

## INTRODUCCIÓN

La presente monografía tratará sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), que afecta a las personas, especialmente a los niños, que se califican de manera coloquial como hiperactivos. Se abordarán tres ámbitos: en primer lugar el concepto de TDAH, donde incluyo la definición, el diagnóstico, la etiología, la evaluación y el tratamiento. En segundo lugar las implicaciones educativas, como la integración y atención de las necesidades educativas del niño en la escuela y, finalmente, la convivencia familiar, el reconocimiento del problema y cómo afrontarlo.

La elección de la temática no es casual. He apoyado mi decisión en el desconocimiento general acerca de este tema. Comparado con otros trastornos mentales, existe a nivel popular una idea difusa y con frecuencia errónea de lo que es y significa el TDAH. Ello me ha incitado a investigar y tratar de ver la realidad del Síndrome. Hace tan solo un siglo que se estudia el TDAH, y esto hace que sea un tema en el que queda mucho camino por recorrer. Por mi parte, he intentado aportar mi granito de arena para que se entienda y se sepa algo más sobre una enfermedad que incide de una manera especial en el ámbito educativo y familiar.

La Psicología es una ciencia relativamente joven (Wundt, 1950). Esto implica una falta de acuerdo respecto a diversos objetos de estudio, como por ejemplo la caracterización de factores fundamentales del trastorno como la impulsividad, la hiperactividad, el déficit de atención, etc. Una de las grandes limitaciones personales con las que me he topado ha sido la imposibilidad de recoger todas las ideas, así que he dedicado mis esfuerzos a recopilar sólo las más relevantes.

Otra limitación ha sido el desconocimiento personal del tema en el momento de iniciar el trabajo. Ello ha dificultado la asimilación de toda la información, y reflejarla de la manera más clara posible. Pero este desconocimiento inicial también ha tenido un aspecto positivo, ya que poco a poco he ido evolucionando hacia una concepción mucho más clara acerca de las dimensiones del trastorno. Finalmente también ha existido una limitación espacial que ha condicionado la extensión (especialmente al tratar el tratamiento conductual y las implicaciones educativas).

La principal pretensión del Trabajo es que sea ÚTIL a la vez que ameno, que despierte preguntas y ánimo de saber más sobre el tema. Trata de niños, y seguro que en el IES CAMP CLAR, al menos según las estadísticas, hay más de un niño con este Síndrome. Pretendo con esto derribar falsos tópicos y conducir a un mejor entendimiento y a una profundización o, al menos, una ampliación de las técnicas de tratamiento y enseñanza que se les aplica a estos niños.

La elección de la bibliografía ha sido guiada, evidentemente, por el tutor del trabajo. A partir de un libro clave en la bibliografía sobre el TDAH, como es el libro de Eric A. Taylor, han ido surgiendo los autores más importantes. Internet también ha supuesto una fuente de información nada despreciable, sobretodo en lo referente a artículos y avances en el Trastorno.

La metodología utilizada se basa en textos, Internet y algunas revistas especializadas. Para referenciar y citar la bibliografía he utilizado el sistema basado en las normas APA (American Psychological Association) conocido como el sistema de autor/fecha.

Quizá no es un dato muy conocido pero también hay personajes notables que sufrieron TDAH y consiguieron superar los factores negativos y llegar a ser famosos por sus logros por ejemplo personajes de ciencia como Arquímedes, Galileo Galilei, Isaac Newton, André Ampère, Louis Pasteur, A. Graham Bell, Albert Einstein, Thomas A. Edison y artistas de la talla de Leonardo da Vinci, Julio Verne, W. A. Mozart, L. V. Beethoven, Hans C. Andersen, Georges B. Shaw, F. Scoot Fitzgerald o Rodin. Como pueden observar, en la lista anterior aparecen personajes clave para la Historia de la Humanidad, hombres que tuvieron para el desarrollo de las

Artes, las Ciencias y la Sociedad aportaciones decisivas. Sirvan de ejemplo para hacernos reflexionar sobre cómo aquellos niños y niñas que padecen este trastorno pueden contribuir a hacer mejor este mundo en que vivimos si reciben la atención adecuada.

## **1.- EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH).**

### **1.1.- ¿QUÉ ES LA HIPERACTIVIDAD?**

Hay niños revoltosos, inquietos, movidos, nerviosos pero a veces detrás de un niño que no está quieto se esconde un problema mucho más amplio y complejo y que no tiene nada que ver con un niño simplemente travieso. Es el caso de los niños con Trastorno de Déficit de atención con Hiperactividad (TDAH) o sin Hiperactividad (TDA). Al principio se puede pensar que el niño está pasando una fase "movida" de su evolución, pero conforme va pasando el tiempo y el niño continua igual

La Hiperactividad infantil es bastante frecuente, se calcula que afecta a un 3-5% de los niños menores de siete años y es más común entre los niños que en las niñas, hay cuatro niños hiperactivos por cada niña.

La OMS ( Organización Mundial de la Salud) define este síndrome como:

*"se caracteriza por la distractibilidad, la desinhibición, la impulsividad, la hiperactividad, los cambios marcados de humor y la agresividad".*

La APA (Asociación Psiquiátrica Americana) lo caracteriza como " Déficit de atención con hiperactividad".

Ambas definiciones se refieren al síndrome de disfunción cerebral mínimo (DCM), al trastorno por déficit de atención/ con hiperactividad (TDA/ TDAH), a la hipercinesia, la hiperactividad, a un trastorno de aprendizaje El desacuerdo hace evidente la falta de consenso entre los especialistas, tanto en la forma de llamarlo como en el origen, la sintomatología o el tratamiento.

Una de las definiciones más claras es la de Safer y Allen (1979): *" trastorno del desarrollo concebido como un retraso del desarrollo, que constituye una pauta de conducta persistente, caracterizada por la inquietud y falta de atención excesivas y que se manifiesta en situaciones que requieren inhibición motora. Aparece entre los dos y los seis años y comienza a remitir en la adolescencia".*

Clemens (1966) dio esta definición: *"El término se refiere a un cuadro clínico que presentan ciertos niños cuya inteligencia es normal o muy cercana a la normal, que sufren trastornos de aprendizaje que van de moderados a severos, asociados a discretas anormalidades del Sistema Nervioso Central. Tales derivaciones se manifiestan como trastornos de la percepción, conceptualización, lenguaje, memoria, atención y control de impulsos motores".*

La conducta hiperactiva es desorganizada y caótica, su característica principal es la falta de atención y la inquietud a un nivel excesivamente alto hasta para un niño.

Barkley (1982) la define de la siguiente manera: *"comporta una deficiencia significativa en la atención propia de la edad, en el control de los impulsos y en la conducta según las normas establecidas (obediencia, autocontrol y resolución de problemas)"*

Los niños hiperactivos por tanto tienen una actividad motora intensa sin ningún propósito en especial, esta sobreactividad aumenta cuando están en presencia de personas con las que no mantienen relaciones frecuentes y disminuye cuando están solos.

Para hacer una división aclaratoria la APA distingue tres formas diferentes según predomine un esquema

conductual u otro.

– Inatento: presenta principalmente dificultades en la capacidad de atención, en la persistencia en la realización de tareas. Con frecuencia indican que se cansan o se aburren si están haciendo una tarea larga o repetitiva y, como consecuencia, la abandonan o cambian de actividad sin finalizar ninguna. También se distraen con las tareas que les pueden resultar más atractivas, por lo tanto, aunque se les pida atención a la hora de realizar una tarea o aunque les sea de interés son incapaces de mantenerse atentos a lo que hacen.

– Impulsivo – hiperactivo: presentan dificultades de autocontrol, son los que no pueden estar quietos, se mueven de manera excesiva, son inquietos e infatigables. Si se aburren con un trabajo se mueven continuamente para cambiar de posición, si han de esperar van arriba y abajo, mueven los pies, las manos, dan golpecitos a una superficie no están quietos.

- Combinado: Presenta síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad.

*Vallet (1986) considera la hiperactividad como un síndrome que engloba:*

- *movimiento corporal excesivo*
- *impulsividad*
- *atención dispersa*
- *variabilidad de respuestas*
- *emotividad*
- *coordinación visomotora pobre*
- *dificultades de aprendizaje*
- *baja autoestima*

En el último periodo de la infancia los signos de actividad motora son menos frecuentes y aparece el desasosiego interior y la inquietud. En muchos de los sujetos afectados los síntomas desaparecen en la adolescencia y la madurez. En los que no ( 1/3 aproximadamente) los síntomas de hiperactividad toman forma de inquietud y dificultad en el desarrollo de actividades relajadas pero ya no se habla de un trastorno.

Algunos estudios asocian la influencia del TDAH en la edad adulta a problemas como el alcoholismo, abuso de sustancias o conducta antisocial. También a un aumento en desórdenes psiquiátricos, menor nivel socioeconómico, coeficiente intelectual más bajo, mayor índice de fracasos matrimoniales

No debemos creer que la hiperactividad es sólo un problema. Tiene cosas negativas y positivas, y no hay que olvidarse de estas últimas.

