

# MÁSTER DE PSICOPEDAGOGÍA

## TFM

“Propuesta de Intervención en estudiantes con  
TDAH del nivel secundaria”

Autor: Hernán Ocampo Moreno

Tutora: Prof. Assumpta Aneas

Fecha de entrega: 13 de marzo de 2017

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	4
CAPÍTULO I: ORIGEN Y EVOLUCIÓN DEL TDAH .....	8
CAPÍTULO II: SUBTIPOS DEL TDAH .....	13
CAPÍTULO III: ÁREAS DE VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO ADECUADO.....	17
3.1. Áreas de valoración: .....	17
3.2. Instrumentos de evaluación: .....	19
3.2.1. Entrevistas: .....	19
3.2.2. Escalas y cuestionarios.....	22
3.2.3. Pruebas Neuropsicológicas.....	24
3.2.4. Test .....	27
3.2.5. Observación directa: .....	28
CAPÍTULO IV: TRATAMIENTO DEL TDAH.....	29
4.1. Tratamiento farmacológico: .....	29
4.2. Tratamiento psicológico: .....	30
4.2.1. Terapia conductual: .....	30
4.2.2. Entrenamiento para padres:.....	30
4.2.3. Entrenamiento en habilidades sociales: .....	31
4.3. Tratamiento psicopedagógico: .....	31
4.3.1. Tratamiento multimodal.....	32
CAPÍTULO V: CONTEXTUALIZACIÓN.....	34
CAPÍTULO VI: DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.....	37
Diseño de la intervención: .....	38
Objetivos específicos: .....	39
Destinatarios:.....	39
Temporalización: .....	40
Evaluación y seguimiento del programa.....	40
Recursos:.....	41
CAPÍTULO VII. DESCRIPCIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROYECTO: .....	42
7.1. Secuencia de la aplicación .....	42
FASE 1: Evaluación diagnóstica de los estudiantes con TDAH. ....	42

FASE 2: Información inicial a padres. ....	43
FASE 3: Formación e información a profesores. ....	44
FASE 4: Colaboración de la familia y el centro educativo. ....	45
FASE 5: Entrevistas periódicas con los estudiantes con TDAH.....	46
7.2. Resultados de la aplicación:.....	46
CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES / VALORACIÓN.....	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
Anexo 1.....	56
Anexo 2.....	58
Anexo 3.....	61
Anexo 4.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Anexo 5.....	62

## INTRODUCCIÓN

En estos tiempos actuales, con mucha mayor fuerza, en distintos colegios públicos y privados, muchos estudiantes no logran alcanzar una formación integral adecuada por diversas causas. Entre las principales causas que podemos considerar están los distintos trastornos psicológicos y discapacidades que muchos de los estudiantes padecen y que no son atendidos adecuadamente con adaptaciones y estrategias curriculares que les puedan favorecer a lograr una formación integral adecuada.

Considero que todas las escuelas tienen un reto por delante para favorecer a todos los estudiantes, especialmente aquellos que padecen mayores dificultades a lo largo de todo su proceso de aprendizaje. En muchos casos, las escuelas en lugar de ayudar han dificultado y entorpecido el crecimiento y desarrollo integral de los estudiantes con dificultades por falta de un conocimiento más profundo acerca de todas ellas, así como por falta de un trabajo de intervención adecuado y multidisciplinar. Errores comunes como separar a los estudiantes con dificultades de sus aulas por no saber cómo manejar esas situaciones, no adaptar los contenidos curriculares de manera adecuada, evaluar a los estudiantes con dificultades como si no las tuviesen, entre otros.

Felizmente existen mayores estudios y profundizaciones acerca de las distintas y muy variadas dificultades presentes en los estudiantes de hoy que permiten lograr adecuadas intervenciones acertadas con resultados bastante favorables para todos aquellos estudiantes.

