



JUSTIFICACIÓN



Sin duda, el TDA-H continúa siendo un tema de interés y ciertamente controvertido. Aunque existe un amplio reconocimiento en el ámbito científico y educativo, no son pocos los padres y profesores que dudan de la existencia del trastorno como tal (*“siempre ha habido niños movidos”*). Además, en los últimos tiempos algunos expertos del campo de la psicología, psiquiatría, educación,...se han sumado a esta tendencia crítica poniendo en tela de juicio la entidad

clínica del trastorno.

Esta controversia hace aún más necesario el esfuerzo explicativo a los padres, razón de este documento que debemos enmarcar dentro de la intervención asesora del EOEP de Benavente. Pretendemos con él ofrecer a las familias una información actualizada y ajustada de la problemática que supone el TDA-H, permitiendo así establecer un primer contacto con el mismo, comprenderlo y, a partir de ahí, establecer los pasos necesarios para abordar la intervención más ajustada a las necesidades de cada niño y contexto.

VISIÓN TRADICIONAL DEL TDA-H

El TDAH se define como un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad cuyos síntomas se presentan antes de los 12 años. Varios de estos síntomas deben estar presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, en la escuela, con los amigos o parientes, en otras actividades, etc.) y suponer una interferencia clara en el funcionamiento social o académico.

Existe un amplio consenso a la hora de considerar el TDA-H un “trastorno del neurodesarrollo” (así lo recoge por ejemplo el DSM-V, de la Asociación Americana de Psiquiatría) atribuyendo la causa a alteraciones anatómicas del cerebro y/o desequilibrios de sustancias químicas (neurotransmisores). Además, se considera que existe un claro componente genético, por lo que hay alta probabilidad de que niños hiperactivos tengan algún familiar con el mismo diagnóstico, como se demuestra en la práctica.

El estudio epidemiológico de Rodríguez-Molinero y otros (2009) en Castilla y León comunicó una prevalencia del TDAH del 6,6% con una relación de género 2:1 a favor de los varones.

Como se ha comentado, el TDAH se caracteriza por tres aspectos nucleares:

- Déficit de atención. El niño tiene dificultad o incapacidad para prestar atención y mantenerla durante tiempos razonablemente largos.
- Impulsividad.
- Excesiva actividad motora.

En función de la preponderancia de unos u otros síntomas, el DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría) distingue dentro de los niños y niñas hiperactivos tres subgrupos o tipologías:

- TDAH presentación predominante con falta de atención. Predominan los síntomas de inatención.
- TDAH presentación predominante hiperactiva/impulsiva. Predominan los síntomas de hiperactividad e impulsividad.
- TDAH presentación combinada. Se cumplen los criterios tanto para la inatención como en la hiperactividad/impulsividad.

Por último, decir que los síntomas, aunque como hemos dicho deben aparecer antes de los 12 años, suelen persistir a lo largo de la vida de la persona con mayor o menor afectación.

PERSPECTIVA CRÍTICA DEL TDA-H

Como se ha anticipado, existe un considerable consenso acerca de lo expuesto en el apartado anterior, pero no es menos cierto que algunos autores, minoría aún, cuestionan la entidad clínica del trastorno y, en particular, la utilización de terapias farmacológicas en su tratamiento.

De manera muy resumida, consideran que los niños que actualmente son diagnosticados con TDA-H pueden suponer un problema en tanto que su excesiva inquietud, impulsividad y/o inatención les genera problemas de adaptación en contexto escolar y familiar. Sin embargo, ello no implica sufrir un trastorno y, menos aún, de causa

neurológica (la realidad es que a la fecha no existe ningún marcador biológico –por ejemplo, de neuroimagen- que sirva para establecer el diagnóstico).

Por ello, su propuesta no es diagnosticar (con la etiqueta y estigmatización que ello implica) e intervenir farmacológicamente, sino dar prioridad a una intervención educativa en la que los propios niños, pero también padres y profesores, se doten de mejores estrategias para afrontar ese tipo de comportamiento incómodos que limitan su adaptación a los contextos familiar y escolar.

PERFIL HABITUAL DE LOS NIÑOS DIAGNOSTICADOS CON TDAH.

Dejando a un lado la consideración del TDA-H como un trastorno o una problemática, lo cierto es que existen niños que reúnen un perfil comportamental que les dificulta su adaptación al contexto educativo y/o familiar. Ahora bien, este perfil tampoco es homogéneo, de modo que encontraremos diferencias entre todos ellos y, especialmente, entre aquellos en los que predomina la inatención y los niños en los que su comportamiento es más inquieto/impulsivo.

En todo caso, queremos dejar constancia de cuáles son las características más frecuentes de estos niños en las tres áreas fundamentales (Orjales Villar, 1998; DSM-V):

ATENCIÓN.

