia, Escuela y Niños Con TDAH. Relaciones Funcionales en “Hiperactivos, estrategias y técnicas para ayudarlos en casa y en la escuela”*. Madrid:LoQueNoExiste

- Bradley, C. & Bowen, M. (1941). Amphetamine (benzedrine) therapy of children's behavior disorders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 11 (1), 92-103. DOI: 10.1111/j.1939-0025.1941.tb05781.x
- Bradley, C. (1937). The behavior of children receiving benzedrine. *American Journal of Psychiatry*, 94, 577-585.
- Brown, T. (2010). Comorbilidades del TDAH. España: Elsevier Masson
- Calero, A. (2014). Fluidez lectora y evaluación formativa. *Investigaciones sobre lectura*, (1),33-48. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/4462/446243919002/>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (28 de mayo de 2008). *Proyecto de decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Educación. Dictamen LX/III/1/065.* Recuperado de: [www3.diputados.gob.mx/camara/content/download/.../file/TDAH.pdf](http://www3.diputados.gob.mx/camara/content/download/.../file/TDAH.pdf)
- Casajús Lacosta, A. M. (2009). Didáctica escolar para alumnos con TDAH. Barcelona: Horsori.
- Cousinet, R. (2014). Qué es enseñar. *Archivos de ciencias de la educación*. 8(8), 1-5. En memoria académica. Universidad Nacional de Plata. Recuperado de [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art\\_revistas/pr.6598/pr.6598.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.6598/pr.6598.pdf)
- Cubero, C.M. (2007). Escuela y docencia: Esenciales para el éxito académico y personal de personas con trastornos de déficit de atención. *Actualidades Investigativas en Educación*, 7(3), 1-28. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/447/44770313/>
- Díaz, J. (2002). *Manual hiperactividad infantil*. Asociación andaluza de psiquiatría y psicología infanto-juvenil. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/56664221/Diaz-Atienza-Joaquin-Manual-Thda>
- Díaz, J. (2006). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Perspectiva biopsicosocial. *Monografías de psiquiatría infanto-juvenil*. Infancia y Adolescencia los Millares. Recuperado de <http://diazatienza.es/TDAH/historia.pdf>

- División de Educación General (2007). *Guía de apoyo técnico-pedagógico: necesidades educativas especiales en el nivel de educación parvularia*. Chile: Gobierno de Chile Ministerio de Educación
- Egger, H.L., Kondo, D., Agnold, A. (2006). The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: A review. *Infants Young Children*; 19(2):109-22
- Eisenberg, L. (2007). Commentary with a Historical Perspective by a Child Psychiatrist: When “ADHD” Was the “Brain-Damaged Child”. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 17 (3), 279-283. doi: 10.1089/cap.2006.0139
- Eisenberg, L. (1972). Symposium: Behavior modification by drugs. III. The clinical use of stimulant drugs in children. *Pediatrics*, 49, (5), 709 – 715.
- Escardíbul, M., Mabres, M., Martínez B., Montaner A. y Segú S. (2012). Guía de práctica clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH). En M. Mabres (Coord.). *Hiperactividades y déficit de atención. Comprendiendo el TDAH* (pp. 19-50). Barcelona: Octaedro.
- Esparza, E. M. (2015). Los síntomas del TDAH, sólo la punta del iceberg. Clínica de lo negativo. México: Colegio Internacional de Educación Superior. Tesis de doctorado en investigación psicoanalítica. DOI: 10.13140/RG.2.1.4827.7360
- Esparza, M. E. M. y González, M. D. R. (octubre 2010). *Conflictos emocionales en niños con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*. Trabajo presentado en el XVIII Congreso de Psicología. México. D.F.
- Faraone S.V., Perlis, R.H., Doyle, A.E., Smoller, J.W., Goralnick, J.J., Holmgren, M.A., et al. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 57 (11), 1313-23.
- Feinstein, A.R. (1970). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J Chronic Dis*, 23(7), 455-468