Teniendo en consideración todo lo antes mencionado, y habiéndome encontrado con esta realidad en el centro escolar donde laboro, me he animado a profundizar más y brindar con humildad una propuesta de intervención psicopedagógica en una de las dificultades que hoy más que nunca están padeciendo muchos estudiantes, jóvenes y niños. La dificultad en la que basaré mi propuesta de intervención psicopedagógica es

el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)<sup>1</sup> que se presenta como un trastorno que tiene su comienzo en la infancia y que se puede mantener hasta la edad adulta.

Muchos autores y de manera especial el DSM-5<sup>2</sup> precisan que el TDAH presenta unas características esenciales, tales como: la inatención, la hiperactividad e impulsividad y otras asociadas a trastornos emocionales, de comportamiento, de aprendizaje, etc (Díez Figuroa y Soutullo, 2006)

Que muchos estudiantes alrededor del mundo entero padezcan este trastorno, así como la repercusión escolar y familiar que presenta, ha hecho que durante los últimos años se suscite mayor interés en torno al TDAH, que se puede evidenciar con el aumento de publicaciones sobre este tema, así como las diversas discusiones en torno a ello.

Como se menciona anteriormente, teniendo en cuenta que el TDAH es una dificultad que afecta a muchos estudiantes hoy en día, se hace necesario e imprescindible diagnosticarlo e intervenir de manera adecuada a la edad más temprana posible, con la finalidad de evitar las graves consecuencias a nivel académico y emocional del estudiante que lo padece.

Asimismo, diversos estudios acerca del TDAH hacen referencia a la importancia de la intervención de los dos contextos principales donde se va desarrollando el estudiante, el contexto familiar y el contexto escolar. Por tanto, para lograr una intervención adecuada, se vuelve necesario poder conocer más de cerca dichos contextos y su repercusión en la vida del estudiante con TDAH.

---

<sup>1</sup> A partir de aquí y a lo largo de todo el documento para referirme al Trastorno por déficit de atención con hiperactividad utilizaré las siglas TDAH.

<sup>2</sup> Hace referencia al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. De aquí en adelante para referirnos a este Manual utilizaremos únicamente las siglas DSM seguidas por el número correspondiente de la edición.

Asimismo, conocer más de cerca, abordar e intervenir en la dimensión socioemocional del estudiante con TDAH resulta también muy necesario e importante. A simple vista podemos precisar que los estudiantes con TDAH presentan dificultades emocionales, sociales y comportamentales que son necesarias de atender de manera adecuada. El ser humano es uno y lo debemos entender desde esta unidad esencial, no podemos separarlo de todas sus dimensiones (intelectual, emocional, social, espiritual y física-corporal).

Para lograr nuestro objetivo propuesto de manera clara y ordenada, dividiremos el presente trabajo en dos grandes partes que a su vez se dividirán en varios capítulos. En la primera parte presentaremos nuestra fundamentación o marco teórico, donde expondremos información sobre el origen y evolución del TDAH, los tipos y subtipos que presenta el trastorno, sus sintomatologías predominantes, la valoración y diagnóstico adecuado del mismo, así como la propuesta teórica del tratamiento del TDAH según algunos estudios científicos; y en la segunda parte presentaremos el contenido más empírico, como la contextualización de nuestro proyecto, la descripción del diseño, implementación y evaluación del proyecto de intervención, y finalmente, describiremos las conclusiones a las que hemos llegado, así como las valoraciones correspondientes de lo ejecutado.

Esperamos de todo corazón que este sencillo trabajo, que va dirigido principalmente a los padres de familia de los niños / estudiantes que padecen este trastorno y a los profesores y tutores que en sus aulas tienen estudiantes con esta dificultad y que tienen poco conocimiento acerca de este tema y están buscando respuestas y herramientas adecuadas, les brinde mayor conocimiento que permita ayudar mejorar la calidad de vida y una adecuada intervención en aquellos estudiantes que padecen este trastorno.

## **PARTE I: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

## **CAPÍTULO I: ORIGEN Y EVOLUCIÓN DEL TDAH**

Es importante comenzar precisando que el concepto de lo que ahora conocemos como TDAH ha ido cambiando a lo largo de los siglos, recibiendo múltiples denominaciones con diversas características y determinados comportamientos que se le iban atribuyendo a dicho trastorno.

