

TDAH Y EDUCACIÓN: HACIA UNA VISIÓN HOLÍSTICA Y COMPRENSIVA DE SU EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Francisco Javier Hinojo Lucena

María Pilar Cáceres Reche

Inmaculada Aznar Díaz

Universidad de Granada

RESUMEN

El objetivo de este trabajo de investigación es presentar de un modo sintético, claro y completo un estudio descriptivo sobre el TDAH, en el que se expongan, en primer lugar, los aspectos conceptuales más destacables, como: definición, etiología, problemas asociados, etc., y en la última parte, se trata de contextualizar esa conceptualización teórica en la realidad socioeducativa, en la que se abordarán los aspectos más decisivos y relevantes de la evaluación: instrumentos, implicaciones, principios y del tratamiento.

De esta manera, se ofrece, desde una visión psicopedagógica, un recorrido analítico “a caballo” entre la teoría y la práctica de este trastorno con el propósito de obtener a través de su lectura una imagen de conjunto, al considerar globalmente, todos los referentes que permiten comprender el TDAH al dar respuesta a diferentes interrogantes.

Palabras clave: TDAH, Definición y Etiología, Educación Especial e Intervención Psicopedagógica.

ABSTRACT

The purpose of this research is to present a synthetic way, clear and complete a descriptive study on ADHD, which sets out, first, the most important conceptual aspects, as: definition, etiology, associated problems..., and the last part is contextualizing this theoretical conceptualization in the socio reality, which will address the most critical aspects of the assessment and relevant: instruments, implications, and early treatment.

Thus, it offers a vision from psychology, a tour analytical "horse" between the theory and practice of this disorder in order to get through your reading an image overall, considering globally, all references approach to understanding ADHD responding to different questions.

Key words: ADHD, Definition and Etiology, Special Education and Psychological and Educational Intervention.

1. INTRODUCCIÓN

El TDAH (Trastorno con Déficit Atencional e Hiperactividad) es un trastorno de la conducta en niños que fue descrito por primera vez en 1902 por Still. Otros los han denominado “niños difíciles de educar”, ya que pocas veces pueden mantener durante mucho tiempo la atención puesta en algo, con lo que suelen tener problemas de rendimiento escolar a pesar de tener un cociente intelectual normal.

Se trata de un trastorno bastante frecuente, calculándose que afecta aproximadamente a un 3% de los niños menores de siete años, siendo más común en niños que en niñas (hay cuatro niños por cada niña).

Las razones justificativas para la profundización en este tema son debidas, por una parte, a la confusión que se tiene socialmente en la concepción de este trastorno, no como un “déficit biológico”, (quizá por la carencia de muestras o rasgos físicos visibles de ese problema), sino como un comportamiento intolerable, desobediente, vago, travieso, como consecuencia de una *inadecuada educación* desde el hogar, o por la propia irresponsabilidad de la persona hacia el respeto y cumplimiento de normas sociales. Así la sociedad, al hacer uso de tales atribuciones muestra un gran desconocimiento del verdadero trastorno, tendiendo a **actuar** de un modo pasivo y la mayoría de las veces de un modo injusto y pernicioso para el pronóstico de estas personas, mediante ambientes educativos verdaderamente represivos, con frecuentes castigos. Los cuales vienen a acrecentar los problemas emocionales de estos niños, al sentirse fracasados, incompetentes y rechazados, incluso por los seres más cercanos a ellos: familia, repercutiendo negativamente en su desarrollo personal, así como en su rendimiento académico.

Y por otra parte, también, es necesario saber que el TDAH es un trastorno de *carácter vitalicio*, que dura toda la vida, y que se puede intervenir desde un punto de vista terapéutico, remedial, intentando disminuir su intensidad y reconducir ese “problema” hacia los cauces de la comprensión, del desarrollo adecuado, y aceptación por parte de la comunidad, con la consiguiente integra-

ción sociolaboral de estas personas. Así como especial importancia cobra aquí también una evaluación de tipo preventivo, precoz, para intervenir y mejorar las condiciones de aprendizaje y desarrollo de la persona que presenta este trastorno. Además, se puede decir que este trastorno, como comúnmente se cree, *no es exclusivo de los niños*, sino que se proyecta también en la **etapa adulta**. Con ello se demuestra, que todas las creencias y mitos asociados con el TDAH pueden influir positiva o negativamente, dependiendo del **conocimiento o información científica**, que se tenga sobre este trastorno, concibiéndolo como una entidad real, como un problema que debe ser tratado desde la seriedad y profesionalidad. Por tanto, resulta ser de especial relevancia la desmitificación de creencias y atribuciones falsas que giran alrededor de este trastorno, tanto en la familia como en la escuela.

El objetivo de este trabajo de investigación es presentar de un modo sintético, claro y completo un estudio descriptivo sobre el TDAH, en el que se expongan, en primer lugar, los aspectos conceptuales más destacables, como: definición, etiología, problemas asociados, etc, y en la última parte, se trata de contextualizar esa conceptualización teórica en la realidad socioeducativa, en la que se abordarán los aspectos más decisivos y relevantes de la evaluación: instrumentos, implicaciones, principios y del tratamiento. De esta manera, se ofrece, desde una visión psicopedagógica, un recorrido analítico “a caballo” entre la teoría y la práctica de este trastorno con el propósito de obtener a través de su lectura una imagen de conjunto, al considerar globalmente, todos los referentes que permiten comprender el TDAH al dar respuesta a interrogantes como: ¿qué es?, ¿cómo surge?, ¿qué características presenta?, ¿cómo saber si un niño tiene TDAH?, ¿de qué manera intervenir para mejorar la calidad de vida de estas personas?

2. BREVE APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE TDAH

Para comenzar, resulta imprescindible presentar de forma precisa una delimitación teórica-conceptual sobre el TDAH desde un punto de vista científico.

2.1. Definición y Características

Habitualmente se habla de niños hiperactivos, los cuales hacen referencia a lo que la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en su manual de diagnóstico estadístico ha denominado con un nombre más extenso y mucho más específico: “*el desorden o trastorno por déficit de atención con hiperactividad o TDAH*”. Este trastorno afecta más frecuentemente a varones que a mujeres en una propor-

ción de 10 a 1, e incluso se estima que de un 3% a un 5% de los niños menores de 10 años lo padecen.

Se trata, en este sentido de “*un desarrollo inapropiado de los niveles de impulsividad, atención y actividad*”, en el que consecuentemente, los síntomas centrales del TDAH son: inatención, excesivo grado de actividad y déficit en el control inhibitorio de respuesta (impulsividad).

Los Sistemas Internacionales de Clasificación Diagnóstica: DSM IV e ICD 10 coinciden en que:

- Los síntomas deben aparecer “antes de los 7 años”, mantenerse a lo largo del tiempo y al menos en dos contextos, con desajustes clínicamente significativos.
- Criterios referidos a conductas de inatención, hiperactividad e impulsividad. Estos aspectos se reflejan en la siguiente figura:

Criterios diagnósticos coincidentes entre el DSM-IV y el ICD-10

Inatención

No presta suficiente atención a los detalles
Tiene dificultades para mantener la atención
Parece no escuchar
Tiene dificultades para organizar las tareas
Evita el esfuerzo mental sostenido

Impulsividad

Habla en exceso (ICD-10)
Responde precipitadamente a las preguntas
Tiene dificultades para guardar el turno
Interrumpe a otros

Hiperactividad

Mueve en exceso manos y pies
Abandona su asiento en la clase
Corre o salta
Dificultades para jugar tranquilamente
Excesivo movimiento (DSM-IV)
Habla en exceso (DSM-IV)

Según Marc Monfort (1981) el TDAH se define como “un trastorno del comportamiento, normalmente diagnosticado en la infancia, que se caracteriza por la falta de atención, impulsividad, y en algunos casos, hiperactividad, por lo que los síntomas principales son:

Por lo que los síntomas principales son:

- Déficit de atención.
- Impulsividad e hiperactividad motriz.