- Feixas, G. y Miró, T. M. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Barcelona: Paidós.
- Félix, V. (2007). Conceptualización del comportamiento disruptivo en niños y adolescentes recuperado de: <http://www.uv.es/femavi/Elda2.pdf>
- Félix, V. M. (2006). Recursos para el diagnóstico psicopedagógico del TDAH y comorbilidades. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 623-642. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293121929009>
- Fundación CADAH (2012). TDAH: Instrumentos o pruebas para evaluar el TDAH. Recuperado de <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-instrumentos-o-pruebas-para-evaluar-la-atencion-hiperactividad-e-impulsividad.html>
- Fundación de Neuropsicología clínica. (s.f.). *Guía para docentes de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH-ADHD)*. Recuperado de <http://www.fnc.org.ar/>
- Fundación Sant Joan de Déu (coord.). (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes*. Cataluña: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Galicia, O.R.(2015). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. México: Manual Moderno
- Garza, S., Núñez, P.S. y Vladimírsky, A. (2007). Autoestima y locus de control en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Boletín Médico Hospital Infantil de México Federico Gómez*. 4(64): 231-239.
- Gómez-Jarabo. G. (2015). *Bases farmacológicas de la conducta: II.Farmacología de los trastornos mentales y conductuales*. España: Síntesis Editorial
- Guzmán, J. (2011). Una nueva visión de la enseñanza: la centrada en el aprendizaje (ECA). *Correo del Maestro*, 177.
- Harris, T.L. & Hodges, R.E. (eds). (1995). *The literacy dictionary: The vocabulary of reading and writing*. Newark, DE. International Reading Association.

Her Majesty's Stationery Office (HMSO) (1989). *The Elton Report. Enquiry into Discipline in Schools*. London: HMSO Recuperado de <http://www.educationengland.org.uk/documents/elton/elton1989.html>

Hernández, Montserrat; Pastor, Nuria; Pastor, Xavier; Boix, Cristina y Sans, Anna (2017). Calidad de vida en niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH). *Pediatría Atención Primaria XIX (73)*, pp. 31-39.

Herranz, B. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: conocimientos y forma de proceder de los pediatras de Atención Primaria. *Revista Pediatría de Atención Primaria, 8(4)*,217-39 Recuperado de <http://www.pap.es/files/11116-600-pdf/625.pdf>

Herranz, B. (2010). *Manejo en Atención Primaria del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)*. Recuperado de: <https://anadahialava.files.wordpress.com/2010/12/2010-manejo-del-tdah-en-atencic3b3n-primaria.pdf>

INEGI “ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL... DÍA DEL NIÑO (30 DE ABRIL)” recuperado de: [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/ni%C3%B1o2017\\_Nal.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/ni%C3%B1o2017_Nal.pdf)

Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación [INEE]. (2017). La evaluación en el nuevo modelo educativo. *Revista de evaluación para docentes y directivos (Red)*, 8(3),9-91.

Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación [INEE]. (2015). La buena enseñanza. *Revista de evaluación para docentes y directivos (Red)*, 1(1),18-85.

Janin, B. (2006). El ADHD y los diagnósticos en la infancia: La complejidad de las determinaciones. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente, 41/42*, 83- 110.

- Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2001;4(3):183-207.
- Jones, B. (2011). The Reality-Sampling Deficit and ADHD: Indication for an Active Technique. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10, 73–86. doi: 10.1080/15289168.2011.575708
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) (2009). *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2008*. Nueva York: Publicación de las Naciones Unidas. Recuperado de: [https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2008/AR\\_2008\\_Spanish.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2008/AR_2008_Spanish.pdf)
- Kanarek, R.B. (2012). Colorantes alimentarios artificiales y trastorno por déficit atencional con hiperactividad. *Nutrition Reviews*, 69(7), 1-8. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/7829/d714f1148813ce3827c7f33e94d25011879d.pdf>
- Kaplan, M. H., & Feinstein, A. R. (1974). The importance of classifying initial comorbidity in evaluating the outcome of diabetes mellitus. *Journal of Chronic Diseases*, 27, 387–404.
- Korzeniowsk, C., & Ison, M. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII (1), 65-71.
- Lahey, B., Loober, R., Burke, J. (2002). Waxing and waning in concert: dynamic comorbidity of conduct disorder with other disruptive and emotional problems over 7 years among clinic-referred boys. *J Abnorm Psychol* 111,556-557
- Lasa, Z. A. y Moya, J. (2012). Discusión a partir de la Guía de práctica clínica sobre el TDAH y de los casos clínicos presentados. En M. Mabrés (Coord.). *Hiperactividades y déficit de atención. Comprendiendo el TDAH* (pp. 101-117). Barcelona: Octaedro.