- El niño es altamente responsivo al refuerzo positivo
- Originalidad y sentido del humor
- Atracción por lo novedoso
- Habilidad para tomar riesgos
- Diversidad de intereses
- Alta capacidad energética
- Formas de creatividad altamente intuitiva
- Espontaneidad
- Intensidad emocional para vincularse con las personas deseadas

## **1.2. – ETIOLOGÍA**

No hay ningún factor presente en la totalidad de los niños hiperactivos, y muchas de las conductas que se repiten tienen orígenes distintos en cada uno de los casos. Se pueden considerar diversos factores:

### 1.2.1. – Influencias familiares y genéticas:

Algunos estudios han demostrado que un gran número de padres de niños hiperactivos mostraron signos del trastorno durante su infancia. También los hermanos de padres comunes de un niño hiperactivo muestran una conducta semejante con mayor frecuencia que los que solo son hermanos del niño por parte de uno de los padres. (Cantwell, 1975; Safer, 1973; Stewart, 1980).

Pero los estudios en este campo son limitados y el método utilizado muchas veces distorsiona los resultados. Los niños hiperactivos posiblemente, aparte de la genética, podrían tener un ambiente anómalo a su alrededor.

Las influencias familiares y genéticas podemos clasificarlas en:

#### A) Aspectos neuroatómicos, neuroquímicos y neuropsicológicos:

Desde el principio se ha considerado que posiblemente la hiperactividad esté relacionada con causas biológicas, de aquí que una de las primeras líneas de investigación se encargara de analizar las alteraciones estructurales y funcionales del cerebro.

Una lesión cerebral puede originar múltiples trastornos psicológicos y psiquiátricos, así pues las investigaciones tratan de concretar hasta que punto están presentes las alteraciones cerebrales en los trastornos conductuales.

Hay varias teorías como la de la disfunción del diencefalo (Laufer, Denhoff y Solomon, 1957), un defecto en el sistema límbico (Peters, 1971) o una disfunción del lóbulo central. Pero no existe una seguridad en estas teorías del lugar exacto donde puede estar localizado el origen físico del problema.

Por otra parte se piensa que puede ser que algunos niños hiperactivos tengan defectos de activación e inhibición del Sistema Nervioso Central, se decía que estos niños tenían hiperactivación, hipoactivación, déficit de inhibición, desequilibrio o inmadurez neuroevolutiva.

Otro factor a tener en cuenta son los neurotransmisores que controlan el sistema atencional, estos son las catecolaminas (dopamina, noradrenalina,...), que se encargan de controlar la motivación, la conducta motora, el nivel de actividad y agitación... Para algunos autores los niños con TDAH tienen un déficit importante de estos neurotransmisores. Parece ser que cuando nos concentramos el cerebro libera neurotransmisores adicionales que nos permiten aplicarnos a una sola cosa y bloquear los estímulos competitivos.

Se debe tener en cuenta que no hay ningún estudio seguro ya que no se puede establecer una relación causa-efecto entre los neurotransmisores y la conducta.

#### B) Alteraciones neurológicas:

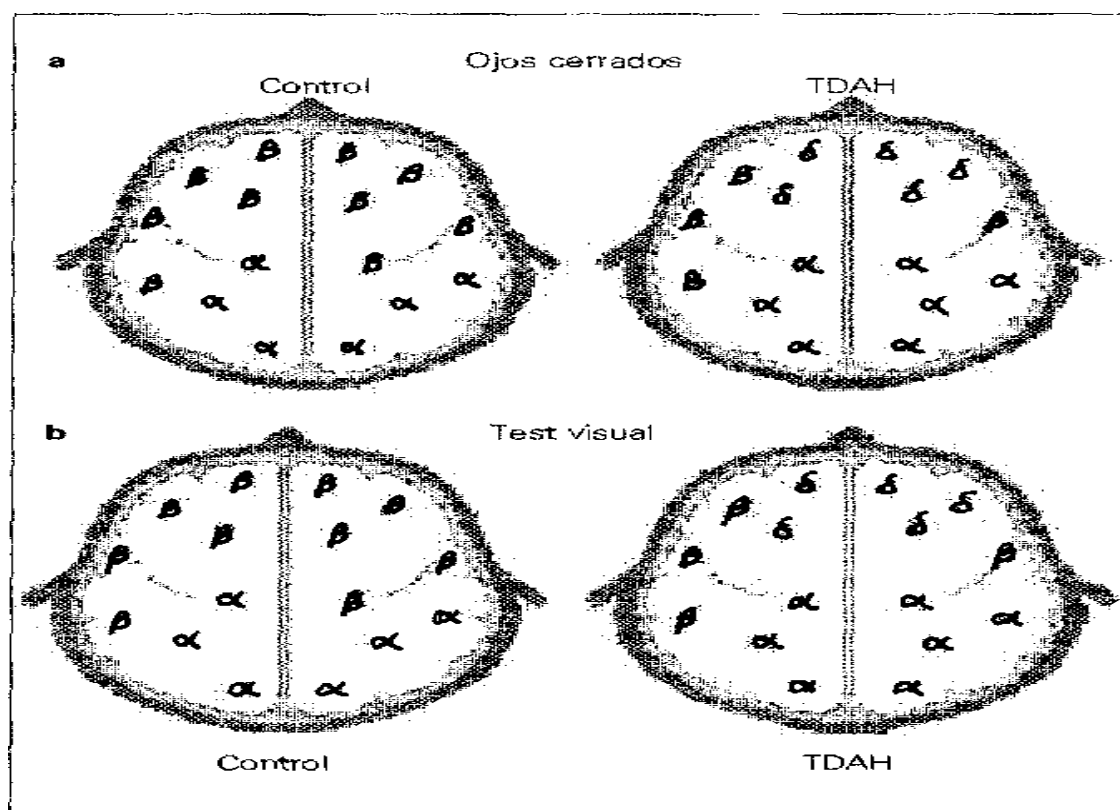
Otra área de investigación para descubrir el origen de la hiperactividad ha sido la de las irregularidades neurológicas poco importantes.

Algunos autores han comparado los síntomas de niños con Disfunciones Cerebrales Mínimas y TDAH, Hier (1890) evidenció que los niños con un cromosoma de más (XYY) mostraban aumentados los signos de hiperactividad y menos habilidades mentales y de rendimiento.

Las lesiones físicas del cerebro no son causas seguras ni recurrentes de la conducta hiperactiva. Probablemente las lesiones graves cerebrales sean causa suficiente, pero los estudios no están confirmados.

La mayor parte de las lesiones tienen consecuencia en la conducta. Pueden contribuir al desarrollo de la

hiperactividad pero actúan normalmente junto a factores del ambiente psicológico.



**Figura 2.** Frecuencias dominantes (promedio máximo de la amplitud relativa)

En esta ilustración vemos que si que existen diferencias en la actividad cerebral de los niños con TDAH y los niños que no la sufren.

En el grupo A de control la frecuencia Beta es predominante en las zonas frontal y temporal. Mientras que en el de TDAH predominan las delta y las Alpha en las zonas central y posterior.

En el grupo B de control el dominio es de frecuencias Beta y en el TDAH de frecuencias Delta.

Hay que ser especialistas para apreciar bien estos cambios pero aun así de incompleta esta explicación sirve para ver que el cerebro de un niño con TDAH no reacciona ni funciona de la misma manera que el de un niño sin el trastorno.

### C) Anomalías físicas menores:

También se investigan las anomalías anatómicas que se desarrollan en el primer trimestre de embarazo, posiblemente debidas a la transmisión genética o a un trauma físico sobre el feto. Parece ser que lo importante no son las anomalías en si, sino la cantidad total de estas que se presentan en un solo sujeto. Algunos ejemplos de estas anomalías son: un solo pliegue palmar, más de un remolino en el pelo, orejas mal formadas o quinto dedo curvado. En total se han identificado 35 anomalías físicas menores.

### D) Factores perinatales y prenatales:

Parece muy aceptada la influencia de estos factores sobre el aprendizaje y la conducta. Entre estos problemas están: la falta de oxigenación durante el embarazo, el nacimiento prematuro, si la madre es fumadora, alcohólica, drogodependiente ... las hemorragias e hidrocefalias.

Los estudios sistemáticos no demuestran ninguna relación segura pero esta tesis tiene una gran cantidad de seguidores que la creen causa importante de la hiperactividad.

### **1.2.2. – Influencias ambientales:**

Hay factores físicos que han sido considerados como causas como por ejemplo el clima, la iluminación fluorescente e incluso la ropa interior ajustada, pero carecen de fundamentación empírica. Sin embargo hay evidencias que indican que el plomo y los aditivos alimenticios tienen cierta influencia en las conductas hiperactivas.

#### **A) Plomo ambiental:**

El plomo está presente en el aire y los nutrientes contaminándolos. En gran cantidad puede causar encefalopatías graves en los niños. Los afectados que sobreviven a una intoxicación de plomo sufren secuelas neurológicas permanentes y deterioros cognitivos y conductuales.