Los primeros inicios de dicho concepto se remontan a los pueblos germanos del siglo XVIII (1798), que a través de los escritos de Crichton se hace una inicial referencia sobre diversos problemas en la atención y se describe lo que identificaríamos en la actualidad como TDAH de tipo desatento o “inquietud mental”.

Un siglo después, en 1846, en Alemania, el psiquiatra Hoffman describe unas características muy específicas de lo que hoy conocemos como una persona con TDAH, tales como: no mantener la atención en una tarea específica, no escuchar lo que se le dice; síntomas de hiperactividad evidentes como moverse sin parar, retorcerse en su asiento, comportamiento impulsivo y una persistente actividad motora. Es importante considerar que estos síntomas descritos por Hoffman hoy se contemplan en el CIE-10<sup>3</sup>.

En 1867, en Inglaterra, Maudsley considera la herencia como causa etiológica de los trastornos mentales, mientras que Fernier diez años después (1876) realiza unos estudios a unos primates que presentaban lesiones en el lóbulo frontal, lo que le llevó a observar que dichos primates presentaban sobreactividad sin descanso en el que alteraban momentos de apatía con agitación y deambulación sin propósito.

En Francia, en el siglo XIX, Maudsley (1897) es el primero en considerar la hiperactividad como síntoma central del trastorno “niños inestables” que incluye a los niños

---

<sup>3</sup> El CIE-10 es la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión. De aquí en adelante utilizaremos únicamente sus siglas para referirnos a esta clasificación variando de acuerdo al versión correspondiente que se quiera citar o hacer referencia.



intranquilos, impulsivos y con conducta destructiva, con gran sugestibilidad y con escasa capacidad para controlar los impulsos. Asimismo, el mismo año y en el mismo país, Bourneville describe un tipo de niños con importantes déficits a nivel cognitivo que presentan inquietud psicomotora, inatención, desobediencia e indisciplina aunque son manejables por las personas de su entorno. Estas características las asocia a algunas secuelas de una epidemia encefalítica.

En 1899, Clouston en Inglaterra, habla de la hiperexcitabilidad que surge de un exceso de reactividad cerebral a estímulos emocionales y mentales. Hipotetizó que este trastorno es debido a alguna disfunción en el córtex cerebral, y que la hiperexcitabilidad es posible precursora de la hiperactividad.

En el siglo XX, en 1901, Demoor en Alemania introduce el concepto de “corea mental” para referirse a un problema que presentan los niños con las siguientes características: cambios bruscos en el estado de ánimo, déficit en los mecanismos de inhibición conductual y atención sostenida, necesidad constante de movimiento y cambios en su entorno inmediato y estimular. Es importante precisar que con Demoor no se diferencia la hiperactividad como síndrome de la hiperactividad como síntoma.

Es recién en 1902, en Inglaterra, donde el pediatra inglés Still describe por primera vez el TDAH haciendo referencia a un problema presente en los niños que tiene las siguientes características: problemas atencionales, excesiva inquietud motora, conductas agresivas e impulsivas y la incapacidad para internalizar reglas. Still es el primero en relacionar la hiperactividad con los problemas de aprendizaje y precisó que todas esas características descritas tienen su origen en “fallos en el control moral” y, asimismo, fruto de lesiones cerebrales.

Unos años más tarde, en 1905 en Francia, Boncourt realiza una primera descripción, aunque incompleta, del TDAH como síndrome. Asimismo, introduce el aspecto neuropsicológico del TDAH y habla del “escolar inestable” para referirse al niño que presenta grandes dificultades para el aprendizaje relacionadas a los déficits atencionales

para escuchar, responder y aprender. Para Bouncurt estos niños son niños que pueden ser brillantes en algunas áreas y nulos en otras.