En los años setenta se enfatizaba la inquietud motora o sobreactividad del niño hiperactivo, como aquel que está en continuo movimiento, que sólo se concentra durante un momento, que actúa y habla dejándose llevar por sus impulsos.

Unos años después, el interés se desplazó hacia el déficit atencional, experimentando dificultades para concentrarse en una sola actividad y suelen pasar de una tarea a otra sin terminar lo que empiezan. Observándose dificultades de concentración, distraibilidad, impulsividad, junto con torpeza social e inadecuada resolución de problemas.

Douglas y Peters, en 1979, ya definían todos estas características, con las siguientes palabras:

“la principal dificultad de los niños hiperactivos es su incapacidad para sostener la atención, inhibir las respuestas intrusivas en tareas o situaciones sociales que requieren un esfuerzo focalizado, reflexivo, organizado y autodirigido”.

Atendiendo a todos estos síntomas y caracteres que suelen presentarse juntos o combinados entre sí, se pueden distinguir tres tipos de TDAH, de acuerdo con los expertos de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA):

- Aquellos en los que predominan los problemas de atención (subtipo predominantemente INATENTO).
 - No termina las tareas que empieza; comete muchos errores por no prestar atención; no se centra en los juegos, muchas veces parece no escuchar cuando se le habla directamente; tiene dificultades para organizarse; evita tareas que requieren esfuerzo mental; muy a menudo pierde cosas que necesita como por ejemplo: juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o ropa...; se distrae con cualquier cosa; es muy descuidado en las actividades; es bastante lento, despistado mostrando una gran apatía y desinterés por cualquier actividad que exija un mínimo de concentración y esfuerzo mental.

- Aquellos en los que predomina la Impulsividad y la Hiperactividad motriz sobre los problemas de atención (predominantemente HIPERACTIVO-IMPULSIVO). Los rasgos más sobresalientes son:
 - Movimientos constantes de manos, pies, se levanta constantemente; corretea por todos lados; le cuesta jugar a actividades tranquilas; está activado como si tuviera un motor; habla en exceso; se precipita en responder antes de que se hayan completado las preguntas; tiene dificultades para guardar su turno; suele interrumpir o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo se entromete en conversaciones o juegos).

- Subtipo COMBINADO. Reúne aspectos conjuntos de los anteriores, por lo que representa un pronóstico más difícil y grave al intervenir en diferentes dimensiones de la persona.

Estos síntomas pueden asociarse con otros rasgos, trastornos o problemas de conducta, tics nerviosos, trastornos lingüísticos, dificultades de aprendizaje, trastornos perceptivo-motrices... Ya que si, el primer paso para adquirir la información según, los planteamientos del Procesamiento de la Información es la atención, la capacidad de concentración para poder captar los nuevos contenidos que se representan externamente. Por eso, influyen en el rendimiento académico y afectan también al desarrollo socioemocional.

Investigaciones recientes demuestran que, **la probabilidad de que el niño hiperactivo fracase en el aprendizaje escolar es muy alta sí:**

- Los padres ignoran sus dificultades y le exigen demasiado.
- Los padres ignoran sus dificultades y le exigen lo mismo que a los demás.
- Posee una capacidad intelectual baja (CI < 100).

La predisposición a que tenga problemas graves de conducta social como inadaptación o delincuencia es asociada en la mayor parte de los casos al fracaso escolar generalizado y especialmente a la falta de apoyo familiar.

2.2. Etiología

Las causas del TDAH siguen siendo hoy un enigma pues, es inexistente el acuerdo incluso entre los investigadores, acerca de cuáles son los factores exactos que lo producen. Aunque, lo que sí se sabe es que se trata de un trastorno neurobiológico ocasionado por una amplia variedad de factores biológicos y

hereditarios. Pero, en cambio, en su pronóstico, los factores ambientales, a pesar de que no desempeñan un rol causal sí que pueden aumentar o reducir la vulnerabilidad de un sujeto a la hiperactividad, minimizando los efectos negativos del trastorno a largo plazo.

Así cabe distinguir estos factores:

1) Factores Biológicos y genéticos. Destacan:

Biológicos no genéticos. Son producidos por:

- Complicaciones prenatales, perinatales y postnatales, consumo materno de alcohol o drogas en el embarazo, bajo peso al nacer, hipoxia, retraso en la maduración neurológica, lesiones cerebrales...
- Funcionamiento defectuoso de los lóbulos frontales y los ganglios basales.
- Disfunción en el sistema dopaminérgico: menores niveles de dopamina, sustancia química, encargada de autorregulación, inhibir conductas, planificar, etc.

Genéticos. La mayoría de los niños hiperactivos tienen algún pariente afectado por el mismo trastorno. Los estudios de familias indican que entre un 55% y un 91% de los niños hiperactivos han heredado el trastorno (Lopera, Palacio, Jiménez, Villegas y cols., 1999).

Así pues, se ha demostrado también que los hijos de padres con TDAH tienen hasta un 50% de probabilidades de sufrir el mismo problema y la presencia de TDAH en los gemelos univitelinos es del 51%, mientras que en los gemelos dicigóticos es del 33%, por lo que se demuestra cómo el factor genético influye decisivamente en la aparición del TDAH.

2) Factores ambientales

Las variables del entorno del niño no son la causa del trastorno, pero, sin duda, contribuyen a su desarrollo y pronóstico, así como a la aparición de problemas de comportamiento e interpersonales. Existen variables que modulan el desarrollo futuro de estas personas como son: pobre ejercicio de la paternidad, psicopatologías de los padres, bajo estatus socioeconómico o estrés psicosocial de la familia. E incluso, las propias condiciones sociales tienden a radicalizar este trastorno: trabajo sedentario que exige una concentración mental prolongada, desestructuración e inestabilidad familiar, ausencia de normas, relativismo cultural, “todo vale”, estrés que supone para las familias el ejercicio profesional de ambos padres. De ahí que, sea imprescindible ofrecer al niño desde el entorno escolar y familiar unas interacciones sociales adecuadas que faciliten el entendimiento de estas personas y ayudarlas a promover su desarrollo integral.

3. INDICADORES DEL TDAH A TRAVÉS DEL CURSO EVOLUTIVO

Destacan una serie de síntomas en cada uno de los estadios evolutivos por los que va pasando el niño. Estos serán la clave para su diagnóstico e intervención temprana. Cabe diferenciar cinco momentos en el curso evolutivo:

a) *Primera Infancia*

- Bebés con temperamento difícil (problemas para adaptarse a las situaciones nuevas).
- Reaccionan de forma desproporcionada a los estímulos ambientales.
- Irritabilidad y demanda continua de atención.
- Excesivamente activos, y baja tolerancia a la frustración.
- Patrones irregulares de alimentación y sueño.

b) *Etapa de Educación Infantil*

- Exageración de las conductas típicas de los preescolares sin TDAH: excesivamente inquietos, inatentos e impulsivos. Frecuentes accidentes en casa y escuela.
- Conductas desafiantes, desobedientes, oposicionistas, y frecuentes rabietas.
- Centran menos su atención a las tareas y despliegan un juego más inmaduro (usan los juguetes de modo monótono y los rompen, dificultades para jugar solos, no siguen las reglas del juego en grupo, escasas conductas de cooperación...).
- Hábitos nerviosos (onicofagia), tensión, ansiedad, cólicos, dolores de cabeza y estómago, problemas del habla y del lenguaje.

c) *Etapa Escolar*

- Más evidentes las dificultades para estar sentado, inhibir conductas impulsivas, prestar atención y seguir las instrucciones del profesor.
- Se agudizan sus problemas para compartir, cooperar e interactuar adecuadamente.
- Rendimiento académico: patrones de ejecución variables a lo largo del tiempo.
- Pupitres desordenados, pierden materiales escolares.
- Dedicar menos tiempo y esfuerzo al estudio, y estrategias de aprendizaje de nivel inferior.