Evidentemente es complicado demostrar la influencia del plomo entre las causas de la conducta hiperactiva, pero parece ser que las pruebas apoyan una relación entre niveles de plomo elevados y deterioro cognitivo.

#### **B) Alimentación: aditivos, colorantes y azúcares.**

Los productos químicos que contienen los aditivos alimenticios han sido relacionados con diversas formas de cáncer, esquizofrenia, depresión y enfermedades cardiovasculares. En algunas pruebas entre un 30 y un 50% de los niños con TDAH mostraban una gran mejoría cuando no tomaban aditivos en su dieta alimenticia.

Tampoco existen datos empíricos fiables, por otra parte, muchos de estos aditivos contienen un nivel alto de azúcar y se ha sugerido que esto también podría ser un factor causal.

Hay dos nociones principales que guían la investigación de la dieta como causa del TDAH.

1ª .– Feingold, 1975. Decía que los niños hiperactivos son especialmente sensibles a los componentes tóxicos de los colorantes artificiales, ciertos conservantes y silicatos naturales.

2ª .– Una teoría presentada por muchos ecologistas clínicos sugiere que los niños hiperactivos son alérgicos en su mayoría a diferentes alimentos como la leche, los cereales, los huevos o el azúcar.

Diversos estudios indican que la dieta puede ser beneficiosa pero que generalmente actúa como placebo. Los colorantes no contribuyen de forma significativa a la hiperactividad ni tampoco la originan.

#### **C) Influencias psicosociales:**

Los problemas conductuales y de aprendizaje no dependen solo de la dotación biológica sino también del ambiente, la capacidad de adaptación, las características psicológicas, socioeconómicas y acontecimientos estresantes.

### **1.3. – EVALUACIÓN**

El TDAH debe ser considerado sólo como una etiqueta descriptiva que refleja un grupo de conductas que ocurren normalmente juntas, para determinar si el niño está manifestando estas conductas en un nivel inapropiado de desarrollo.

Hay un protocolo base de evaluación que en principio siguen todos los niños que van a una consulta, es el

siguiente:

- Apertura de una historia clínica estándar, apoyándose sobre todo en los aspectos del desarrollo.
- Exámenes complementarios obligatorios:

– analítica básica

- examen neurológico
  - electroencefalograma en semiprivación de sueño
  - cuestionarios a padres y maestros
  - examen neuropsicológico mínimo
  - test atencional
- Exámenes complementarios opcionales:
    - TAC (Tomografía Axial Computerizada)
    - Potenciales Evocados Auditivos
    - Profundización en los exámenes analíticos
    - Profundización del examen neuropsicológico

Las pruebas más comunes para la evaluación del TDAH son:

#### **A) Evaluación fisiológica.**

*Examen neurológico:* Son exploraciones que descubren signos de trastornos neurológicos leves que suelen notarse en el sistema motor y sensorial del niño. Se evalúan aspectos como el control muscular, el equilibrio o la coordinación.

*Medidas anatómicas:* Se miden la tasa cardíaca, la presión sanguínea, la temperatura corporal

*Medidas electroencefalográficas:* se utilizan para medir las respuestas del sistema nervioso central. Se debe tener en cuenta que no todos los niños con TDAH muestran alteraciones.

*Medidas del sistema endocrino y bioquímico:* Se controlan los niveles de hormonas y neurotransmisores.

#### **B) Evaluación psicológico-conductual.**

La mejor característica que identifica a un niño hiperactivo es, sin duda, la manifestación conductual de su desorden. La evaluación se centra en los ambientes y circunstancias en los que el niño manifiesta problemas. Métodos:

##### ***ENTREVISTA DIAGNÓSTICA:***

. Con una entrevista realizada al niño se puede evaluar por encima si existen retrasos en el desarrollo, falta de atención, impulsividad. Hay que tener en cuenta que los niños con TDAH se comportan bien delante de situaciones y personas "nuevas" como cualquier otro niño, por lo que no debemos fiarnos de las conclusiones totalmente.

A los padres. De esta entrevista se obtiene mucha información necesaria, los antecedentes psiquiátricos, médicos, familiares. Detalles como edad en que empezó a manifestar el trastorno, etc. También es importante conocer el nivel de tolerancia de la familia, se conocen también los factores psicosociales.

Al profesor. Es muy importante ya que en la clase transcurre gran parte del día y en donde más se pueden manifestar los problemas y los síntomas del trastorno.

*ESCALAS DE VALORACIÓN:* La forma más normal de medir la conducta siempre ha sido la de realizar cuestionarios al niño. No proporcionan información suficiente pero sirven para dar información general.

Los cuestionarios más utilizados son los que se les hacen a los padres y maestros ya que el niño no se da cuenta de su conducta.

*OBSERVACIÓN DIRECTA:* Es la forma más directa es la observación del niño en la escuela y en el hogar. Es un componente más de la evaluación, no es especialmente importante ni relevante ya que el comportamiento cambia según situaciones y temporadas. Tendría que haber una observación constante para que fuese decisivo.

*APARATOS MECÁNICOS:* existen mediciones a través de instrumentos como el cojín estabilimétrico (registra el movimiento del niño mientras está sentado), el actómetro (que registra el movimiento de la parte del cuerpo a la que se acopla) Permiten registrar los movimientos de forma cuantitativa pero se restringen al ámbito del laboratorio.

La primera es la escala de Conners (1969, 1970, 1973), consta de dos partes, 39 ítems para el profesor y 93 para los padres. Dada la extensión original presentaremos una forma abreviada que evidentemente no tendrá valor para evaluar pero sirve como ejemplo. Las conductas se puntúan sobre: 0–nunca, 1– algunas veces, 2– bastante, 3– muchas veces. El valor que discrimina al niño hiperactivo y al no hiperactivo es el 15.

#### *CUESTIONARIO PARA PADRES Y PROFESORES*

##### *ABREVIADO DE CONNERS.*

- 1. – Es inquieto, no para de moverse.*
- 2. – Es excitable, impulsivo.*
- 3. – Molesta a los otros niños.*
- 4. – Se pone nervioso con facilidad.*
- 5. – Se distrae con facilidad.*
- 6. – Deben satisfacerse sus demandas de inmediato, abandona fácilmente.*
- 7. – Tiene dificultades para acabar lo que ha empezado y le cuesta centrar su atención.*
- 8. – Grita a menudo.*
- 9. – Tiene cambios de humor rápidos y frecuentes.*
- 10. – Tiene estallidos de cólera y su conducta es explosiva e impredecible.*

Otra prueba de gran utilidad es la Escala de clasificación de Werry, Weis y Peters, muy utilizada para evaluar la eficacia del tratamiento. Cualquier puntuación superior a 15 se considera significativa.

#### **1.4. – DIAGNÓSTICO**

Actualmente las bases principales de diagnóstico de cualquier trastorno psiquiátrico están recogidas en dos documentos esenciales; el CIE-10, publicado por la Organización Mundial de la Salud y el DSM IV, publicado por la Asociación Psiquiátrica Americana. Son criterios diagnósticos consensuados y aceptados globalmente por los especialistas en el tema.

#### **1.4.1.- Criterios del DSM IV**

##### **Criterios para el diagnóstico de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad:**

**A, Existen 1 o 2:**

*1. seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo;*

*Desatención:*

- *a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades*
- (b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas*
- (c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente*
- (d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos/ u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)*
- (e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades*
- (f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)*
- (g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. , juguetes, ejercicios escolares/ lápices, libros o herramientas)*
- (h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes*
- (i) A menudo es descuidado en las actividades diarias*

*2. seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:*

*Hiperactividad:*

- (a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento*
- (b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado*
- (c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)*

*(d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio*

*(e) a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor*

*(f) a menudo habla en exceso*

*Impulsividad:*

*(g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas*

*(h) a menudo tiene dificultades para guardar turno*

*(i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos)*

*B. Algunos síntomas de hiperactividad–impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.*

*C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej. en la escuela [o en el trabajo] y en casa).*

*D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.*

*E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).*

**\*Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. tipo combinado**

*Si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses*

**\*Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. tipo con predominio del déficit de atención**

*Si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses*

**\*Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. tipo con predominio hiperactivo–impulsivo**

*Si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses*

**1.4.2.– Criterios según el CIE–10**

**Pautas para el diagnóstico**

*Los rasgos cardinales son el déficit de atención y la hiperactividad. El diagnóstico requiere la presencia de ambos que deben manifestarse en mas de una situación (por ejemplo, en clase, en la consulta).*

*El trastorno de la atención se pone de manifiesto por una interrupción prematura de la ejecución de tareas y por dejar actividades sin terminar. Los chicos cambian frecuentemente de una actividad a otra, dando la*

*impresión que pierden la atención en una tarea porque pasan a entretenerse con otra (aunque estudios de laboratorio no demuestran con precisión un grado extraordinario de distracción sensorial o perceptiva). Estos déficits en la persistencia y de la atención deben ser diagnosticados sólo si son excesivos para la edad y C.I. del afectado.*