En 1908 en Inglaterra, Tredgold señaló que las causas propias de las conductas de los niños con TDAH residen en el daño cerebral adquirido durante el periodo perinatal que produce en estos niños incapacidad de recibir beneficios de las enseñanzas ordinarias, pero poseen la capacidad de aprender con atención individualizada. Un año después en Francia, Dupré describe la hiperactividad como algo constitucional del síndrome manifestado por un desequilibrio motor congénito que forma parte de otros trastornos como debilidad motora, tartamudeo, tics, entre otros.

Años posteriores, Durot, en 1913, es uno de los primeros en diferenciar entre “síntoma” y “síndrome”, y señaló que la hiperactividad es un síntoma que pertenece a niños con retraso mental, anemia, alteraciones digestivas, cardíacas, epilepsia, etc.

Es recién en 1914, cuando Heuyer en Francia, es el primero en plantear la hiperactividad como síndrome, un síndrome que se fundamenta sobre la base de unos síntomas de aparición constante como el déficit de atención hiperactividad, comportamiento perverso y etapas de inadaptación.

Posteriormente, en 1922, Hohman, seguidor de las teorías clínicas de Still señaló la disfunción de la atención como parte del trastorno. Es en 1924, cuando Streker y Ebaugh precisan secuelas neurológicas y conductuales en niños que habían padecido la encefalitis, tales como: hiperactividad, inestabilidad emocional, irritabilidad, problemas de atención y de memoria.

Un años después, Walon habló de los “niños turbulentos” que presentan cuatro síndromes psicomotores con el síntoma común de la hiperactividad. Para Walon la hiperactividad representa una parada del desarrollo psicomotor en alguno de los estadios. Asimismo, como parte de este trastorno identificó grandes dificultades en la atención y en el desarrollo de la capacidad de pensamiento y percepción.

Por otro lado, en 1926 Vermeulen es el primero en plantear una etiopatogenia psicogenética de la hiperactividad. Asimismo, propuso dos categorías de niños, los “armónicos” y los “disarmónicos”. Para Vermeulen, los niños hiperactivos son los que presentan pobres resultados en concentración y mejores en memoria, razonamiento e imaginación.

Años posteriores, en 1930, Bradley realizó estudios con escolares de inteligencia normal y problemas de conducta a los que había realizado punción lumbar tratándolos con Bencedrina. Durante este estudio, los profesores observaron mejoría en el aprendizaje y la conducta de algunos niños, pero que se vio afectada y cesó cuando se suspendió el tratamiento.

En 1934, Kahn y Cohen, consideraron el TDAH como una disfunción tronco-cefálica producto de la inestabilidad psíquica de esta y otras patologías conductuales que denominó “Síndrome de impulsividad orgánica”.

Por otra parte, en 1937, Bradley realizó un ensayo abierto con Bencedrina que arrojó como resultado un drástico mejoramiento en el aprendizaje y conducta de los niños que lo utilizaban, que les permitía estar más interesados en su trabajo y lo realizaban más rápida y eficientemente.

Diez años después, Strauss y Lehtinen introdujeron el término “Síndrome del daño cerebral infantil” para describir a los niños con dificultades y trastornos en su conducta que no presentaban algún daño cerebral. Esta dato favoreció a que se le de una importancia mayor a los factores neurológicos como causa de las alteraciones en el comportamiento de estos niños. Posteriormente, Strauss y Kephart lo denominaron “disfunción cerebral mínima” ya que los problemas que presentaban estos niños no estaban siempre causados por discapacidades psíquicas o lesiones cerebrales.

Es en 1957, cuando Laufer y Denhoff, denominan a este trastorno como “trastorno de impulso hiperkinético”. Once años después, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) con la segunda edición de su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-II) hace referencia a “la reacción hiperkinética en la infancia” centrándose en las características motoras del trastorno y señalando tres subtipos.

Más tarde, Douglas en 1972, a través de unos estudios realizados diferencia el trastorno por déficit de atención marcado por hiperactividad o sin hiperactividad. Este es un elemento importante a considerar, ya que las denominaciones actuales mantienen aún estas diferencias en el trastorno.