- 21´4% de niños de 4º y 5º de Primaria: clases de educación especial; 42´4%: repetido uno o más cursos; 48%: rendimiento académico inferior; y 81´6%: ayuda diaria para los deberes.

d) *Periodo de la adolescencia*

- Más probabilidades de manifestar un bajo rendimiento académico, inadap-tación escolar, aislamiento social, baja autoestima, problemas de conduc-ta, problemas con la justicia, expulsión de la escuela, accidentes de tráfico, multas por infracciones, abuso de sustancias, sentimientos de indefensión, síntomas depresivos...

e) *Periodo de vida adulta: inquietud*

- Impulsividad, problemas atencionales, desorganización, escasa MCP, difi-cultades con las rutinas diarias, distribuyen peor su dinero...

4. PROBLEMAS ASOCIADOS AL TDAH

Además de los síntomas centrales del trastorno existen otros problemas aso-ciados, tales como:

a) *Trastornos del lenguaje y trastornos perceptivo-motores*

Aproximadamente un 20% de los niños hiperactivos tienen problemas del lenguaje (Dyckman y Ackerman, 1991). Esto no quiere decir que los niños con TDAH carezcan de un lenguaje suficiente. Sino que por lo general, el rendi-miento lingüístico de estas personas suele ser significativamente inferior al de los niños normales. Esto es, se debe a la propia exigencia o requerimiento cog-nitivo necesario para el desarrollo lingüístico (atención, memoria de trabajo, pla-nificación, organización...).

A su vez los niños con TDAH suelen presentar una conducta lingüística pragmática peculiar, característica distintiva en relación a niños sin deficiencias atencionales: hablan más durante el habla espontánea, experimentan problemas para reconocer y mantener los turnos de palabra durante una conversación, uti-lizan más palabras soeces y expresiones escatológicas, menos capaces de adap-tar su lenguaje a la personalidad de su interlocutor, dirigiéndose de la misma forma a sus compañeros, profesores...

Respecto al desarrollo psicomotor, presentan movimientos rígidos y carentes de flexibilidad, así como problemas en la coordinación motora y en la escritura. Así pues, esa falta de coordinación motriz supone una dificultad en la realiza-ción de tareas como atarse los zapatos, tienen caídas...

b) *Dificultades de aprendizaje*

Debido a sus problemas de atención, memoria y control ejecutivo, la mayoría de los niños hiperactivos presentan un bajo rendimiento escolar manifestado en la obtención de peores calificaciones, con dificultades que afectan específicamente a las áreas de lectura, escritura y matemáticas. Según Hinshaw 1992, entre un 10 y un 50% de los niños con TDAH muestran dificultades de lectura.

c) *Trastorno Oposicionista desafiante y trastorno de conducta.*

Muchos niños hiperactivos cumplen los criterios del trastorno oposicionista desafiante, caracterizado por un patrón recurrente de comportamientos negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad. En frecuentes ocasiones este tipo de conductas pueden estar siendo ocasionadas por la frustración que sufren por el feedback negativo (reprimendas) que reciben a diario de sus padres y profesores por sus comportamientos inapropiados.

Por otra parte, está también presente en estos niños, a veces, los trastornos de conducta, cuya característica primordial es la violación repetida de los derechos básicos de los demás, actuando de forma violenta, mediante daños físicos, robos, fraudes, etc.

d) *Relaciones sociales conflictivas*

Como consecuencia de su comportamiento impulsivo sus interacciones interpersonales suelen ser conflictivas, pues, tienden a mostrar escasas habilidades sociales y de comunicación, sufriendo con ello, el rechazo de sus iguales. Ante tal situación, el niño hiperactivo resuelve ese rechazo o enemistad con el otro por la vía de la agresividad, perdiendo el control cuando se producen conflictos o se sienten frustrados.

e) *Depresión y ansiedad*

Las repercusiones del rechazo social que frecuentemente los niños con TDAH experimentan, junto con el también habitual fracaso escolar, inciden directamente en la dimensión afectiva y emocional de la persona implicando una disminución de la autoestima, culpabilidad, desilusión, etc. Todos estos estados emocionales pueden desembocar en síntomas depresivos, así como de ansiedad al presentar una excesiva motivación por superar todas esas situaciones, aunque no son conscientes de que en última instancia ese trastorno está fuera de su alcance.

Por lo que ante este tipo de casos, cuando el TDAH coexiste con la depresión, esta última debe ser considerada como la prioridad principal para intervenir sobre el trastorno afectivo por encima del atencional. Pues, la depresión le

impide obtener logros en su desarrollo futuro al estancarlo en un estado profundo de tristeza.

f) *Tics y trastorno de Gilles de la Tourette*

Tanto los Tics (contracciones nerviosas e involuntarias que afectan a distintas partes del cuerpo, principalmente a la musculatura facial, el cuello, los ojos y los hombros), como el síndrome de la Tourette (forma más extrema de los trastornos de tics, caracterizado por movimientos involuntarios de mayor intensidad, sonidos guturales y coprolalia, emisión de palabras soeces) presentan una incidencia superior en los sujetos hiperactivos que en la población general.

5. Evaluación del TDAH

Una vez conocido el alcance sintomático y descriptivo de este trastorno (concepto, causa, síntomas, problemas asociados...) y siguiendo con un enfoque eminentemente psicopedagógico es preciso exponer a continuación, los aspectos fundamentales referidos a la evaluación del TDAH. Siendo la finalidad de la misma no el etiquetamiento del niño, sino tratar de identificar lo antes posible los problemas que manifiesta con el propósito de implementar programas de intervención que mejoren las condiciones de vida de estas personas, trabajando conjuntamente la escuela y la familia e incrementando la calidad educativa de estas personas.

En este sentido, el diagnóstico precoz es esencial, una pieza clave en todo este proceso. Esto mismo fue puesto de manifiesto por diferentes expertos en Madrid, en la presentación de la nueva forma de administración de clorhidrato de metilfenidato, llegando a afirmar que “un tratamiento precoz evita que el TDAH se haga crónico”.

En definitiva, se trata de entender desarrollar una evaluación a ser posible preventiva, anticipadora de síntomas de TDAH, pero sobre todo, desde una perspectiva funcional y comprensiva, que recabe información del niño, y de los padres y profesores, mediante entrevistas y cuestionarios, así como aplicando técnicas para la observación directa del comportamiento (Miranda, Roselló, Soriano, 1998).

De esta manera, se podrán analizar las diferentes informaciones aportadas por los distintos ambientes en los que el niño se desenvuelve y descubrir, por una parte, la permanencia del trastorno en variados contextos, y por otra, contar con el apoyo y colaboración de suma importancia en una posterior intervención.