- ✓ No terminan las tareas que empieza.
- ✓ Cometen muchos errores.
- ✓ No se centran en los juegos.
- ✓ Muchas veces parecen no escuchar cuando se les habla directamente.
- ✓ Tienen dificultades para organizarse.
- ✓ Les cuesta seguir instrucciones a lo largo de la tarea.
- ✓ Evitan las tareas que requieren esfuerzo.
- ✓ Muy a menudo pierden cosas que necesitan (Ej. Juguetes, material escolar, prendas de vestido,...).
- ✓ Se distraen con cualquier cosa.
- ✓ Son muy descuidados en las actividades que realizan.

IMPULSIVIDAD.

- ✓ Suelen precipitarse en responder antes de que hayan completado las preguntas.
- ✓ Tienen dificultades para guardar turno.
- ✓ Interrumpen o se inmiscuyen con frecuencia en las actividades de otros (por ejemplo, se entrometen en conversaciones o juegos).

HIPERACTIVIDAD.

- ✓ Movimientos constantes de manos, pies.
- ✓ Se levantan constantemente.
- ✓ Corretean por todos los lados sin propósito claro.
- ✓ Les cuesta jugar en actividades tranquilas.
- ✓ Están activados como si tuviera un motor.
- ✓ Hablan en exceso.

Es habitual que a partir de los 8 o 9 años, la inquietud motora de estos niños se reduzca o se enmascare, siendo más patentes la impulsividad y la inatención. Por ello, podemos hablar de un perfil de comportamiento desadaptativo que evoluciona de acuerdo con el ritmo madurativo del alumno, pero que, en mayor o menor medida, persistirá a lo largo de la vida del sujeto.

Además de las características nucleares, se pueden observar otros rasgos asociados con relativa frecuencia:

- **Dificultades de aprendizaje**, es posible que estos alumnos sufran con mayor frecuencia dificultades específicas de aprendizaje (lectura, escritura, matemáticas, etc.).
- **Dificultades en las interacciones con los otros**, manifestando mayor tendencia a conflictos con iguales e inmadurez para resolverlos. Ello puede conllevar una falta de compañeros de juegos y baja autoestima.
- **Variabilidad**. Cambian de estado de ánimo y también cambian el rendimiento de cada día, habrá días muy buenos y otros desastrosos sin poder encontrar la causa.
- **Desorganización**. Suelen ser desordenados y con dificultad en la planificación y supervisión del trabajo a realizar, requiriendo en muchos casos de la ayuda del adulto.

Características específicas de los niños predominantemente inatentos.

Estos niños comparten características similares a los anteriores en relación al componente atencional, diferenciándose en una menor actividad motora. Esto hace

también que sea más difícil detectarlos en la escuela. En cualquier caso, suelen coincidir en los siguientes rasgos:

- ✓ Dificultad importante para focalizar y sostener la atención.
- ✓ Distractibilidad muy alta ante los estímulos relevantes del medio y de su mundo interior (“estar en Babia”).
- ✓ Bajo rendimiento escolar, observándose mayor variabilidad en el rendimiento. Suele desorientar al profesorado el hecho de que estrategias motivacionales que han funcionado un día no tienen efecto al día siguiente.
- ✓ Requieren por lo general la guía del adulto para realizar tareas de concentración y planificación, resultando en el colegio muy dependientes.
- ✓ Suelen ser lentos y tener muchos errores en las tareas que realizan en el colegio, tanto más cuanto más larga y compleja sea la tarea.

DIAGNÓSTICO

En la comunidad de Castilla y León se dispone de un Protocolo de Coordinación para el TDAH (actualmente en su segunda edición -2016-) que regula las fases y procedimientos para el diagnóstico. De manera muy resumida podemos decir que la identificación y la evaluación suele realizarse en el centro educativo (profesorado y Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica, respectivamente), si bien el diagnóstico corresponde a los servicios sanitarios (pediatra o Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil). Para efectuar el diagnóstico se toma en consideración la información del alumno en varios contextos.

Con posterioridad al diagnóstico, los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica tienen la función de asesorar para la aplicación de las distintas medidas de atención a la diversidad disponibles. En dicha intervención se contemplan orientaciones dirigidas al profesorado y a los padres del alumno.

INTERVENCIÓN

En la intervención con los alumnos diagnosticados de TDAH se distinguen varias opciones complementarias entre sí: el tratamiento farmacológico y la psicoterapia (ámbito clínico) y la intervención psicoeducativa (ámbito educativo). Lo más habitual

es que se opte por una combinación ellas, ya que las evidencias científicas hasta el momento indican que todas son altamente efectivas.

El tratamiento farmacológico más habitual, el metilfenidato en sus distintas formas comerciales (Equasym, Concerta, Medikinet, Rubifen...), ha demostrado su eficacia en un porcentaje elevado de casos. La medicación mitiga los síntomas, permitiendo una menor actividad motora del niño y contribuyendo a la mejora de la concentración y el rendimiento cognitivo y académico del niño.

Evidentemente, la intervención farmacológica debe ser decidida y controlada por un profesional de la medicina. Este profesional es quién tiene que resolver las dudas de los padres respecto el fármaco o fármacos prescritos y es quién tiene la potestad para decidir cambios en los mismos. Los maestros y padres comentarán con el médico los cambios de comportamiento o rendimiento que observen, así como los posibles efectos secundarios que pudieran observarse y el profesional decidirá.