En 1975, la CIE-9 denomina a este trastorno como “trastorno hiperkinético de la infancia”, mientras que el DSM-III (1980), hace referencia al “trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad” centrándose en los aspectos cognitivos, específicamente en los problemas atencionales. En el DSM-IV (1994) se hace referencia únicamente al “déficit de atención con hiperactividad” e introduce tres subtipos: inatento, hiperactivo-impulsivo y combinado. En el 2013, con la aparición del DSM-5 se actualiza la definición del trastorno describiendo con mayor precisión la experiencia de los adultos afectados, a través de la adaptación de los criterios para los adultos con la finalidad de garantizar que los niños puedan seguir recibiendo atención durante toda su vida.

Con todo lo expuesto podemos señalar que la definición de lo que hoy conocemos como Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se ha caracterizado por una constante evolución y cambio en la que a lo largo de los años fue cogiendo forma y mayor claridad para terminar considerando que su sintomatología principal se centra en la inatención, hiperactividad e impulsividad pudiendo aparecer estos síntomas de forma individual o combinada.

## CAPÍTULO II: SUBTIPOS DEL TDAH

En este capítulo comenzaremos definiendo el TDAH según su definición en el DSM-IV, como un trastorno neurobiológico de carácter crónico, sintomáticamente evolutivo y de probable transmisión genética que afecta entre un 5 y un 10% de la población infantil, llegando incluso a la edad adulta en el 60% de los casos. El TDAH está caracterizado por una dificultad de mantener la atención voluntaria frente a actividades, tanto académicas como cotidianas y unido a la falta de control de impulsos.

El DSM – IV - TR precisa tres subtipos de TDAH, que serán asumidos por el DSM – 5, que es el de vigencia actual. Estos tres subtipos son:

- TDAH de subtipo predominantemente inatento.
- TDAH de subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo.
- TDAH de subtipo combinado, si aparecen los tres síntomas.

Podemos encontrar los siguientes síntomas o características de estos tres subtipos de TDAH en el CIE-10 que presentamos de manera general a continuación<sup>4</sup>:

**a) Inatención:** Es necesario que al menos 6 síntomas de inatención persistan durante al menos seis meses en un grado que es desadaptativo e incoherente con el nivel de desarrollo del niño.

- Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares, el trabajo y en otras actividades.
- Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
- A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
- Imposibilidad persistente de cumplir el trabajo escolar asignado u otras tareas (no debido a conducta de oposición o fallo en comprender las instrucciones).
- Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
- A menudo evita, o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental sostenido.

---

<sup>4</sup> Todo lo que se presentará es tomado del CIE-10.

- A menudo pierde objetivos necesarios para tareas o actividades, tales como material escolar, lapiceros, libreros, juguetes o herramientas.

- Se distrae fácilmente ante estímulos externos.

Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

**b) Hiperactividad:** Es necesario que al menos tres síntomas de hiperactividad hayan persistido durante al menos seis meses en un grado que es desadaptativo e incoherente con el nivel de desarrollo del niño.

- Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en su asiento.

- Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.

- A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas (en adolescentes y adultos pueden solo estar presentes sentimientos de impaciencia).

- Es inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.

- Exhibe persistentemente un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

**c) Impulsividad:** Es necesario que al menos uno de los siguientes síntomas de impulsividad hayan persistido durante al menos seis meses en un grado que es desadaptativo e incoherente con el nivel de desarrollo del niño:

- Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.

- A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.

- A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros (conversaciones, juegos).

- Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.

Asimismo, es importante señalar que el DSM-5 (APA, 2013) sitúa este trastorno dentro del grupo de Trastornos del Neurodesarrollo. A continuación presentamos la siguiente tabla con los criterios diagnósticos del TDAH en el DSM-5:

Tabla 1. Criterios diagnósticos del TDAH en el DSM-5.

**A- Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por (1) y/o (2):**

**1. Inatención:** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

NOTA: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).

c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).

h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

## **2. Hiperactividad e Impulsividad**

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

NOTA: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

a. Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar.
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.).
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Con frecuencia está “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor” (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- f. Con frecuencia habla excesivamente.
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola).
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen los otros).