De todas estas afirmaciones se derivan, por una parte, de acuerdo con Bauermeister, J. una serie de implicaciones para la evaluación:

- a) **Evaluación Médica.** Es fundamental descartar otras condiciones responsables de los síntomas de falta de atención o hiperactividad-impulsividad.
- b) **Evaluación Psicológica.** Se necesita una evaluación psicoeducativa que examine el nivel de funcionamiento intelectual del niño y sus destrezas de lecto-escritura y matemáticas y que explore, además la presencia de dificultades emocionales, motrices y en el lenguaje.
- c) **Evaluación del ambiente y los recursos de la escuela.** El centro puede lograr un funcionamiento adaptado de los niños con TDAH si cuenta con:
 - Un equipo de profesionales preparados para ayudar a estudiantes con estilos de aprendizaje o de comportamiento diferentes.
 - Utilizan métodos de enseñanza dinámicas.
 - Tienen una dirección escolar dispuesta a respaldar los ajustes u otras estrategias de ayuda que implantan los maestros.
 - Poseen una filosofía que favorece la comunicación y el intercambio de ideas entre los maestros, los padres y los profesionales a cargo del tratamiento del niño y que implanta las recomendaciones de estos especialistas.
- d) **Evaluación de la familia.** Se debe conocer la dinámica y clima familiar, incluyendo el estrés familiar, las prácticas educativas empleadas, trastornos psiquiátricos en los padres, TDAH, trastornos del estado de ánimo y conducta antisocial. Pues, con esta información se podrá decidir no sólo el plan de tratamiento del niño (psicoterapia para padres...), sino también saber si los padres tienen los recursos psicológicos que les permite integrarse o ser destinatarios de un programa de entrenamiento, orientado a implantar recomendaciones de manejo de conducta del niño en el hogar.
- e) **Evaluación del impacto del contexto social en la vida familiar.** Se refiere a familias que fijan unas expectativas respecto al rendimiento de sus hijos por encima de sus posibilidades, demasiado ambiciosos, fiel reflejo de una autoimposición de valores culturales enmarcados en la sociedad actual.

Así pues, es necesario evaluar el impacto de este tipo de expectativas sobre la familia con el propósito de ayudar durante el tratamiento a que se tornen más realistas.

Y por otra, desde estos parámetros y finalidades la evaluación se simboliza como un proceso de recogida de información, de aproximación a la realidad, sobre la que se reflexionará y se tomarán medidas para intervenir, orientadas a su mejora.

Partiendo de esta concepción, describimos de manera esquemática los diferentes instrumentos de recogida de información tanto para padres y profesores, como del propio niño en sí.

5.1. Evaluación a través de padres y profesores

- 1) Entrevistas mantenidas con los padres y los profesores:
 - No estructuradas: para el contacto inicial. Información de su percepción general del problema.
 - Estructuradas: entrevista diagnóstica para niños (DISC).
 - Semiestructuradas: Información detallada sobre la historia clínica y evolutiva del niño, historia del problema, procedimientos de disciplina de los padres, posibles tensiones familiares...

- 2) Cuestionario adaptado del DSM-IV (cumplimentado por padres y profesores):
 - Contiene 9 ítems referidos a conductas de Inatención/ Desorganización, y otros 9 de Hiperactividad/ Impulsividad.
 - Cuando padres y profesores señalan las respuestas de “bastantes veces” o “muchas veces” en al menos 6 ítems del primer apartado: TDAH subtipo hiperactivo/ impulsivo. Cuando se cumplen los criterios de ambos apartados el TDAH será combinado.

- 3) Escalas de Estimación Conductual:
 - Información sobre el comportamiento del niño en su vida diaria, tal y como lo perciben las personas significativas con las que interactúa.
 - Objetivo: clasificación descriptiva de acuerdo con su sintomatología conductual y su grado de severidad.
 - Ventajas: fáciles y rápidas de cumplimentar, corregir e interpretar; aportan datos cuantitativos que comparamos con grupos normativos; ítems planteados en términos sencillos y conductuales; y facilitan la evaluación individual de cada niño, permitiendo establecer pautas correctivas según su sintomatología conductual.
 - Limitaciones: influencia de la subjetividad del informante; y escasa bondad psicométrica de algunas escalas (pocas son fiables y válidas para el juicio diagnóstico).
 - Tipos:
 - a) Escalas Específicas de Hiperactividad.

- b) Escalas para evaluar la variación situacional.
- c) Listas Generales de Problemas.

5.2. Evaluación del desarrollo del propio niño

5.2.1. Funcionamiento Cognitivo: valorar la atención y el estilo cognitivo, a través de tests psicométricos y pruebas neuropsicológicas

Instrumentos psicométricos para valorar la atención:

- *Factor de Atención del WISC-R (Wechsler, 1994):* incluye las subpruebas de:
 - *Aritmética:* mide atención dividida (atender a dos fuentes de información diferentes).
 - *Claves:* evalúa vigilancia (disposición para emitir una respuesta ante un estímulo).
 - *Dígitos:* atención sostenida (mantener la concentración en una tarea hasta que se termine).
- *Test de Cancelación Rápida de Figuras (Rudel y cols., 1978):* consta de tareas dirigidas a valorar la persistencia visual de niños entre 4 y 13 años. Ej. En el subtest de Rombos el niño debe señalar todos los rombos que aparecen entre otras formas.
- *Test de Caras (Thurston-Yela, 1979):* aplicada a partir de los 7 años. Información sobre la capacidad de mantener la atención en una tarea. Consiste en que el niño señale la cara (con trazos elementales) que sea distinta de las otras dos.

Pruebas Neuropsicológicas:

- *Tests de Ejecución Continua:* con diversas modalidades (visual, auditiva...): el niño debe observar en una pantalla las letras y números que se proyectan de forma individual y rápida, respondiendo cuando aparece un estímulo dado.
- *Test de Emparejamiento de Figuras Familiares (Kagan y cols., 1966):* valora la impulsividad. Los ítems contienen un dibujo de un objeto y seis dibujos similares, y el niño debe elegir entre las alternativas cuál es exactamente igual al modelo.
- *Test de Laberintos del WISC-R:* mide impulsividad.
- *Test de Stroop (1935):* valora la flexibilidad cognitiva y tendencia a la distractibilidad. Consta de tres subtests: lectura de palabras, denominar colores y color-palabra.

- *Test de la Figura Compleja de Rey (Rey, 1994)*: valora la flexibilidad cognitiva, planificación y habilidades de construcción visuoespacial. Se compone de dos subtests: copia y reproducción (de un dibujo geométrico).

5.2.2. Funcionamiento Socio-Personal: pretende evaluar la competencia social

- Cuestionario sobre conocimientos y estrategias de interacción con los iguales (Díaz-Aguado, 1986).
- Cuestionario de Solución de Problemas Medios-Fines (Spivack y Shure, 1974).

6. Intervención con niños que presentan TDAH

Éste, es uno de los puntos más decisivos en el pronóstico de personas con TDAH, pues, es donde se implementan programas, se introduce un tratamiento farmacológico y una intervención psicopedagógica.

Siguiendo a Bauermeister, el mismo que presentaba una serie de principios generales de la evaluación, de igual forma, presenta diez implicaciones a considerar para el tratamiento:

- 1) Lograr la aceptación del niño por padres y profesores, facilitando el seguimiento de programas de tratamiento de forma consecuente e implantar recomendaciones.
- 2) El programa de tratamiento debe ser individualizado, de acuerdo al patrón de indicadores, problemas asociados (por ejemplo: depresión...) y destrezas del niño identificadas en la evaluación.
- 3) El tratamiento, en la mayoría de los casos, debe ser multidisciplinario, aunando un enfoque médico y psicopedagógico.
- 4) El tratamiento más eficaz es aquél que se implanta en los escenarios importantes en donde el niño se desenvuelve a través de intervenciones psicosociales, medicación o ambas.
- 5) El tratamiento debe hacer especial énfasis en fortalecer el autoestima del niño, y estimular una comunicación efectiva entre él, sus familiares y maestros para facilitar los procesos de autorregulación, mejora de destrezas sociales.
- 6) La intervención psicosocial presenta dos modalidades: educación a los miembros de la familia, y terapia y manejo de la conducta en el hogar y en la escuela.
- 7) De las intervenciones psicosociales, la terapia conductual clínica ha demostrado ser la más eficaz para el TDAH en investigaciones científicas (Pelma,

2002). Además de estas, las investigaciones más recientes demuestran que los efectos de estas intervenciones se enriquecen si se incluye la enseñanza de estrategias cognitivas-conductuales (Pelma, 2002, Piffner y McBurnett, 1997).