- Libro: Todo sobre el TDAH (2013) [http://www.comunidad-tdah.com/contenido/images/todosobretdah\\_capitulo.pdf](http://www.comunidad-tdah.com/contenido/images/todosobretdah_capitulo.pdf)
- Lifshitz, A. (2016). Sobre la “comorbilidad”. *Acta médica grupo ángeles*, 14(2), 61-62. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2016/am162a.pdf>
- Lilienfeld, S. O., Waldman, I. D., & Israel, A. C. (1994). A critical examination of the term and concept of “comorbidity” in psychopathology research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 71– 83.
- Lilienfeld, S.O. (2003). Comorbidity Between and Within Childhood Externalizing and Internalizing Disorders: Reflections and Directions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(3), 285–291. Recuperado de <https://link.springer.com/content/pdf/10.1023%2FA%3A1023229529866.pdf>
- López, S., Albert, J., Fernández-Jaén, A., y Carretié, L. (2010). Neurociencia afectiva del TDAH: Datos existentes y direcciones futuras. *Escritos de Psicología*, 3(2), 17-29
- Lora, A. (2006). El tratamiento del niño y adolescente con TDAH en atención primaria desde el punto de vista de la evidencia. *Pediatría de Atención Primaria*, 8 (4), 69-114.
- Mabres, M. (Coord.) (2012). *Hiperactividades y déficit de Atención, Comprendiendo el TDAH*. España: Octaedro.
- Mahon, A. D., Woodruff, M. E., Horn, M. P., Marjerrison, A. and Cole, A. S. (2012). Effect of Stimulant Medication Use by Children With ADHD on Heart Rate and Perceived Exertion. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 29, 151-160.
- Martínez, M., Henao, G.C., y Gómez, L.A. (2009). Comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad con los trastornos específicos del aprendizaje. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38 (1), 178-194. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/806/80615448011.pdf>

Mas, P.C. (2009). ADHD in the Psychological Clinical Practice. *Clínica y Salud*, 20(3), 249-259. Recuperado de:

Maudsley, H. (1867). *The Physiology and Pathology of the Mind*. New York: D. Appleton and Company. Recuperado de: <https://ia800206.us.archive.org/6/items/physiologyandpa03maudgoog/physiologyandpa03maudgoog.pdf>

McArdle, P., Prosser, J., y Kolvin, I. (2004). Prevalence of psychiatric disorder: with and without psychosocial impairment. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 347-353.

McCann, D., Barrett, A., Cooper, A., et al. (2007). Food additives and hyperactive behavior in 3-year-old and 8/9-year-old children in the community: a randomised, double blind, placebo-controlled trial. *The Lancet*, 3, 1560- 1567.

MedlinePlus. (2017). Cómo ayudar a los niños a mantenerse activos y saludables. Recuperado de [https://medlineplus.gov/spanish/magazine/issues/pdf/Salud\\_Winter2017.pdf](https://medlineplus.gov/spanish/magazine/issues/pdf/Salud_Winter2017.pdf)

Meehl, P. E. (2001). Comorbidity and taxometrics. *Clinical Psychology Science and Practice*, 8, 507–519. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1093/clipsy.8.4.507/full>

Miranda, A., Presentación, M.J., Gargallo, B., Soriano, M., Oil, M.D., y Jarque, 5. (1999). El niño hiperactivo (TDAH). Intervención en el aula. Un programa de formación para profesores. Castellón: Servicio de Publicaciones de la U.J.I.

Narbona-García, J., Sanchez-Carpintero, R. (1999). Neurobiología del trastorno de atención e hiperactividad en el niño. *Rev Neurol*. 28

National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE), (2008/2016). *Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, Young people and adults*. Gran Bretaña: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.



National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE), (2009/2016). *Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, Young people and adults*. Gran Bretaña: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.