**B-** *Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.*

**C-** *Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, en el colegio o el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades).*

**D-** *Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.*

**E-** *Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).*

En función de los resultados se podrán clasificar las siguientes presentaciones:

**Presentación combinada:** Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

**Presentación predominante con falta de atención:** Si se cumple el Criterio A1 pero no se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

**Presentación predominante hiperactiva/impulsiva:** Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.



## **CAPÍTULO III: ÁREAS DE VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO ADECUADO**

Me gustaría comenzar precisando que en la actualidad aún no existe ninguna prueba específica que nos asegure un diagnóstico correcto y adecuado del TDAH. Para poder lograr un diagnóstico confiable de manera adecuada que sea la base y fundamento de un tratamiento eficaz en la persona que padece este trastorno es necesario considerar un abordaje multidisciplinar, donde diversos especialistas realicen las pruebas correspondientes dentro de sus áreas.

En este capítulo nos gustaría poder presentar una valoración de las áreas que se relacionan con los distintos ámbitos de la vida personal, social, escolar y familiar de la persona que padece dicho trastorno; los diversos instrumentos de evaluación estandarizados propuestos científicamente; así como los múltiples sistemas de clasificación internacional que establecen los diferentes criterios diagnósticos para este trastorno.

### **3.1. Áreas de valoración:**

Como hemos venido mencionando, hoy en día, se considera fundamental que para realizar un diagnóstico adecuado del TDAH se recoja la información de distintas áreas relacionadas a la persona que padece el trastorno. Las principales guías de práctica clínica internacionales consideran necesario incluir la edad de inicio, los principales síntomas así como su intensidad, frecuencia y duración, el contexto en el que aparecen los síntomas, su evolución hasta la actualidad así como la historia familiar, escolar y social del niño que presenta TDAH (Montañés-Rada et al., 2010).

Considerando todo esto, diversos especialistas proponen realizar un estudio en profundidad de los siguientes aspectos relacionados a la persona que padece el trastorno:

- **Antecedentes familiares:** Es importante poder explorar de manera oportuna y

adecuada los trastornos factores genéticos que puedan estar en el origen del trastorno. Esta información se obtiene de los padres y hermanos de la persona que padece este trastorno.

- **Antecedentes personales:** Es necesario poder explorar sobre los posibles factores que han dado lugar al TDAH. Para ello, es recomendable poder recoger la información a través de la historia obstétrica y perinatal, así como de la historia médica personal. En la historia obstétrica y perinatal se recoge información acerca del embarazo, del parto y del postparto. En la historia médica personal obtenemos información acerca del estado de salud de la persona que padece el trastorno, sus enfermedades, las diversas intervenciones que haya tenido, sus hospitalizaciones y los diversos tratamientos farmacológicos recibidos.
- **Desarrollo evolutivo del niño:** Es importante recoger toda la información posible acerca de si el desarrollo físico, psicológico y motor ha sido adecuado a su edad. Para ello, es necesario realizar una exploración física, neurológica y psicopatológica que nos permita descartar la existencia de otras posibles enfermedades que pueda empeorar de por sí la sintomatología presente.
- **Historia familiar:** En ella se encuentra información acerca de los posibles conflictos escolares que hayan podido existir durante el desarrollo y crecimiento de la persona con posibilidad de TDAH, el estilo educativo que llevó dicha persona, la relación que tuvo con sus padres, la comunicación familiar, así como la estructura y el funcionamiento familiar a nivel general, el nivel socioeconómico de la familia, el nivel educativo familiar, el estilo educativo parental y si han existido durante su desarrollo y crecimiento algún tipo de abusos o maltratos.
- **Historia escolar:** Para profundizar en la recogida de información de la historia escolar es importante considerar qué necesidades educativas presentó el niño en el pasado y qué necesidades presenta en la actualidad, los datos específicos de escolarización, el nivel educativo y el rendimiento académico obtenido hasta la fecha de evaluación.
- **Historia social:** Es fundamental recoger toda la información posible sobre las relaciones sociales como las relaciones con los iguales, las relaciones con adultos

y las habilidades sociales que la persona ha tenido a lo largo de su desarrollo y crecimiento.