- 8) El tratamiento farmacológico más efectivo, sobre todo para el TDAH, es el que utiliza medicamentos psicoestimulantes de actuación prolongada durante el día, a través de mecanismos de secreción sostenida.
- 9) Los efectos de la terapia conductual clínica sobre los síntomas del TDAH y sobre los patrones de conductas negativas y agresivas asociadas a este trastorno, no son tan robustos como los efectos del tratamiento farmacológico con psicoestimulantes (Pelham, 2002).
- 10) Es de inestimable relevancia estimular la participación activa de los padres en grupo cuyos objetivos sean educar y apoyar.

El intento de abordar el TDAH, desde una dimensión interventiva y práctica va a constituir la primera parte de este apartado, en el que se tratará de sopesar las diferentes visiones existentes (médica y psicopedagógica) al respecto que tratarán de integrar las diversas maneras de concebir la integración existentes.

Todas estas valoraciones o apreciaciones referidas al tratamiento requieren de una base teórico-científica que legitime la tendencia actual, que los expertos desarrollan en base a la conjugación de sus experiencias y conocimientos.

Considerando esta serie de anotaciones, podemos decir que la intervención en el TDAH, como prácticamente todo en la vida, se baraja desde al menos dos ópticas o perspectivas. Así pues, cabe decir que históricamente, dos escuelas, la anglosajona y la europea, se han enfrentado a la hora de decidir los tratamientos frente al TDAH. Según afirma Serera, *“en Europa el aspecto médico del tratamiento no ha sido nunca muy relevante y la hiperactividad se ha tratado siempre como un aspecto menor, por lo que tradicionalmente ha predominado un tratamiento psicopedagógico”*. Por el contrario, considera que en la escuela anglosajona ha predominado el tratamiento médico y farmacológico.

Posiblemente, la tradición médica anglosajona proceda de la línea filosófica empirista de Locke y Hume, mientras que, por su parte, la visión psicopedagógica se extiende más a planteamientos racionalistas, innatistas como legado de los ilustres filósofos del siglo XVIII (Kant, Rousseau, etc).

Una vez conocidas las dos variantes de la intervención respecto al TDAH, propone como tratamiento recomendable la combinación tanto del enfoque farmacológico como el psicopedagógico. Así, como plantea la necesidad de optar por una intervención complementaria, lejos de reduccionismos, la misma que introduzca, por una parte, el uso del fármaco, donde el más utilizado es el

metilfenidato, que resulta esencial para poder controlar el nivel de atención del niño. Y por otra, junto a la presencia del tratamiento farmacológico se hace fundamental la formación de padres y madres para solucionar conductas problema que les permita un uso adecuado de los reforzadores positivos y negativos: cómo establecer rutinas, cómo reaccionar ante el niño hiperactivo desobediente... Y por último, en consonancia con la formación de los padres, resulta prioritario trabajar con el tutor mediante adaptaciones curriculares y la consiguiente intervención directa con el propio niño para reforzarle procesos de solución de problemas de interacción social y de la función directiva del habla, así como su capacidad de autocontrol y demora de reforzadores. En este sentido, el trabajo con personas que presentan este tipo de trastorno debe ser una tarea compartida por los padres y el profesorado.

Respecto a este último, existen investigaciones como la realizada por Fernández, F., Hinojo, F. y Aznar, I. (2003: 219-232) referida a la formación docente y sus implicaciones en alumnos con TDAH realizado con 21 alumnos con TDAH en escuelas de Educación Primaria y 33 docentes de la provincia de Granada.

La hipótesis que se contrastó favorablemente fue que un incremento de la formación docente asociada con la intervención cognitivo-conductual produciría mejoras significativas al comparar un antes y un después de esta intervención, esto es, formación docente, en una serie de comportamientos específicos del alumnado con TDAH como son: el control perceptivo-motor de la conducta, la memoria y atención y todo ello, a la postre, conduciría a una mejora en sus interacciones sociales. Por lo que este estudio pone de manifiesto el gran papel que el profesorado y la formación recibida, poseen de un modo inmediato en el desarrollo de las capacidades socioemocionales del niño.

En cualquier caso, en nuestros días existe un gran consenso en emplear de manera integrada, siempre que sea necesario, una intervención con técnicas psicopedagógicas y otra mediante psicofármacos. Pero, evitando un reduccionismo, tanto de uno como de otra, e incluso, como se sabe optar por una intervención definida única y exclusivamente por psicofármacos puede ser mucho más perjudicial que presentar sólo una intervención psicopedagógica. Pues, estamos refiriéndonos a medicamentos, sustancias químicas que en exceso pueden provocar daños irreparables a nivel fisiológico y neuronal, especialmente en niños pequeños, cuyo organismo en constante proceso de maduración es más vulnerable a cualquier "ataque externo". Llegados a este punto, merece la pena realizar una breve reflexión, desde una perspectiva más bien crítica, tal como la que muchos estudiosos sobre el tema plantean y es en relación a la proliferación de los psicofármacos en las escuelas. Existe, pues, la tendencia de etiquetar los problemas de aprendizaje como

enfermedades mentales, debido a “desequilibrios químicos” y ante esto, se prescribe un tratamiento tan sencillo como homogéneo: darles psicofármacos.

A pesar de que tal como se admitía en la Conferencia del Instituto Nacional de Consenso para la salud sobre el TDAH, no existe ningún test válido independiente para poder diagnosticar el TDAH y no existe ninguna evidencia que indique el TDAH está causado por una disfunción cerebral. Y respecto al medicamento empleado para el TDAH (metilfenidato o ritalina), al contrario de lo que se pensaba (era un estimulante débil), es incorrecto. Puesto que según un informe publicado en el ejemplar del 22 de agosto de 2001, de la Revista de la Asociación Médica Americana, sobre el estudio dirigido por la Doctora Nora Volkow se llegó a admitir por los investigadores que se desconocían los efectos a largo plazo de los cambios químicos en el cerebro, causado por el mencionado metilfenidato (el nombre químico de *ritalina*) a pesar de que desde hace varias décadas se administra esta droga a los niños. Para más INRI, un estudio publicado por la universidad de Búfalo en Nueva York, en noviembre de 2001, sugiere que cambios a largo plazo, en la estructura y función de las neuronas.

Si se analiza fríamente esta información, con total seguridad, nos preguntaremos el porqué de la consideración y utilización de los psicofármacos como la panacea universal, simplificando las dificultades de aprendizaje por leves que sean, como trastornos producidos siempre por factores orgánicos. La respuesta a esta reflexión puede que se oriente a unos fines eminentemente comerciales de las empresas farmacéuticas y los centros psiquiátricos orientados no tanto en contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas, desde un punto de vista sanitario, sino como vía de canalización en el acceso e incremento de ganancias económicas.

En este caso, como bien dijo Gratch 2001: 162, *“muchas veces los fanatismos limitantes, tanto de los psiquiatras excesivamente biologicistas como la cosmovisión psicologicista excesiva, terminan perjudicando a quienes podrían beneficiarse con el aporte de estas dos disciplinas que dejarían de estar enfrentadas para volverse complementarias”*.

Barnathan, C. (2002) señala ante todo un tratamiento interdisciplinario, partiendo de que el TDAH posee un origen biológico y por tanto la inclusión de los psicofármacos como forma de modificar la química cerebral disfuncional, parece lógica. Pero la modificación de los neurotransmisores no alcanza para curar la autoestima o sus difíciles interacciones sociales como consecuencias de su comportamiento impulsivo. En tal caso se hace imprescindible una intervención psicológica.