*La hiperactividad implica una inquietud excesiva, en especial en situaciones que requieren una relativa calma. Dependiendo de las circunstancias, puede manifestarse como saltar y correr sin rumbo fijo, como la imposibilidad de permanecer sentado cuando es necesario estarlo, por una verborrea o alboroto o por una inquietud general acompañada de gesticulaciones y contorsiones.*

*El criterio para la valoración de si una actividad es excesiva está en función del contexto, es decir, de lo que sería de esperar en esa situación concreta y de lo que sería normal teniendo en cuenta la edad y el C.I. del niño. Este rasgo comportamental es mas evidente en las*

*situaciones extremas y muy estructuradas que requieren un alto grado de control del comportamiento propio,*

*Los rasgos asociados, que apoyan el diagnóstico aunque no son suficientes ni necesarios para el mismo, son: desinhibición en la relación social, falta de precaución en las situaciones de peligro y quebrantamiento impulsivo de algunas normas sociales (como por ejemplo, la intromisión o Interrupción de la actividad de otras personas, respuestas prematuras a preguntas sin permitir que se*

*hayan terminado de formular, o en la imposibilidad de esperar a que le toque su turno).*

*Los trastornos del aprendizaje y la torpeza de movimientos que acompañan con gran frecuencia al trastorno hiperactivo, se codificaran aparte (f 80 F8 ya que en la actualidad no forman parte del diagnóstico de trastorno hiperactivo. Los síntomas de trastorno disocial no son pautas de inclusión ni de exclusión para el diagnóstico principal, pero su presencia o ausencia constituye la base de la principal subdivisión de este trastorno.*

*Los problemas comportamental es típicos del trastorno hiperactivo son de comienzo precoz (antes de los seis años) y de larga duración. No obstante, antes de la edad de comienzo de la escolarización es difícil de reconocer la hiperactividad debido a su amplia variabilidad dentro de la normalidad. Sólo los niveles extremos permiten el diagnóstico en los niños de edad preescolar.*

*En la edad adulta puede también hacerse el diagnóstico del trastorno hiperactivo, Los fundamentos son los mismos, pero el déficit de atención y la hiperactividad deben valorarse en relación con la evolución de cada caso. Cuando la hiperactividad se presentó únicamente en la infancia y en el curso del tiempo ha sido sustituida por otra entidad como un trastorno de la personalidad o un abuso de sustancias, debe codificarse la entidad actual en lugar de la pasada.*

### **1.5. – PROBLEMAS ASOCIADOS.**

El TDAH comporta como cualquier otro síndrome una serie de problemas asociados que influyen en el desarrollo del niño.

Conductuales – Períodos cortos de atención

- Distractibilidad
- Inquietud
- Poca capacidad de control
- Destructividad

### Sociales – Relación pobre con los compañeros

- Desobediencia de ordenes
- Bajo autocontrol
- Lenguaje respetuoso

### Cognitivos – Autolenguaje inmaduro

- Falta de atención
- Ausencias de consciencia

### Académicos – Bajo rendimiento

- Dificultades de aprendizaje

### Emocionales – Depresión

- Baja autoestima
- Excitabilidad
- Facilidad para la frustración
- Bajo control emocional
- Humor impredecible

### Físicas – Enuresis / encopresis

- Inmaduro crecimiento óseo
- Otitis medias
- Alergias
- Anomalías menores físicas
- Cortos ciclos de sueño
- Alta tolerancia al dolor
- Pobre coordinación motora

De estos problemas asociados a la hiperactividad desarrollaremos brevemente los más importantes y los que más incidencia tienen sobre los niños.

#### A) Retrasos en habilidades cognitivas:

Una técnica importante para el autocontrol es la verbalización interna, está comprobado que en escolares con TDAH hay una reducción o ausencia de esta verbalización.

Manifiestan dificultades para parar y pensar antes de actuar, esperar su turno, evitar distraerse si están trabajando en algo y más aun si este trabajo tiene una recompensa a largo plazo en lugar de inmediata.

En realidad este problema es, simplemente, un retraso en sustituir el modo impulsivo de adaptación al medio que en niños normales se suele terminar a los 5 o 6 años de edad.

No adquieren destrezas cognitivas porque no tienen atención sostenida, no reflexionan ante la resolución de problemas, simplemente generan una alternativa sin valorar las consecuencias o abandonan.

#### B) Control de las emociones:

Los niños con TDAH tienen dificultades en la mayoría de casos para controlar sus reacciones emocionales. Estas se suelen manifestar con más intensidad y duración. Los niños parecen incapaces de inhibir sus sentimientos y a consecuencia de esto se les ve menos maduros, más infantiles, alterables y frustables.

A este problema se le añade el encontrar la motivación para realizar una tarea carente de recompensa inmediata, y les hace parecer faltos de autodisciplina y de ánimos.

#### C) Torpeza motriz:

Les cuesta controlar los detalles de sus propios movimientos por lo que muchas veces se les hace participar en entrenamientos psicomotores; la verdad es que esto no suele ser muy efectivo sino por la focalización de la atención.

El niño joven adulto con TDAH siempre se comportará con torpeza motriz pero por la simple razón de que no es capaz de prestar atención a la regulación de sus movimientos.

#### D) Memorización:

Recordar, hacer cosas, el cómo hacerlas y el cuándo, esto requiere almacenar algo en la memoria, conservarlo y recordarlo. Pero para recordar hay que atender cuando se está recibiendo una información, y los niños con TDAH son incapaces de hacerlo.

Por lo tanto la poca atención sostenida y los cambios atencionales explican las deficiencias de memoria de una forma más segura que las explicaciones de disfunciones o trastornos cerebrales en los niños que sufren el síndrome.

#### E) El rendimiento escolar:

Todo aprendizaje requiere una atención suficiente en intensidad y tiempo; cuando se combinan los efectos del déficit atencional y la hiperactividad aumenta el riesgo de fracaso escolar.

Suele deberse a falta de base, como por ejemplo comprensión lectora. Si se añade un coeficiente intelectual bajo aumenta el riesgo de no seguir a los compañeros y acumular retrasos que si no reciben ayuda complementaria inmediata pueden desembocar en un auténtico fracaso escolar para el niño hiperactivo.

#### F) Adaptación social:

El niño con TDAH con frecuencia se comporta de manera molesta para los demás y suele recibir un elevado número de recriminaciones y castigos tanto en su hogar como en la escuela. Suele ser rechazado por los demás y no muy apreciado por sus profesores y compañeros, cosa que hace que el niño acabe mostrando una conducta claramente antisocial y de aislamiento.

#### G) Problemas de autoconcepto y autoestima:

A consecuencia de la acumulación de los castigos y frustraciones de los que hablábamos antes, el niño con TDAH suele llegar a la preadolescencia con un autoconcepto de si mismo muy malo y una autoestima realmente baja.

El niño con TDAH prácticamente desde la primera infancia manifiesta un deseo intenso de agradar a los demás y de recibir aprobación social por lo que hace. Al no verse cumplidas todas estas expectativas el niño sufre una gran ansiedad y miedo al fracaso, por lo que nunca se les debe permitir a estos niños establecer objetivos a medio y largo plazo sino intentar que vayan consiguiéndolos y planteándolos progresivamente, de

modo que, al ir viendo que pueden aprender y mejorar y ser aceptados, su autoconcepto mejora y su autoestima aumenta.

#### H) Problemas emocionales:

Con frecuencia el niño con TDAH muestra indicadores de ansiedad y estrés. Son el resultado de las exigencias que percibe sobre él.

Estas reacciones emocionales contribuyen a hacer más difícil un diagnóstico diferencial, ya que el estrés a lo largo de la infancia y de la adolescencia tiene factores múltiples, variados y frecuentes.

### **1.6. – TRATAMIENTO**

El tratamiento de este trastorno ha de ser individual. Cada niño tiene una serie de síntomas y una serie de factores completamente diferentes a los de los demás, la hiperactividad no puede tener, por tanto, un tratamiento único.

El tratamiento de la hiperactividad consiste desde hace unas décadas en la administración de fármacos y en la aplicación de métodos conductuales y cognitivos. Ambas técnicas tienen éxito al mejorar el comportamiento del niño en varios aspectos. Se intentan sumar los resultados conseguidos por las dos técnicas para obtener un mayor beneficio por lo que se hacen terapias conjuntas.

#### **1.6.1. – Tratamiento farmacológico.**

Pero como todo tratamiento tiene sus lados positivos y los negativos. Esta medicación tiene efectos físicos no deseados como: insomnio, dolor de cabeza y pérdida del apetito, que es lo más preocupante teniendo en cuenta la edad y necesidades de los sujetos. También aparecen alteraciones en el estado de ánimo, aumentos del ritmo cardíaco

Aparte de las consecuencias físicas hay que tener en cuenta las psicológicas, y además no sólo del niño sino también de los padres y el profesor. Puede hacer que se sobreproteja al niño el niño puede ver aún más rebajada su autoestima y, al ver la preocupación del ambiente que le rodea, reaccionar negativamente a los estímulos farmacológicos

Los tratamientos farmacológicos se han basado habitualmente en:

\* *Estimulantes*: como el metilfenidat (rubifen), pemodina (cylert) y derivados de la anfetamina (dextroanfetamina). No es un tratamiento curativo sino de mejoría de síntomas, el niño se concentra mejor y reduce la hiperactividad.