Norton, A. (9 de enero de 2017). ¿Es el ejercicio un antídoto para los problemas conductuales en los estudiantes? *HealthDay News*. Recuperado de <https://consumer.healthday.com/espanol/kids-health-information-23/attention-deficit-disorder-adhd-news-50/iquest-es-el-ejercicio-un-ant-iacute-doto-para-los-problemas-conductuales-en-los-estudiantes-718547.html>

Ordaz, I., y Meza, J. (2013). Elementos de autorregulación para alcanzar metas de aprendizaje en alumnos que cursan el nivel medio superior. *Revista electrónica en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Tecnologías*, 2(1),84-91.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura. (1948).Declaración universal de los derechos humano. Amenabar Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0017/001790/179018m.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Con glosario y criterios diagnósticos de Investigación. CIE-10*. Madrid: Panamericana.

Orjales, I. (1999). *Déficit de atención con hiperactividad: Manual para padres y educadores*. Madrid:Ciencias de la educación preescolar y especial.

Orjales, I. (2007). *El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones*. España: UNED. Recuperado de [http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS\\_3\\_esp\\_19-30.pdf](http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_3_esp_19-30.pdf)

Orjales, I. y Polaino-Lorente, A. (2001), Programas de Intervención Cognitivo-conductual para niños con Déficit de Atención con Hiperactividad. CEPE.

Palacio, J.D., Peña de la, O.F., Palacios-Cruz L. y Ortiz-León, S. (2009). Algoritmo latinoamericano de tratamiento multimodal del trastorno por déficit de atención e

hiperactividad (TDAH) a través de la vida. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 38 (S1), 35S – 65S.

Palacios, L., Romo, F., Patiño, L.R., Leyva, F., Barragan, E., Becerra, C., De la Peña, F. (2008). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno bipolar pediátrico, ¿comorbilidad o traslape clínico?: una revisión. Segunda parte. *Salud Mental*, 31(1), 19-22. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S018533252008000200002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252008000200002)

Palmer, E. y Finger, S. (2001). An early description of ADHD (Inattention Subtype): Dr. Alexander Crichton and the “Mental Restlessness” (1798). *Child Psychology and Psychiatry Reviews*, 6 (2), 66-73.

Parellada, M. (2009). TDAH. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la edad adulta. Madrid: Alianza editorial.

Parellada, M.J. (2011). TDAH. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la edad adulta. junio05 2017, de revista internacional de psicoanálisis. Recuperado de [http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000694&a=TDAH-Trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad-De-la-infancia-a-la-edad-adulta-\[Parellada-MJ-2009\]](http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000694&a=TDAH-Trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad-De-la-infancia-a-la-edad-adulta-[Parellada-MJ-2009])

Pascual-Castroviejo, I. (2008). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica. 140-150. Recuperado de <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20-tdah.pdf>

Pedraza, V. S. F., Perdomo, C. M. F. y Hernández, M. N. J. (2009). Terapia Narrativa en la construcción de la experiencia y el afrontamiento familiar en torno a la impresión diagnóstica de TDAH. *Universitas Psychologica*. Vol. 8, (1), p.p. 199-214.

Pelsser, L.M., Frankena, K., Toorman, J., & Rodrigues, R. (2017). Diet and ADHD, Reviewing the Evidence: A Systematic Review of Meta-Analyses of Double-Blind

Placebo-Controlled Trials Evaluating the Efficacy of Diet Interventions on the Behavior of Children with ADHD. *Plos One*, 12(1). doi: 10.1371/journal.pone.0169277, Recuperado de <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85030775054&origin=resultslist&sort=plf-f&cite=2-s2.0-85010934644&src=s&imp=t&sid=80d1f00bd2b5a6afc18969ce1a68ff88&sot=cite&sdt=a&sl=0&relpos=0&citeCnt=0&searchTerm=>

Peña de la, F., Palacio, J. D., y Barragán, E. (2010). Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): rompiendo el estigma. *Rev. Ciencias de la Salud*, 8 (1), 95-100.

Piedrahita, S.L.; Henao, A.; Burgos, P.; (2011). Intervención educativa para promover el conocimiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) con padres de familia de una institución educativa. *Enfermería Global*, 10 (23),140-146. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834769009>

Polaino, A., Avila, C., Cabanyes, J., García Villamisar, D., Orjales, I. y Moreno, C. (1997). Manual de Hiperactividad Infantil. Unión Editorial.