De esta forma esta autora define el tratamiento como interdisciplinario, ya que las intervenciones deben considerar al ser humano desde una **perspectiva biopsicosocial**.

Desde una intervención biológica, se emplean fármacos que apuntan a modificar dos síntomas: la falta de atención y la hiperactividad, como son los estimulantes: metilfenidato, comercializado con el nombre de ritalina y rubifén. Tiende a disminuir la impulsividad en la conducta, permitiendo que el niño tome el control sobre sus actos, así como también el uso de los antidepresivos tricíclicos, muy recomendables para personas que presentan un trastorno depresivo asociado.

Interviniendo desde una dimensión psicológica se incluirán tres dimensiones:

- a) **Dimensión Cognitiva.** Autoinstrucciones, técnicas de relajación, etc, técnicas para aumentar la autorregulación, administración de autorrecompensas (Meichembaum y Goodman, 1971).
- b) **Dimensión Comportamental.** Su objetivo principal es formar a padres y profesores en conocimientos generales sobre el TDAH y procedimientos que en su gran mayoría derivan de los principios del Condicionamiento Operante (técnicas de modificación de conducta) con el fin de comprender y dirigir mejor los problemas de comportamiento de sus hijos y alumnos en casa y en el colegio (Weiss y Hechtman, 1992).
- c) **Dimensión Emocional.** Muchas veces son frecuentes los sentimientos de culpa ante la frustración por las relaciones interpersonales y el bajo rendimiento debido a su dificultad de atender y a su comportamiento impulsivo. Esta cadena de situaciones negativas puede contribuir a la aparición del sentimiento de tristeza y en algunos casos depresión.
- d) **Dimensión Social.** De acuerdo con Joselevich (2003: 100), *“el medio ambiente no es un invitado ocasional en este escenario, sino un participante activo permanente. Los factores psicosociales y culturales influyen decisivamente en el devenir, ya sea con notables alivios o con empeoramientos riesgosos”*.

En la dimensión social se trabaja tanto con la familia como con la escuela. Por lo que respecta a la familia caben dos posibilidades de trabajo: 1) Los programas de orientación y entrenamiento a padres y 2) la terapia familiar. Estos primeros persiguen como objetivos (Giusti, 2000):

- Ayudar a los padres a aceptar el diagnóstico del niño y las consecuencias que tiene para todo el grupo familiar.
- Reestablecer el control de la relación con el niño, que los padres sienten haber perdido como consecuencia de la enfermedad.
- Reestablecer el control sobre las propias emociones de los padres.

Y en relación a la escuela, el maestro debe estar informado del diagnóstico del niño y de sus implicaciones para evitar ambientes injustos, excesivamente represivos que repercutan de un modo nefasto en el pronóstico del niño.

Aspecto fundamental presenta en este sentido, la formación del profesorado, tal como se citó anteriormente en la investigación realizada en la provincia de Granada con alumnos con TDAH (Fernández, F., Hinojo, F, y Aznar, I., 2003).

La presencia de este tratamiento interdisciplinar es, en definitiva, una realidad consensuada por los expertos, como se prueba en las afirmaciones de Eric Andrew Taylor, Psiquiatra, Jefe de Servicio de psiquiatría del King's College de Londres. Científico de reconocido prestigio por sus trabajos en el campo de la psiquiatría infanto-juvenil y de manera destacada en los trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), que facilita una información muy valiosa en una entrevista realizada para las Jornadas Internacionales sobre el TDAH, celebradas en el hospital "Ramón y Cajal", de Madrid, mostrando una serie de indicadores o referentes que nos hacen ser conscientes de las tendencias presentes y futuras, esto es, la prospectiva del TDAH. Algunos fragmentos de esta entrevista de gran relevancia son los siguientes:

*“Entrevistador: (...) El TDAH, ¿se podría evitar? ¿podríamos hablar de **prevención**?*

Profesor Taylor: Es posible hablar de prevención primaria y secundaria. Si ante la aparición de los primeros indicadores de DAH, los educadores, padres y maestros, actuaran de un modo eficaz, presuponiendo la posibilidad de que el niño tenga DAH, se podría hablar de prevención primaria. En el segundo caso, la prevención secundaria sería posible si, una vez comprobada la existencia de DAH, con los primeros comportamientos inadecuados ya instaurados, los padres y educadores reorganizarán la situación familiar y escolar y modificarán sus hábitos educativos y de enseñanza”.

*Entrevistador: ¿A qué **edad** considera usted que es posible efectuar un diagnóstico de DAH?*

Profesor Taylor: A partir de los tres años de edad los niños ya presentan todas las pautas de este problema. Por lo tanto, es posible realizar el diagnóstico desde esta edad.

*Entrevistador: Y en cuanto al **tratamiento farmacológico**, ¿cuándo puede iniciarse?*

Profesor Taylor: Nosotros estimamos que desde los cuatro años de edad es posible considerar la conveniencia de proporcionar medicación a los casos más graves. Sin embargo, la medicación no es para nosotros la primera opción del tratamiento.

*Entrevistador: ¿Cuál es entonces el **método** que usted propone?*

Profesor Taylor: En primer lugar, ofrecemos asesoramiento a los padres y a los maestros de los niños con DAH. Les explicamos en qué consiste este problema y les entrenamos en técnicas educativas. Si con estas medidas no es posible mejo-

rar la situación, entonces les sugerimos el tratamiento farmacológico, complementado con medidas psicoeducativas.

Entrevistador: En su opinión, ¿los **padres** de los niños con DAH, disponen habitualmente de **recursos educativos** para educar a estos hijos?

Profesor Taylor: No. La mayoría de los padres no han sido preparados para educar niños difíciles, como lo son estos niños. Definitivamente, necesitan ayudas para aprender a tratarlos.

Entrevistador: ¿Y los **profesores**?

Profesor Taylor: Sinceramente, creo que les ocurre algo parecido a los padres, pero con una diferencias. Los profesores pueden encontrar esos recursos en su medio: libros, cursos, seminarios, compañeros con más experiencia, etc... En mi opinión, el mayor problema al que se enfrentan los profesores es el desconocimiento de qué alumnos tienen DAH y no es otro problema diferente el que explica su comportamiento inatento o hiperkinético habitual o sus problemas de aprendizaje.

Entrevistador: ¿Cuál es el **mejor tratamiento** para estos niños: el farmacológico, el educativo, el psicológico, otros...?

Profesor Taylor: Los estudios de los últimos años no dejan lugar a dudas: el mejor tratamiento es aquel que se diseña de acuerdo a las características concretas de cada caso y de su entorno. Por lo tanto, no cabe hablar de un tratamiento idéntico para todos los niños con DAH. Ahora bien, la combinación de fármacos psicoestimulantes (metilfenidato), asesoramiento educativo a padres y profesores y entrenamientos específicos a los niños es la mejor combinación terapéutica.”

De todas estas respuestas expresadas por Taylor, en líneas generales, se confirma todo lo descrito hasta ahora como es:

- 1) La importancia del ambiente, no como factor originario del trastorno pero sí modulador en su mejora o empeoramiento.
- 2) Necesidad de un diagnóstico precoz, empleando la Prevención Primaria y Secundaria.
- 3) Necesidad de una intervención conjunta de psicofármacos y asesoramiento a padres y profesores (ambiente). A continuación se presentan de modo más práctico una serie de sugerencias o consejos para padres y profesores en el ejercicio de sus correspondientes roles:
 - *Sugerencias para padres.* Entre las sugerencias que podemos destacar como más importantes para los padres con hijos que presentan TDAH son:
 - Obtener un diagnóstico por parte de profesionales especializados; que descarte otras posibles causas que puedan provocar los mismos síntomas que el TDAH.
 - Solicitar un tratamiento multimodal; donde se valorará la necesidad de aplicar el tratamiento psicológico, escolar o educativo y farmacológico.