Los porcentajes varían según los textos consultados pero entre un 60–70 y 90% de los niños tratados con estos fármacos mejoran en cuanto a su atención e impulsividad.

Se sabe que el metilfenidato y la dextroanfetamina hacen efecto entre la hora y las dos horas y mantienen sus efectos entre cuatro y seis horas. Los efectos del pemoline tardan más en producirse, entre cinco y siete horas, y los resultados no se observan hasta unas semanas después de haber empezado el tratamiento.

\* *Neurolépticos*: son sedantes y no suele ser el tratamiento más administrado ni efectivo, además posee efectos secundarios.

Se utiliza cuando el niño muestra rasgos psicóticos.

La medicación para los niños hiperactivos actúa mejor cuanto más se manifieste el trastorno, en los niños que son hiperactivos permanentemente. Sin embargo los estimulantes no están recomendados cuando el niño sufre tics, ansiedad, alteraciones de pensamiento

En el anexo dos se muestra un ejemplo de la caligrafía de un niño medicado y un niño sin medicar, los dos con TDAH.

### **1.6.2. – Tratamiento cognitivo o psicoterapéutico:**

Las técnicas psicoterapéuticas están destinadas a mejorar el ambiente familiar y escolar, favoreciendo la integración del niño a la vez que se le aplican técnicas de modificación de conducta.

*\* Tratamiento cognitivo: Autoconstrucciones: se basa en el planteamiento de la realización de tareas donde el niño aprende a planificar sus actos y mejora su lenguaje interno. A partir de los 7 años este lenguaje asume un papel de autorregulación.*

*Antes de realizar cualquier tarea se les enseña a valorar las posibilidades de esta, a concentrarse y a comprobar los resultados globales y parciales una vez finalizada.*

Entrenamiento en autoinstrucciones:

Fases y habilidades a enseñar

|                                          |                                                                                                                             |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fases del entrenamiento en autoinserción | Habilidades modeladas por el terapeuta                                                                                      |
| Modelado cognitivo.                      | Definición del problema (¿ qué tengo que hacer?)                                                                            |
| Guía externa manifiesta.                 | Guía de la respuesta (¿Cómo tengo que hacerlo?... Con cuidado, dibuja la línea hacia abajo...)                              |
| Autoinstrucción manifiesta.              | Autorrefuerzo (Lo estoy haciendo bastante bien.)                                                                            |
| Autoinstrucción manifiesta atenuada.     | Autoevaluación y autocorrección (Esto va bien,-. Incluso si cometo un error puedo seguir haciéndolo despacio y con cuidado. |
| Autoinstrucción encubierta.              |                                                                                                                             |

*«Bien. ¿Qué es lo que tengo que hacer? Tengo que copiar el dibujo con sus diferentes líneas. Tengo que hacerlo despacio y con cuidado. Bien, trazar una línea hacia abajo, bueno; y luego a la derecha, eso es; ahora hacia abajo un poco más y hacia la izquierda, Vale, lo estoy haciendo bastante bien– Recuerda: he de ir despacio. Ahora hacia arriba otra vez– No, creí que debía bajar. Bueno, no pasa nada, sólo tengo que borrar la línea con cuidado..., vale. Aunque cometa un error puedo seguir haciéndolo despacio y con cuidado. Ahora tengo que bajar... Acabé. ¡Lo hice!»*

### **1.7. –Hiperactividad en adultos. Inserción laboral.**

Tan solo un tercio de los niños hiperactivos llegan a adultos teniendo aún síntomas del trastorno, estos suelen manifestarse de formas diferentes y tienen sus consecuencias.

Uno de los mayores retos para el adulto, o el no tan adulto dada la incorporación al trabajo de muchos niños de 16 años, con hiperactividad es la inserción laboral.

Numerosos libros y artículos de los 90 se dedicaron al tratamiento de este tema, en líneas generales estos son los principios que señalan como necesarios a la hora de fundamentar los programas de asesoramiento

vocacional:

- Los hiperactivos necesitan trabajos bajos en estrés, las situaciones que hacen que aumente la tensión potencian los síntomas del TDAH.
- No hay que sobreestimar a una persona con TDAH en el ámbito laboral, todo a su tiempo.
- Hay que tener en cuenta el especial ánimo de superación que poseen.
- Al buscar trabajo tener en cuenta las posibilidades de movilidad corporal que deja este, evidentemente una persona con sobreactividad tendrá problemas para trabajar en una oficina.
- Concienciar a los empresarios de que las personas con TDAH no tienen ninguna enfermedad ni disminución.

## **2. – IMPLICACIONES EDUCATIVAS**

Ya hemos dicho que, por estadística, hay tres niños hiperactivos por cada cien, y el ámbito escolar es un elemento base para el desarrollo y el tratamiento del niño con TDAH. Una experiencia con un mal maestro puede resultar muy negativo y traumatizante para el niño. También comporta un grado de frustración para el profesor el tener niños hiperactivos, ya que requieren una atención especial y no siempre es fácil captar su atención y tener la paciencia necesaria para atenderlos como se debe.

El conocimiento por parte del profesor de los problemas específicos que acarrea la hiperactividad es condición necesaria para tratar de proporcionar la respuesta adecuada a las necesidades del niño.

### **2.1. – Factores críticos en el trabajo con niños hiperactivos:**

En el trabajo con niños hiperactivos hay que considerar algunos factores críticos:

- Flexibilidad, compromiso y voluntad para trabajar con el alumno todas las horas que hacen falta y prestarle la atención especial que necesitan.
- Entrenamiento y conocimiento sobre el trastorno. Los niños no molestan deliberadamente
- Comunicación estrecha entre el hogar y la escuela, es muy necesaria para que los dos medios interactúen y puedan ayudar al niño.
- Dar claridad y un encuadre al alumno. Necesitan que se les organice el día, clases activas
- Estrategias de enseñanza creativas, interactivas e interesantes.
- Trabajo en equipo con los demás maestros.
- Modificar las tareas y recortar el trabajo escrito. Lo que a un niño sin TDAH le puede costar 20 minutos para un niño hiperactivo resultan horas de trabajo.
- Limitar la cantidad de deberes para el hogar
- Dedicar más tiempo a las evaluaciones. Éstos niños a menudo pueden asimilar toda la información, pero no volcarla. Hay que concederles un tiempo adicional en las pruebas o permitir que respondan verbalmente.
- Jamás avergonzar o humillar a estos niños delante de los compañeros, hay que recordar que tienen una autoestima realmente baja y débil.

- Ayudar al niño a organizarse. Hay que ayudarlo a estudiar.
- Valorar las diferencias entre los alumnos y ayudarles a sacar a la luz sus talentos.
- Creer en el alumno. No renunciar cuando los planes A, B, y C han fallado, aún quedan los planes D, E, F

**Los diez NO básicos para el maestro, qué no se debe hacer.**

- *No hay que concentrarse en los aspectos negativos*
- *No prejuzgue al niño calificándolo de vago, desinteresado*
- *No interprete apresuradamente que la conducta del niño es deliberada.*
- *No subestime al niño, suelen parecer menos.*
- *No se aisle de los padres, colaboren.*
- *No se cargue a su cuidado toda la educación, debe haber un equipo detrás ayudándole*
- *No intente solucionar los problemas a su forma es posible que con un niño hiperactivo no sirva.*
- *No dude en realizar acomodamientos ambientales y curriculares.*
- *No crea que el niño y la familia son el problema, la escuela también lo es*
- *No sea pesimista, un buen docente puede hacer mucho por un niño con TDAH.*

**2.2.- Tratamiento conductual en el ámbito escolar.**

El profesor debe abordar un doble aspecto: la conducta perturbadora del niño y, a la vez, los problemas de aprendizaje.

La conducta perturbadora del niño se suele ver reforzada cuanta más atención se le presta, ya sea por parte de los profesores o de los compañeros. Las conductas normales quedan así desatendidas completamente. Una técnica muy aceptada es cambiar estas preferencias, ignorar la mala conducta y reforzar los comportamientos adecuados.

Algunas de las técnicas más adoptadas en las técnicas conductuales para el aula son estas, (adaptadas de Safer y Allen, 1979):

***A) Individuales.***

***.Incremento de conductas deseables.***

1. Recompensas sociales (atención, alabanzas, afecto, privilegios...) y recompensas materiales (comestibles y no comestibles) por la emisión de la conducta deseada.
2. Programas de economía de fichas: utilización de puntos-fichas canjeables por determinados reforzadores si se produce la conducta-objetivo.
3. Contrato conductual: se determina conjuntamente la conducta deseada y las consecuencias derivables de su

cumplimiento o incumplimiento.