Polanczyk, G., de Lima, M.S., Horta, B.L., Biederman, J., & Rohde, L.A. (2007).The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*, 164(6),942-8.

Poza, M., Valenzuela, M.V. y Becerra, D. (2010). Guía 1. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (3-25). *En Guías clínicas hospital psiquiátrico infantil Dr. Juan N. Navarro*. México: Secretaría de salud.

Pozo de Castro, J.V., De la Gándara Martín, J.J., García, V., García, X.R. (2005). Tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Bol Pediatr*, 45, 170-176.

Punta, R. M. (2007). El ADD/ADHD como caso testigo de la patologización de la diferencia. En L. Benasayag (Comp.). Niños con Déficit de atención e

hiperactividad ¿Una patología de mercado? (Cap.3). Buenos Aires: Novedades Educativas.

Rabadán, J., y Giménez, A., (2012). Detección e intervención en el aula de los trastornos de conducta. *Educación XXI*, 185-212.

Rafalovich, A. (2001). The conceptual history of attention deficit hyperactivity disorder: idiocy, imbecility, encephalitis and the child deviant, 1877–1929. *Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal* 22, 93-115.

Red Infancia y Adolescencia. (2016). *Declaración institucional de la red de infancia y adolescencia*. RIA. Recuperado de <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWVpbyxyZWZkZWluZmFuY2lhcmlhGd4OjJkOThhZDFhYzlkYTdiYTY>

Reiff, M. I. (Ed.). (2011). ADHD. What every parent needs to know. Illinois, USA: American Academy of Pediatrics.

Rey, C. (2012). Pedro Melenas, el terror de las neuronas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32 (116), 877-887 Doi: 10.4321/S0211-57352012000400014

Reyes, M., y Acuña L. (2012). Conocimiento de maestros de primaria sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Acta de Investigación Psicológica*, 2(3), 878-898. Recuperado de [http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/actas\\_ip/2012/articulos\\_c/AIP\\_Facultad\\_de\\_Psicologia\\_UNAM\\_23\\_878\\_898\\_Conocimiento\\_de\\_maestros\\_de\\_primaria\\_sobre\\_el\\_Trastorno\\_por\\_Deficit.pdf](http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/actas_ip/2012/articulos_c/AIP_Facultad_de_Psicologia_UNAM_23_878_898_Conocimiento_de_maestros_de_primaria_sobre_el_Trastorno_por_Deficit.pdf)

Richardson, A. (2004). Long-chain polyunsaturated fatty acids in childhood developmental and psychiatric disorders. *Biomedical and Life Sciences*, 39, 1215-1222.

Rief, S. (1999). Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad. Técnicas, estrategias e intervenciones para el tratamiento del niño con TDA/TDAH. Paidós.

- Rivera, G.W. (2013). Etiología del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Características Asociadas en la Infancia y Niñez. *Acta de investigación psicológica*, 3 (2), 1079-1091.
- Rodríguez, O.(1 de mayo de 2011). Ejercicios para niños con hiperactividad y déficit de atención [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://olgarodriguez-olga.blogspot.com/2011/05/ejercicios-para-ninos-con.html>
- Sainz, L.C. (2013). Atentos al déficit de atención (TDAH) Entre la naturaleza incierta y la prescripción hiperactiva. Junio 06 2017, de BOLETÍN DE INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA DE NAVARRA. Recuperado de [https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/47EADFE7-470B-4BC7-B903-373C2E834804/278105/Bit\\_v21n6.pdf](https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/47EADFE7-470B-4BC7-B903-373C2E834804/278105/Bit_v21n6.pdf)
- Salomonsson, B. (2011). Psychoanalytic conceptualizations of the internal object in an ADHD child. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10, 87-102.
- Secretaria de salud (2002). *Programa específico de trastorno por déficit de atención 2001-2006*. México: Secretaria de Salud.
- Shaywitz BA, Klopper JH, Gordon JW. Methylphenidate in 6-hydroxydopamine-treated developing rat pups. Effects on activity and maze performance. *Arch Neurol*. 1978 Jul;35(7):463-9
- Singh, I., Kendall, T., Taylor, C., Mears, A., Hollis, Ch., Batty, M. and Keenan, S. (2010). Young People's experience of ADHD and stimulant medication: A qualitative study for the NICE Guideline. *Child and Adolescent Mental Health*, 15 (4), 186 - 192. doi: 10.1111/j.1475-3588.2010.00565.x
- Sistema Nacional de Salud y Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) (2007). *Diagnóstico y tratamiento en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes, en atención primaria y especializada*. México: CENETEC. Recuperado de: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