- El trastorno tiene carácter crónico, el tratamiento pretende conseguir una buena adaptación social, académica y familiar, el curso del TDAH es variable por lo tanto se encontrará con épocas buenas y con otras muy malas; ¡nunca abandone el tratamiento!
- No pretender solucionar todos los problemas diarios a la vez, marcar un solo objetivo a conseguir (ej: que se vista solo por la mañana).
- Marcar objetivos de conducta realistas, evitar comparaciones con lo que el niño es capaz de hacer con las posibilidades de otros niños. Aumentar el grado de dificultad progresivamente.
- No centrar las conversaciones con el niño/ adolescente en torno a su comportamiento o sus resultados académicos. El niño/ adolescente necesita saber que sus padres se interesan por lo que hace y siente.
- Asegurarse de que el niño escucha cuando se le habla, mirándole a los ojos, con mucha proximidad física.
- Siempre mostrará mayor interés en hacer lo que se le pide si obtiene reconocimiento o algún privilegio a cambio de su esfuerzo.
- Si se utiliza más el castigo que el premio se corre el riesgo de que éste pierda su eficacia y deba recurrir a castigos cada vez peores.
- Evitar prestar atención a conductas negativas y fijarse más en conductas positivas. Mejorará la relación familiar y evitará un exceso de castigo.
- Evitar conflictos programando actividades adecuadas a sus posibilidades de control (ej: a un niño de 12 años con TDAH no es recomendable tenerlo 2 horas sentado en un restaurante, ni 4 horas en un hipermercado).
- Se debe favorecer que el ambiente que rodea al niño sea ordenado y organizado en cuanto a los horarios o rutina diaria.
- El niño con TDAH requiere mayor supervisión de las tareas escolares, pero cuando ésta representa un conflicto entre padres y niño, es aconsejable delegarla a un profesional.
- Mantener entrevistas frecuentes con el tutor para valorar la evolución del niño y buscar soluciones a los problemas que puedan presentarse.
- Asistir a las reuniones de padres o a cursos para padres, puede ser de gran ayuda, ya que se encuentra soporte, comprensión y posibles soluciones.
- *Sugerencias para profesores.* En una muestra normal de 20 niños existe un alumno con Trastorno por Déficit de Atención, de manera que todo maestro debe estar preparado para conocer el padecimiento y su manejo.

Es en la escuela donde el niño puede pasar los peores o los mejores momentos de su TDAH y la responsabilidad de esto cae sobre el maestro. De modo que no hay cabida a la ignorancia del problema por el magisterio.

La experiencia con un mal maestro puede ser devastadora para un niño con este problema o bien una bendición, en función de cómo se detecte y se intervenga precozmente en la posible aparición de algún niño con trastorno de déficit atencional. Para ello es necesario que el profesor tenga una serie de herramientas informativas que le ayuden en éste cometido:

- *El niño con Trastorno por déficit de atención debe ser tratado como tal:* el maestro no debe esperar que el niño se comporte “normalmente”.
- *Un manejo adecuado de la situación en clase:* Básicamente consiste en manejar dos grupos de niños; hay que separar a los niños que tienen una conducta que rompe la armonía del salón (como el niño con TDAH), y utilizar la siguiente táctica: señalar la falta en cuanto ésta se presenta; si se repite hay que dar un castigo de inmediato, como no salir al recreo; lo mismo con los premios.

Otro asunto distinto es el problema de hiperactividad y distracción fácil que en ocasiones escapan del control del niño, y no deben castigarse. Es aquí donde las habilidades pedagógicas del maestro deben darse a notar.

- *Prevención de problemas:* Para la hiperactividad se puede poner al niño a hacer tareas motoras dentro del salón, como sacar punta a los lápices, y hacer recados para el maestro, o traer útiles de la dirección.
- Hay que buscar al niño con TDAH al frente del salón, y lejos de distractores como la ventana. Es necesario encontrar en qué es bueno el niño, y maximizar el empleo de esta aptitud así como también, mantener un horario y programa específico que ayude al niño a ubicarse y enfocarse en sus actividades.
- *Dirección especial para el niño:* El niño con TDAH necesita más atención. Es preciso revisar su trabajo con más frecuencia que el del resto de los niños del salón, darle instrucciones haciendo contacto visual con él y cuando esté listo el trabajo estar pendiente de que no lo pierda.
- *La relación con los padres del niño:* Los padres no son la causa del TDAH, sin embargo la educación del niño no está sólo a cargo del maestro; el niño debe ser educado también en casa y someterse a la terapia adecuada. Además los padres deberán tomar en cuenta que el maestro tiene a su cargo otros alumnos y que no puede dar toda la atención a un solo niño. En el momento de planear los salones de clase al inicio de año no deben ponerse demasiados niños “difíciles” en un mismo salón.

- Hay que *conocer sobre la medicación del niño*: La información que proporciona el maestro acerca del efecto o falta de él (de los medicamentos) es esencial, por lo que deberá enviar reportes regulares o hablar con los padres sobre el comportamiento del niño. No se espera que el maestro proporcione la medicación, pero si el niño debe tomarla en el horario de escuela, él deberá recordarle al niño que lo haga. La información es el primer paso para la comprensión y la formación. El maestro/ profesor puede detectar niños/ adolescentes con dificultades en atención y autocontrol que requieran ser evaluados, el diagnóstico en cambio lo establecen los profesionales de la salud. El maestro describe el comportamiento y el rendimiento académico y el profesional médico es quién decide si aplicar o no psicofármacos (metilfenidato).

Tanto el Centro Escolar como la familia deben, por una parte, asumir una intervención conjunta, desde la detección y toma de conciencia de la posible existencia de un trastorno o “niño con dificultades” y no del etiquetamiento irracional y apresurado de un “niño problemático”. Y por otra, generar un ambiente de respeto, comprensión, apoyo y organización en los diferentes niveles y entornos físicos, socioculturales, en los que el niño interactúa, con el fin de prevenir o minimizar supuestos obstáculos y limitaciones circunstanciales que frecuentemente de forma negligente empeoran el desarrollo de estos niños a lo largo de su ciclo vital.

BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Revised*, 3^a Ed. Washington, DC: Author.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Revised*, 4^a Ed. Washington, DC: Author.
- ANGUERA, M. T. (1990). Programas de intervención. ¿hasta qué punto es factible su evaluación? *Revista de Investigación Educativa*, 8 (16), Pp. 77-93.
- ARCO TIRADO, J. L.; FERNÁNDEZ MARTÍN, F. D. y HINOJO LUCENA, F. J. (2004). “Intervención psicopedagógica en una muestra de alumnos/as de Educación Primaria diagnosticados con TDAH”. En *Revista Psicothema*, vol. 16. PAPER. (Base ISI con impacto a nivel internacional).
- AZNAR, I., CÁCERES, M^a P. e HINOJO, F. (2005). El impacto de las TICs en la sociedad del milenio: nuevas exigencias de los sistemas educativos ante la “alfabetización tecnológica en *Revista Virtual Eti@.net*. Año III, N^o 4, Pp. 177-190.
- BARKLEY, R. A. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder. Handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- BARKLEY, R.A. (1999). *Niños-as hiperactivos-as. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.