*Disminución de conductas disruptivas,*

4. Extinción: retirada de atención de conductas desadaptadas.
5. Coste de respuestas: pérdida de un privilegio esperado.
- 6..Sobrecorrección: subsanar las pérdidas de aprendizaje, trabajos extras.
- 7.Time-out: tiempo de privación de la clase.
8. Refuerzo de conductas alternativas.

### ***B) Grupales.***

1. Economía de fichas.
2. Los compañeros como agentes de modificación:

La conducta de un niño gana puntos para toda la clase.

El grupo debe alcanzar un determinado objetivo para conseguir la recompensa. Cada niño individualmente, gana puntos para el grupo-

Competición entre grupos con recompensas al mejor, o a todos los que alcancen el objetivo establecido (juego de la buena conducta).

### **2.3.- Orientaciones psicopedagógicas:**

Los aspectos indicados en el tratamiento del niño son:

- Diseño de un ambiente adecuado.
- Evitar cualquier estímulo exterior, colocar al niño alejado de la puerta, la ventana y en primera fila.
- La tarea a realizar debe ser corta, definida y secuenciada.
- Cuando el niño pierda la atención hacer que narre lo que está haciendo.
- Supervisión frecuente del trabajo
- Diseñar una hoja de registro para controlar los progresos del niño
- Disponer de un sitio dónde el niño pueda ser separado de los demás
- Diseñar actividades con diferentes formas de movimiento físico cada 25-30 min. También se puede mandar al niño a hacer recados para el profesor como ir a buscar tizas cosas que requieran un movimiento.

### **B) Relajación.**

Se recomienda enseñar al niño a relajar sus músculos, mayor relajación - menor actividad (Vallés, Arándiga,

1988).

- Atención-Concentración.

Se recomiendan ejercicios de razonamiento lógico, completar frases, seguir series y tareas de discriminación visual de estímulos gráficos, el niño tiende a concentrarse más.

- Juegos educativos.

Juegos de mesa como el parchís, las cartas y actividades constructivas como borrar la pizarra, escribir a máquina, ordenar la clase

#### **2.4. – Prevención de problemas conductuales en el aula.**

Enseñar las reglas, pocas, claras y amplias, una buena táctica es hacer que los alumnos pongan por escrito las reglas de clase.

Para que el niño cumpla las reglas hay que explicarlas, formularlas por escrito, hacer que las practiquen.

Refuerzo positivo. Genera autoestima y respeto. Es una gran técnica de control. Hay que reconocer y elogiar las conductas positivas.

Incentivos en el aula. Como la economía de fichas

Contratos conductuales. Muchas veces sirve redactar un contrato con la conducta que se espera del niño y el refuerzo que recibirá si cumple lo acordado. Hay que tener presente que con un niño hiperactivo no suele durar mucho y hay que renovar las exigencias y recompensas a menudo.

Control de proximidad. No alejarse demasiado del niño hiperactivo.

Conexión personal. Para decirle al niño algo sobre su conducta, sobre lo que se espera de él o avisarle de las consecuencias negativas de los malos comportamientos hay que alejarlo del grupo y hablarle con calma y términos concretos.

Los problemas de conducta empiezan cuando no tienen tareas que hacer, intentar evitar esto como sea, desde que llegan al aula hasta que se van mantenerlos ocupados.

Un modelo de ficha para llevar un control semanal sobre el niño podría ser el siguiente:

Nombre del alumno

#### **Informe sobre el progreso semanal**

Aula N° \_\_\_\_

Comienzo de la semana:

HÁBITOS DE TRABAJO

- Trabajó con empeño toda la semana.
- Sólo ha trabajado en parte del tiempo.
- Ha trabajado muy poco
- No ha completado las tareas para el hogar.
- Es necesaria una entrevista con el padre.

#### CONDUCTA CIUDADANA

- Buena conducta toda la semana. Trabajó con empeño casi todo el tiempo
- Buena conducta casi todo el tiempo.
- Conducta perturbadora/no cooperativa
- Es necesaria una entrevista con el padre.

#### ASISTENCIA: BUENA/FRECIENTES AUSENCIAS/FRECIENTES LLEGADAS TARDE

a

| COMENTARIOS DEL MAESTRO | COMENTARIOS DEL PADRE |
|-------------------------|-----------------------|
| Firma del maestro Fecha | Firma del padre Fecha |

Los niños con TDAH pueden poner "en aprietos" al maestro, y crear situaciones complicadas, aquí hay algunas ideas para solucionarlas

- Si el niño está completamente fuera de control. Hay que sacar al niño de clase inmediatamente, se ha de avisar a algún miembro del equipo (directos, otro maestro) para que este se quede con el niño en otra aula y el profesor pueda volver a la clase con el resto de niños,
- Si el niño esta furioso o perturbado por algo. Hablar con él y escucharlo. Intentar reconocer los sentimientos del niño y ofrecerle respuestas alternativas aceptables. Proporcionarle un alivio para la tensión física (correr). Intentar un contrato de refuerzo positivo.
- Si el niño irrita continuamente a sus compañeros. El niño no tiene consciencia de lo molesto que puede resultar. Lo mejor es señalárselo pero de una forma que no le humille ante el resto de la clase.

Un punto clave para evitar conflictos en el aula es simplemente obtener y mantener la atención, conseguir que un alumno con TDAH permanezca sentado y atento es un desafío monumental para el maestro

para captar la atención:

- Variar el tono de voz, decir algo en un tono más alto de lo normal y, después de dejar unos segundos de silencio, dar las instrucciones de trabajo en un tono normal.

- Mantener el contacto visual con el alumno. El niño debe estar mirando al maestro sobretodo si le está dando instrucciones.
- Provocar diálogos / debates entre los alumnos que sean interesantes y llamen la atención del niño.
- Obtener un ambiente tranquilo antes de empezar a enseñar para mantener la atención.
- La lección debe ser clara en todo momento
- El ritmo de exposición, activo
- Hacer que el niño tome notas breves de la explicación
- Preguntarle al niño hiperactivo con la misma frecuencia que al resto
- Hacer que participe activamente en la clase

### **2.5. – El docente y los abordajes farmacológicos**

Muchas veces el profesor siente cierta incomodidad al tener a un niño en clase con necesidad de medicación y control especiales.

No se involucre en el uso de fármacos, no tiene que estar ni a favor ni en contra

Si el niño ha de tomar la medicación durante el horario escolar preocúpese de supervisar que lo haga y a la hora correcta.

Tome nota de los efectos colaterales o secundarios de la medicación

No haga ceremonias, la medicación debe ser algo normal para el niño, una costumbre.

Verifique los resultados del tratamiento para después informar al médico y la familia.

### **3. – IMPLICACIONES FAMILIARES**

Cómo saber si su hijo es hiperactivo? En un principio observe con atención las siguientes dificultades en el primer año del niño:

- Llanto. El llanto es imposible o difícilísimo de calmar.
- Sonrisa. Sonríe con poca frecuencia.
- Sueño. Trastornos, excesivamente somnolientos y con sueño inquieto.
- Alimentación. Casi no succionan y lloran durante las comidas.
- Vocalización. El primer lenguaje puede retrasarse sensiblemente, no balbucean hasta después del año de edad.
- Apariencia. Presentan algunas anomalías físicas menores
- Asertividad. Son poco cariñosos o asertivos.

#### **3.1. – Ayuda psicopedagógica en la familia.**

Los padres deben tener en cuenta que el niño hiperactivo tiene dificultades para seguir cualquier directriz,

orden o norma de conducta; que el aprendizaje para autocontrolar su conducta es mucho más lento que el de los otros niños; que el niño se sentirá herido si le acusan de irresponsable. No puede evitar comportarse así, no es culpa suya totalmente.

Los padres deberían explicar al niño su problema y acordar con él la evolución que debe seguir.

### *Cómo enseñar a obedecer al niño hiperactivo?*

El principal problema de los niños hiperactivos en casa es la disciplina. Hacer que un niño con TDAH sea disciplinado es una tarea realmente complicada. El primer cometido de los padres es establecer un reglamento familiar y hacer que el niño lo cumpla.

El reglamento familiar: este reglamento ha de ser estable, no debe cambiar y así hacer que el niño adquiera "rutinas" como recoger siempre los juguetes antes de cenar. El cumplimiento o incumplimiento de las reglas siempre ha de provocar las mismas reacciones en los padres. Las reglas han de ser conocidas, entendidas y aceptadas por ambas partes.

En general las actividades diarias del niño se pueden recoger en estas reglas ( ducharse, lavarse los dientes, recoger los juguetes). Si el niño realiza una conducta inapropiada y esta no está contemplada en el reglamento no debe ser castigada, se tendrá que incluir posteriormente.

En el anexo se incluye un modelo de reglamento familiar.

El reglamento se construye de la siguiente manera:

- Hacer una lista de conductas inapropiadas
- Establecer una jerarquía entre estos objetivos.
- Formular estos objetivos en forma de "reglas de conducta"
- Proponer cada semana cinco reglas de conducta, cuando se consiguen durante 15 días seguidos se propone la siguiente conducta.