La psicoterapia es impartida por psicólogos clínicos y suele orientarse al entrenamiento en estrategias de autocontrol emocional y conductual, si bien suele dirigirse con especial prevalencia a los alumnos con problemas graves de la conducta, como por ejemplo aquellos que presentan conductas negativistas y desafiantes.

En cuanto a la intervención educativa, también se ha constatado la mejoría de estos niños cuando son entrenados en distintas habilidades y, además, se introducen cambios tanto en el contexto familiar como escolar. A continuación, apuntamos solamente algunas de las posibilidades:

a) Intervención con el niño:

- Entrenamiento en estrategias de autocontrol para ayudar a focalizar la atención, disminuir la impulsividad y encauzar la inquietud.
- Programas de modificación de conducta para reducir las conductas disruptivas.
- Refuerzos educativos o apoyos educativos específicos para mitigar las dificultades curriculares que su perfil comportamental suele acarrear.

b) Modificaciones en el contexto escolar:

- Flexibilidad en la organización escolar (ubicación del alumno en el aula; espacios versátiles para trabajo en grupo, trabajo individual, etc.; duración flexible de las sesiones de aprendizaje, etc.).
- Estrategias metodológicas que optimicen la capacidad atencional de los alumnos (presentaciones motivantes de los contenidos, periodos de aprendizaje más cortos, descansos con actividad física, uso de nuevas tecnologías, etc.). Puede servir de referencia los materiales alojados en la página web del EOEP de Benavente con orientaciones para la intervención en el aula con estos alumnos:
http://eoeppenavente.centros.educa.jcyl.es/sitio/index.cgi?wid_seccion=8&wid_item=160
- Ajuste de la carga de trabajo encomendada al hogar (deberes y estudio) de modo que se adapte a las condiciones particulares de estos alumnos.
- Mayor implicación del profesorado (especialmente en los cursos iniciales) en la supervisión de agenda, materiales, planificación de exámenes, etc.
- Posibilidad de apoyo educativo específico para trabajar determinadas habilidades y, en caso necesario, planes de refuerzo para compensar desfases curriculares.
- Adaptaciones en la evaluación.
 - Adaptaciones de las pruebas de evaluación (pruebas orales, presentación de no más de dos preguntas escritas en cada hoja del examen, observación de su evolución a través de las producciones de los cuadernos...).
 - Ofrecer más tiempo en los exámenes.
 - Verificar que el alumno/a entiende las preguntas del examen.
 - Recordar al alumno/a que debe revisar el examen antes de entregarlo al profesor.

c) Modificaciones en el contexto familiar:

- Ayudar a la familia a comprender el problema, posicionarse de manera responsable ante él y fomentar la implicación en las posibles soluciones educativas.
- Sugerir posibles cambios en la dinámica familiar tanto en las relaciones entre los distintos miembros, como en las condiciones de vida (por ejemplo, rutinas, hábitos de sueño, actividades extraescolares del alumno, etc.).
- Orientar acerca del mejor modo de realizar el seguimiento de las cuestiones escolares. En este sentido pueden ser útiles los documentos del EOEP de Benavente:
 - “Los deberes: como ayudar desde la familia”
http://eoeppenavente.centros.educa.jcyl.es/sitio/upload/deberes_y_agenda.pdf
 - “Atención y motivación”
http://eoeppenavente.centros.educa.jcyl.es/sitio/upload/ATENCION_Y_MOTIVACION.pdf
- Entrenamiento en técnicas de modificación de conducta para mejorar el control del comportamiento del menor. Puede tomarse como referencia el material del EOEP de Benavente titulado “Pórtate bien”.
[http://eoeppenavente.centros.educa.jcyl.es/sitio/upload/cuadernillo_comportamiento .pdf](http://eoeppenavente.centros.educa.jcyl.es/sitio/upload/cuadernillo_comportamiento.pdf)).

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Además de los materiales del propio EOEP referidos en este documento, se proponen algunas referencias que pueden resultar de interés:

- ☒ García de Vinuesa, F., Gonzalez Pardo, H. y Perez Alvarez, M. “Volviendo a la normalidad: la invención del tdah y del trastorno bipolar infantil”. Alianza Editorial, 2014.
- ☒ Green, Chistopher y Chee, Kit. “El niño muy movido o muy despistado. Entender el TADH). Editorial Medici, 2009.
- ☒ Lozano Jiménez, Carlos. “Vivir con un niño hiperactivo. Manual de ayuda para padres que no quieren desesperarse”. Editorial Esfera, 2006.
- ☒ Orjales Villar, Isabel. “Claves para afrontar la vida con un hijo con TDA-H”. Editorial Pirámide. Madrid, 2009.
- ☒ Vallés Arándiga, Antonio. “Como cambiar la conducta infantil. Guía para padres”. Editorial Marfil, 1999.