- BARNATHAN, C. (2005). *Niños con TDAH, cambios en la interacción familiar a partir del diagnóstico*. Facultad de Humanidades. Buenos Aires: Tesina.
- BAUERMEISTER, J. J. (2002). *Hiperactivo, impulsivo, distraído me conoces?. Guía acerca del déficit atencional para padres, maestros y profesionales*. España: Albor-cohs.
- BAUERMEISTER, J. J., ALEGRÍA, M. BIRD, H., RUBIO-STIPEC, M. y CANINO, G. (1992). Are attentional-hyperactivity deficits unidimensional or multidimensional syndromes? Empirical findings from a community survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 423-431.
- CABANYES, J. y POLAINO-LORENTE, A. (1997). Bases biológicas y evaluación neurofisiológica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en *Manual de Hiperactividad infantil*. Capítulo VI. Madrid: Unión Editorial.
- CALDERÓN, C. (2001). Resultado de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para niños/as con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de Psicología*, 32 (4), 79-98.
- CARLSON, C. L. y MANN, M. (2002). Sluggish cognitive tempo predicts a different pattern of impairment in the attention deficit hyperactivity disorder, predominantly inattentive type. *Journal of clinical child and adolescence psychology*, 3, 123-129.
- CONNERS, C. K. (1997). *Conners Rating Scale- Revised*. Toronto, multi-health System.
- CRIJNEN, A. A. M., ACHENBACH, T. M. y VERHULST, F. C. (1997). Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: total problems, externalising, and internalising. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (9), 1269-1277.
- DOUGLAS, V. I., PETERS, K. G. (1979). Toward a clearer definition of the attentional deficit of hyperactive children, en G. A. HALE, M. LEWIS (eds.) *Attention and the development of cognitive skills*. New York: Plenum Press.
- DOYLE, A. E., BIEDERMAN, J., SEIDMAN, L. J. WEBER, W. FARAONE, S. W. (2000). Diagnostic efficiency of neuropsychological test scores for discriminating boys with and without attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68, 477-488.
- FARAONE, S. V., BIEDERMAN, J., WEBER, W. y RUSSELL, R. L. (1998). Psychiatric, neuropsychological and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention-deficit hyperactivity disorder: results from a clinically referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 185-193.
- FERNÁNDEZ NARES, S. y CÁCERES, M^a P. (2005). "El calendario académico en la Universidad: Adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior", en las *IX Jornadas de Dirección y Organización de Instituciones Educativas*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- FERNÁNDEZ, F. D. (2000). El método IDEAL para el desarrollo de problemas en F. JUSTICIA, J. A. AMEZCUA y M^a C. PICHARDO (Coords.). *Programas de intervención cognitiva*. Granada: Grupo Editorial Universitario. Pp. 179-188.
- FERNÁNDEZ, F. D. (2001). Atención a la diversidad en la escuela inclusiva: pautas e instrumentos para la evaluación e intervención psicoeducativa de alumnos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en M. LORENZO y otros (coord.) *La organización de los nuevos procesos de institucionalización de la educación*. Granada: grupo Editorial universitario.
- LORENZO M. y otros (Coords.) (2001). La atención educativa a la diversidad en la escuela rural, *Liderazgo educativo y escuela rural*. Granada: Grupo Editorial Universitario. Pp. 669-675.
- FERNÁNDEZ, F. D., HINOJO, F. y AZNAR, I. (2003). Dificultades del alumnado con trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en el aula: implicaciones para la formación docente. *Revista Enseñanza. Anuario interuniversitario de didáctica*. 21, Pp. 219-232.

- FERNÁNDEZ, F. D., HINOJO, F. y AZNAR, I. (2001). La formación permanente del profesorado: aspectos organizativos y de análisis, en M. LORENZO y otros (ed.): *Las organizaciones educativas en la sociedad neoliberal*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- GARCÍA CASTAÑO, F. (2001). *Es TDAH y ahora.....¿Qué?*. Ed. Hispalis.
- GARCÍA PÉREZ, E. M. y MAGAZ, A. (en prensa). *Mitos, errores y realidades sobre la hiperactividad infantil. Guía para padres y profesionales*. Bilbao: Grupo Albor-Cohs.
- GOLDSSTEIN, S. y GOLDSTEIN, M. (1992). *Hyperactivity: why won't my child pay attention*. New York, J. Wiley.
- GRATCH, L. (2001). *El trastorno por déficit de atención*. Buenos Aires: Panamericana.
- HEYDL, P. y QUIRÓS, G. (2000). AD /HD Tratamiento psicofarmacológico en E. Joselevich. *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad*. Buenos Aires: Paidós.
- HINOJO LUCENA, F. J. (2004). "La Institución Escolar y la familia: forma de trabajo colaborativo para la mejora de la calidad de la enseñanza". En *Revista Educar*, nº 28, enero. PAPER. (Secretaría Educación, Gobierno de Jalisco, México).
- JOSELEVICH, E. (2003). *AD/ HD qué es, qué hacer*. Buenos Aires: Paidós.
- KAMPHAUS, R. W. et al. (2000). Análisis transcultural de un instrumento de dimensiones múltiples en el diagnóstico del déficit de atención. *Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 2, 51-63.
- LAHEY, B. B. y WILLCUTT, E. G. (2002). Validity of the diagnosis and dimensions of attention deficit hyperactivity disorder. In P. S. JENSEN y J. R. COOPER (Eds.) *Attention deficit hyperactivity disorder: state of the science, best practices*. Kingston NJ: Civic Research Institute.
- MCBURNETT, K., PFIFFNER, L. J. and FRICK, P. J. (2001), ADHD/ Combined type and ADHD type: An argument for continued study of sluggish cognitive tempo. *Journal of abnormal child psychology*, 29, 207-213.
- MEICHEMBAUM, D. y GOODMAN, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: a mean of developing self-control. *Journal of abnormal psychology*, 77, 115-126.
- MILICH, R. BALENTINE, A. C. y LYNAM, D. R. (2001). ADHD/ Combined type and ADHD/ predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clinical psychology: science and practice*, 8, 463-488.
- MIRANDA, A. SORIANO, M, PRESENTACIÓN, M. J. y GARGALLO, B. (2002). Factores moduladores de la eficacia de una intervención psicosocial en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neuropsicología*, 34 (81), 91-97.
- MIRANDA, A., AMADO, L. y JARQUE, S. (2001). *Trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Una guía práctica*. Málaga: Aljibe
- MIRANDA, A., ROSELLÓ, B. y SORIANO, M. (1998). *Estudiantes con deficiencias atencionales*. Promolibro.
- MIRSKY, A. F. (1987). *Behavioral and psychophysiological markers of disordered attention*. *Environmental health perspectives*, 74, 191-199.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnosis criteria for research*.
- ORJALES, I. (1998). *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE.
- ORJALES, I. (1999), *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid. CEPE.
- PELHAM, W. E. (2002). Psychosocial interventions for ADHA in P. S. JENSEN y J. R. COOPER (Eds.) *Attention deficit hyperactivity disorder: state of the science, best practices*. Kingston NJ: Civic Research Institute Pp. 12-36.

- POLAINO-LORENTE, A. y otros (1997). *Manual de hiperactividad infantil*. Madrid: Ediciones del Castillo.
- SERRANO, I. (2000). Tratamiento conductual de un niño hiperactivo en F. X. MÉNDEZ y D. MACIÁ (Coords.). *Modificación de conducta en niños y adolescentes. Libro de casos*. Madrid: Pirámide. Pp. 349-376.
- SERVERA, M. (Coord.) (2002). *Intervención en los trastornos del comportamiento infantiles: una perspectiva conductual de sistemas*. Madrid: Pirámide.
- TAYLOR, E. A. (1991). *El niño hiperactivo*. Barcelona: Martínez-Roca.
- WEISS, G. y HECHTAMN, L. (1992). *Hyperactive Children Grown up*. New York: Guilford Press.