Los padres deben estar de acuerdo en el reglamento y en los premios y castigos que recibe el niño según el cumplimiento o el incumplimiento de las normas.

Se puede elaborar una lista de premios y castigos contando también con la opinión del niño. Para cada niño habrán cosas más o menos agradables diferentes. En general las muestras de afecto de los padres y familiares es un gran premio para los niños con TDAH especialmente

Los castigos implican privar al niño de algo que le gusta. Es un refuerzo negativo y tiene como objetivo reducir las posibilidades de que en el futuro se repitan conductas no deseadas. Pero los castigos para el niño hiperactivo no son eficaces. En primer lugar porque al hacer algo mal y ser castigado el niño consigue sea el centro de atención, que es lo que quiere y, por tanto, es más un premio que un castigo, y en segundo lugar porque cuanto más duros son los castigos se le puede fomentar al niño una conducta neurótica.

El premio o el castigo deben ser inmediato a la conducta que los propicie. Cuanto mayor sea el tiempo que pase entre medio, menos será la eficacia. El premio o el castigo debe aplicarse siempre, sin excepción alguna. Si el niño observa que los padres no son severos con eso los acaba desautorizando.

Otro error muy común es repetirle al niño una serie de veces seguidas una orden. El niño ve aumentada su

ansiedad y miedo al castigo, se bloquea y no lo cumple.

### **3.2. – Los sí y los no para los padres.**

SÍ!! – existe un formato multimodal de tratamiento

- los fármacos que se les administran son totalmente seguros
- su hijo puede llegar a tener una vida provechosa, aunque ustedes como padres deban esforzarse más de lo normal
- no hay mal que por bien no venga, su hijo probablemente es creativo, más sensitivo y tiene inquietudes saludables
- nadie es perfecto, ni los maestros ni los padres.

NO!! – abandonen el tratamiento, el TDAH es crónico

- se concentren en los aspectos negativos
- se vuelvan pesimistas por las idas y vueltas que sufrirá la familia
- pierdan la paciencia con la misma facilidad que su hijo corre, se distrae o actúa impulsivamente.
- Duden en pedir ayuda para ustedes si ven que la necesitan.

Ser padres de un niño hiperactivo no es nada fácil pero tampoco una desgracia, hay que tener más paciencia y reservas de energía

## **ANEXO I**

### **Cuestionario para medir la escala de actividad del niño**

#### ***ESCALA DE ACTIVIDAD DEL NIÑO.***

*En el hogar (durante las comidas)*

1. Sube y baja de las sillas.
2. Interrumpe la comida sin razón.
3. Se mueve de su asiento.
4. Juega nerviosamente con los objetos.
5. Habla excesivamente.

*En el hogar (mientras ve la televisión)*

6. Se levanta y se sienta.
7. Balancea el cuerpo.
8. Juega con los objetos.
- 9– Habla incesantemente.
10. Interrumpe a los demás.

*En el hogar (durante el juego)*

- 11. Muestra agresividad.
- 12- No se mantiene quieto.
- 13. Cambia de actividad continuamente.
- 14. Busca la atención de los padres.
- 15. Habla excesivamente.
- 16. Interfiere con el juego de otros.
- 17. No mide el peligro.
- 18. Muestra impulsividad.
- 19. Muestra perseveración.

*En el hogar (durante el sueño)*

- 20. Dificultad para iniciar el sueño.
- 21. Sueño insuficiente.
- 22. **Se** muestra inquieto mientras duerme.

*Fuera del hogar (no en la escuela)*

- 23. Inquietud en los vehículos.
- 24. Inquietud durante las compras (toca todo).
- 25. Inquietud en la iglesia y/o cine.
- 26. Inquietud durante las visitas.
- 27. Desobediencia constante.

***En la escuela***

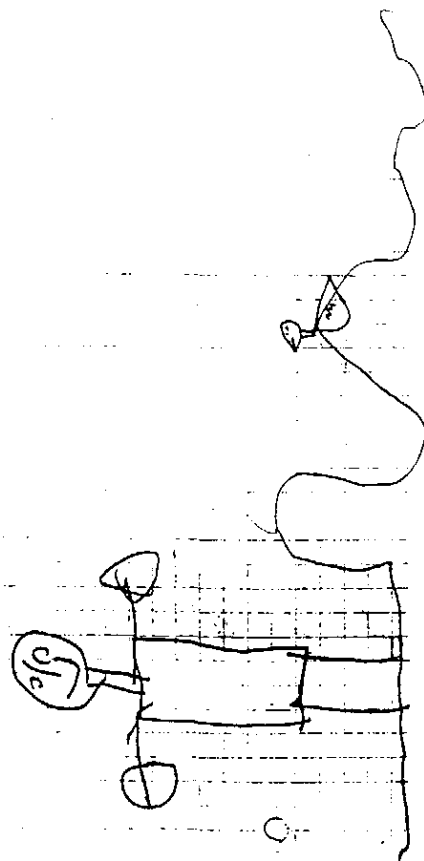
- 28. No se concentra en el trabajo.
- 29. Molesta a los compañeros.
- 30. No permanece quieto en su asiento.

## **ANEXO II**

**Diferencias entre la caligrafía de un niño con TDAH medicado y uno no medicado**

ANEXO III

elena tiene un pato  
 elena tiene un pato  
 elena tiene un pato  
 elena tiene un pato  
 elena tiene un pato  
 elena tiene un pato



lali ata la maleta  
 lali ata la maleta  
 lali ata la maleta  
 lali ata la maleta  
 lali ata la maleta  
 lali ata la maleta  
 lali ata la maleta  
 lali ata la maleta

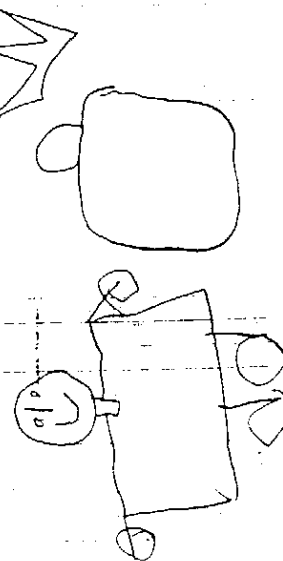


Ilustración 2. CALIGRAFÍA DE UN NIÑO HIPERACTIVO CON MEDICACIÓN

**Ejemplo de reglamento familiar para un niño con TDAH.**

REGLAMENTO FAMILIAR DE MARCOS

Conductas inapropiadas de Marcos

No se hace la cama

No trae todos los libros del colegio y cuando los trae se ha olvidado del cuaderno donde apunta los deberes

Deja el pijama tirado en el suelo

Deja su cazadora en cualquier lugar de la casa al llegar del colegio

No quiere ducharse por las noches

No quiere lavarse por las mañanas

Su habitación siempre está desordenada

Hace rabiar a su hermano menor

Se pone a llorar en cuanto se le niega algo

Objetivos positivos para Marcos

Hacerse la cama los sábados y los domingos

Traer el cuaderno con los deberes apuntados que ha de realizar

Traer del colegio los libros necesarios para hacer los deberes

Dejar el pijama doblado debajo de la almohada

Colgar la cazadora en una percha

Guardar la cazadora en el armario

Ducharse por la noche antes de acostarse

Lavarse la cara y las manos por la mañana antes de desayunar

Dejar la ropa sucia en la lavadora

Guardar la ropa limpia en el armario

Recoger las zapatillas en el armario

Tirar los papeles que no sirven.