Soler, M. (2010). Problemas de comportamiento y técnicas de modificación de conducta. *Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas*, 35 Recuperado de:

[http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod\\_ense/revista/pdf/Numero\\_35/MIRIAM%20SOLER%20PENA\\_1.pdf](http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_35/MIRIAM%20SOLER%20PENA_1.pdf)

Sotelo, G. (Coord.) (2009). Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes en atención primaria y especializada. México: CENETEC.

Soto Calderón, R; Hinojo Lucena, F J; (2004). La colaboración entre maestros/maestras y padres/madres para atender a la diversidad en las instituciones educativas. *Revista Educación*, 28() 185-201. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44028210>

Soutullo, C., y Díez, A. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Buenos Aires: Panamericana. Recuperado de [https://books.google.com.mx/books?id=5mcc0E\\_r6DkC&printsec=frontcover&source=gbg\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=5mcc0E_r6DkC&printsec=frontcover&source=gbg_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

Still, G, F. (2006). Some Abnormal Psychical Condition in Children: Excerpts from three lectures. *Journal of Attention Disorders*, 10(2),126-136. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1087054706288114>

Still, G.F. (1902). Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet* (1), 1008-1012, 1077-1082.

Tredgold A.F.(1908). *Mental deficiency (Amentia)*. New York: Wood

Vásquez, M.J., Cárdenas, E. M., Feria, M., Benjet, C., Palacios, L., Peña de la, O. F. (2010). *Guía clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Eds. Berenzon, S., Del Bosque, J., Alfaro, J., Medina-Mora, M. E. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).

Vidal, G.(s/f.), en Villaseñor, S., Rojas, C., y Garrabé, J.(2012). Antología de textos clásicos de la psiquiatría latinoamericana. Jalisco: GLADET, 37-39.

Wilens, T.E., Biederman, J., Brown, S., Tanguay, S., Monuteaux, M.C., et al.(2002). Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-age youths with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*;41(3):262-8.

Willcutt, E.G. (2012). The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*, 9, 490-499. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8>

Winnicott, D. (1955). *Las influencias grupales y el niño inadapado: el aspecto escolar*. Biblioteca D. Winnicott. Recuperado de: <http://www.psicocanalisis.org/winnicott/inadapt.htm>

Wolraich, M. I. (2005). *Sistema NICHQ Vanderbilt de evaluación. Cuestionario del maestro*. Estados Unidos: Academia Americana de Pediatría, Universidad de North Carolina. Recuperado de: [www.nichq.org](http://www.nichq.org)

World Health Organization [WHO]. (2017). *Addressing comorbidity between mental disorders and major noncommunicable diseases: Background technical report to support implementation of the WHO European Mental Health Action Plan 2013–2020 and the WHO European Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2016–2025*. Denmark: WHO Regional Office for Europe. Recuperado de [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/342297/Comorbidity-report\\_E-web.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/342297/Comorbidity-report_E-web.pdf)

Young, S., Fitzgerald, M., & J Postma, M. (2013). *ADHD: making the invisible visible*. Reino Unido:Shire AG. Recuperado de: [http://www.russellbarkley.org/factsheets/ADHD\\_MakingTheInvisibleVisible.pdf](http://www.russellbarkley.org/factsheets/ADHD_MakingTheInvisibleVisible.pdf)

Ziereis, S., Jansen, P. (2015). Effects of physical activity on executive function and motor performance in children with ADHD. *Research in Developmental*

*Disabilities*, 38, 181-191. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891422214005101?via%3Dihub>

Zivkovic, D., Zivanovic, N., Zivkovic, M., Milojkovic, O. y Djordjevic, M. (2012). Physical activity in ADHD children treatment. *Healthmed*, 6 (11), 3822-3825.

Zuluaga, V.J.B y Vasco, U.C.E. (2009). Evolución en la atención, los estilos cognitivos y el control de la hiperactividad en niños y niñas con diagnóstico de trastornos deficitario de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (3), 481-496