Dejar los libros en la estantería

Responder con palabras amables a su hermano

Aceptar las negativas sin enfadarse

Proponer una actividad que sustituya a la que se le niega

Reglas de conducta que Enrique debe seguir

Regla 1 : Colgar la cazadora en una percha

Regia 2: Guardar la cazadora en el armario

Regia 3: Ducharse por la noche antes de acostarse

Regla 4: Lavarse la cara y las manos por la mañana antes de desayunar

Regla 5: Dejar la ropa sucia en la lavadora

Regla 6: Guardar la ropa limpia en el armario

Regla 7: Guardar las zapatillas en el armario

Regla 8: Traer el cuaderno con los deberes apuntados que ha de realizar

Regla 9: Traer del colegio los libros necesarios para hacer los deberes

Regla 10: Aceptar las negativas sin enfadarse

Regla 11: Proponer una actividad alternativa y distinta a lo que se le niega

Regla 12: Responder con palabras amables a su hermano

Regla 13: Tirar los papeles que no sirven

Regla 14: Dejar los libros en la estantería

Regla 15: Colocar el pijama doblado debajo de la almohada

Regla 16: Hacerse la cama los sábados y los domingos

**Propuesta** de las cinco reglas de conducta que debe seguir Marcos esta semana

Regla 1: Colgar la cazadora en una percha

Regla 2: Guardar la cazadora en el armario

Regla 3: Ducharse por la noche antes de acostarse

Regla 4: Lavarse la cara y las manos por la mañana antes de desayunar

Regla 5: Dejar la ropa sucia en la lavadora

## SUPUESTA «TÓMBOLA DE PREMIOS» PARA UN NIÑO HIPERACTIVO DE 5 AÑOS

Tostadas en el desayuno1

Miel en la leche..1

Tortilla de patatas para cenar.1

Un huevo frito con patatas para cenar...1

Jugar con los coches.....1

Colorear con témperas...1

Jugar con el ordenador...1

Jugar a las construcciones .....1

Jugar con turbo-construcción .....1

Jugar con los puzzles 1

Jugar con el coche teledirigido.....1

Jugar 30 minutos en el parque...1

Montar en bici 15 minutos.....1

Ver un vídeo de dibujos de 15 minutos .....1

Diez minutos más de juego antes de acostarse..... 1

Montar el zoo.....1

Leerle un cuento antes de acostarse.....1

Dibujar con papá y mamá... ..1

Jugar a los bolos.....1

Jugar al parchís..1

Jugar a la oca.....1

Cinco minutos más en el baño...1

\*\*\*

Merendar arroz con leche..2

Cenar un perrito caliente2

Montar el scalextric..2

Comprar un sobre de cromos 2

\*\*\*

Comprarle una bolsa de chucherías...3

Merendar tortitas con chocolate3

Ver una película de vídeo..3

Invitar a un amigo a casa..3

\*\*\*

Dormir en casa de los abuelos...4

Ver una representación de guiñoles...4

Llamar a tele-pizza para cenar...4

Ir a merendar a un burger...4

\*\*\*

Ir a montar en bicicleta al parque...5

Invitar a un primo el fin de semana.....5

Ir al cine.....5

Ir el fin de semana a casa de un primo..5

## **5. – CONCLUSIÓN**

La temática del trabajo ya había despertado mi curiosidad antes de hacerlo, y esto me ha facilitado mucho la labor ya que además de la obligación de presentarlo en unas fechas determinadas había una iniciativa propia que me impulsaba a descubrir todo lo posible acerca del TDAH.

A nivel personal me ha dado una idea bastante clara de lo que es el trastorno hiperactivo. Ha derribado ciertas ideas preconcebidas que creo que tiene la mayoría de gente sobre este trastorno, como por ejemplo (la más extendida...) que un niño que presenta un nivel motriz elevado sea etiquetado inmediatamente de hiperactivo. Es cierto que la hiperactividad interviene en la caracterización del trastorno, pero para llegar a un diagnóstico preciso he aprendido que hay que tener en cuenta otros factores. Y que, además, mucho más importante que el diagnóstico es la intervención en los problemas, especialmente personales, familiares y educativos con los que un niño (sea hiperactivo o no...) puede encontrarse.

Espero que la elaboración de esta monografía pueda servir en el futuro como herramienta de consulta a los profesores del Instituto, y que fomente el interés de quien lo lea por profundizar en el tema. Además, sabemos que estadísticamente hay algunos niños en el Centro que presentan este Trastorno... y las consecuencias nefastas que puede tener la incompreensión hacia la conducta de estos niños. Por ello sería positivo hacer un ejercicio de reflexión antes de etiquetar precipitadamente a los alumnos que plantean problemas conductuales. Daría por bien empleado el esfuerzo de estos meses.

## **6. – BIBLIOGRAFÍA**

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). DSM–IV. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. Barcelona. Ed. Masson S.A.
- AVILA DE ENCIO, CARMEN. POLAINO LORENTE, AQUILINO (1999). Cómo vivir con un niño hiperactivo. Madrid. Ed Narcea.
- BAUTISTA JIMENEZ, RAFAEL. (1993) Necesidades educativas especiales. 2ª Ed. Actualizada. Málaga. Ed. Aljibe S.A
- DÍAZ ATIENZA, JOAQUÍN (2001) ¿Es mi hijo hiperactivo? ( Documento [WWW] Recuperado: <http://www.paidopsiquiatria.es>
- MARCHESSI, ÁLVARO. COLL, CÉSAR. PALACIOS, JESUS. (1990). Desarrollo psicológico y educación. III. Necesidades educativas especiales y aprendizaje escolar. Madrid. Alianza Editorial S.A.
- MIRANDA, A. JARQUE, S. SORIANO, M. (1999) Trastorno de hiperactividad con déficit de atención: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención [Documento WWW] Recuperado: <http://www.revneurol.es>
- MORENO GARCÍA, INMACULADA. (1995) Hiperactividad. Madrid. Ed. Pirámide S.A.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1992). CIE–10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid. Ed. Mediator. ICD–10. *Intenational Classification of Diseases, 10th revision*.
- PICHARDO MARTÍNEZ, Mª CARMEN. Déficit de atención e hiperactividad. Universidad de Granada.
- SCANDAR, O. RUBEN. (2001), Varios artículos. [Documento WWW] Recuperado: <http://www.Psycologia.es>
- TAYLOR, ERIC A. (1991). El niño hiperactivo. Barcelona. Ed. Martínez Roca S.A.
- VALDIZÁN, J.R. NAVASCUÉS, M.A. SEBASTIÁN, M.V. (2001) Cartografía cerebral y trastorno por déficit de atención con hiperactividad. [documento WWW] Recuperado: [http:// www.revneurol.es](http://www.revneurol.es)
- Guía para padres y recomendaciones para la familia. (2000) [Documento WWW] Recuperado: <http://www.terra.es/personal3/silviads/guiapad.htm>

## **ÍNDICE**

Introducción.....1

- – **EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH).**

- Qué es la hiperactividad?.....4
- Etiología.....9
- Influencias familiares–genéticas...9
- Influencias ambientales...14
  - 1.3. Evaluación..16
  - 1.4. Diagnóstico.....21
  - Según el DSM– IV...21
  - Según el CIE– 10.24
- 1.5. Problemas asociados.....26
- 1.6. Tratamiento.31
  - 1.6.1. Farmacológico..31
  - 1.6.2. Conductual..33
- Hiperactividad en adultos. (Inserción laboral)....35
  - ◆ – **IMPLICACIONES EDUCATIVAS**
  - ◆ – Factores críticos en el trabajo con niños hiperactivos..37
  - ◆ – Tratamiento conductual en el ámbito escolar, necesidades educativas especiales....39
  - ◆ Orientaciones psicopedagógicas.41
  - ◆ Prevención de problemas conductuales en el aula..42
  - ◆ El docente y los ab. Farmacológicos...47

### **3.– IMPLICACIONES FAMILIARES.**

3.1. Ayuda psicopedagógica en la familia..49

3.2. Los sí y los no para los padres51

4. – Anexo I.....52

Anexo II...56

Anexo III..59

5. – Conclusiones...65

6. – Bibliografía.....66

MIRANDA, A. JARQUE, S. y SORIANO, S. (1999) Trastorno de hiperactividad con déficit de atención: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención. [Documento WWW] Recuperado: [www.revneurol.es](http://www.revneurol.es) nº28, supl.2 Pág 2

– BAUTISTA JIMENEZ, RAFAEL. (1993) Necesidades educativas especiales. 2ª Ed. Actualizada. Málaga. Ed. Aljibe S.A. Pág. 162.

Op. Citada. Pág. 162.

MORENO GARCÍA, INMACULADA. (1995) Hiperactividad. Madrid, Ed. Pirámide S.A.. Pág 19.

BAUTISTA JIMENEZ, RAFAEL. (1993) Necesidades educativas especiales. 2ª Ed. Actualizada. Málaga. Ed. Aljibe S.A. Pág. 162

VALDIZÁN, J.R., NAVASCUÉS, M.A. y SEBASTIÁN, M.V. (2001) Cartografía cerebral y trastorno por déficit de atención con hiperactividad. [documento WWW] Recuperado: [www.revneurol.es](http://www.revneurol.es) nº 32 pág 129

DÍAZ ATIENZA, JOAQUÍN (2001) ¿Es mi hijo hiperactivo? [ Documento WWW] Recuperado: [www.paidopsiquiatria.es](http://www.paidopsiquiatria.es)

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. Barcelona. Ed masson S.A.

◇ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1992). CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid. Ed. Mediator. ICD-10. Intenational Classification of Diseases, 10th revision.

DÍAZ ATIENZA, JOAQUÍN (2001) ¿Es mi hijo hiperactivo? (Documento WWW] Recuperado: [http:// www.paidopsiquiatria.es](http://www.paidopsiquiatria.es)

SCANDAR, O. RUBEN. (2001)., [Documento WWW] Recuperado: <http://www.Psycologia.es>

◇ \_ AVILA DE ENCIO, CARMEN. POLAINO LORENTE, AQUILINO (2000) Cómo vivir con un niño hiperactivo. Madrid. Ed. Narcea. Pág 178.

– SCANDAR, O. RUBEN. (2001). [Documento WWW] Recuperado: <http://www.Psycologia.es>

BAUTISTA JIMENEZ, RAFAEL. (1993) Necesidades educativas especiales. 2ª Ed. Actualizada. Málaga. Ed. Aljibe S.A Pág 84

BAUTISTA JIMENEZ, RAFAEL. (1993) Necesidades educativas especiales. 2ª Ed. Actualizada. Málaga. Ed. Aljibe S.A Pág 78