### 3.2. Instrumentos de evaluación:

Para poder diagnosticar, intervenir y evaluar algún caso de TDAH la información recogida es fundamental y valiosa, por ello, a más información muchas más oportunidades de tener un diagnóstico y una intervención más eficaz y con mejores resultados. Para ello, se necesitan utilizar diversos instrumentos estandarizados, así como aplicar esos instrumentos en fuentes específicas.

Son necesarias tres fuentes principales para recopilar toda esta información valiosa: la familia, el profesorado y el propio niño (a)<sup>5</sup>. A continuación me gustaría poder presentar algunos de los principales instrumentos estandarizados que se pueden utilizar y que nos permitirán tener una mirada global sobre la intensidad, frecuencia y duración de los síntomas que presentan los pacientes:

#### **3.2.1. Entrevistas:**

Por el material consultado, podemos precisar, que existen una gran variedad de tipos de entrevistas que son utilizadas para la evaluación de diferentes trastornos que pueden presentarse durante la infancia y la adolescencia. Podemos señalar en relación al TDAH las principales:

##### a) EDNA – IV<sup>6</sup>:

Es una entrevista diagnóstica que sigue los criterios de las clasificaciones DSM. Existen tres versiones de esta entrevista: EDNA-C, para niños de 6 a 12 años; EDNA-A, para adolescentes de 13 a 17 años, y EDNA-P, para los padres.

Esta entrevista busca recoger información acerca de síntomas y síndromes siguiendo un sistema de clasificación categorial. Tras la evaluación sintomática se explora el inicio y el final de los trastornos, así como los ámbitos en que son de mayor repercusión. Las áreas diagnósticas que evalúa esta entrevista son las siguientes:

---

<sup>5</sup> De aquí en adelante utilizaremos el término “niños”, “padres”, “maestros” o en singular, de forma genérica para referirse a ambos sexos.

<sup>6</sup> Las siglas EDNA hacen referencia a la Entrevista Diagnóstica para niños y adolescentes como versión en español de Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA). Lo que le sigue a la abreviatura es el número de la edición correspondiente. Nosotros utilizaremos la versión en español de este tipo de entrevista.

- Trastornos de conducta:
  - Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
  - Trastorno negativista desafiante
  - Trastorno disocial
  - Uso, abuso y dependencia de alcohol
  - Uso y dependencia de tabaco
  - Uso, abuso y dependencia de marihuana
  - Uso, abuso y dependencia de otras drogas
  - Trastornos del estado de ánimo
  
- Trastorno depresivo mayor
  - Manía- hipomanía
  - Trastorno distímico
  - Trastornos de ansiedad
  
- Trastorno de ansiedad de separación
  - Agorafobia
  - Trastorno por angustia
  - Trastorno de ansiedad generalizada
  - Fobia específica
  - Fobia social
  - Trastorno Obsesivo-Compulsivo
  - Trastorno por Estrés Post-Traumático
  
- Trastornos de la conducta alimentaria
  - Anorexia nerviosa
  - Bulimia nerviosa
  
- Trastornos de la eliminación
  - Enuresis
  - Encopresis
  
- Trastornos de tics
  - Trastorno de la Tourette
  - Trastorno de tics motores o vocales crónicos
  - Trastorno de tics transitorios
  
- Otros trastornos
  - Trastorno de somatizaciónla Tourette

- Psicosis y esquizofrenia

b) DISC – IV<sup>7</sup>:

Es una entrevista diagnóstica estructurada que evalúa más de treinta trastornos psicopatológicos más comunes y frecuentes en los niños y adolescentes. Existen dos versiones de este tipo de entrevista: una para padres de niños y jóvenes de entre 6 a 17 años (DISC – P); y otra para jóvenes de entre 9 a 17 años (DISC – Y). Sigue los criterios diagnósticos del DSM–III–R (APA, 1987), DSM-IV (APA, 1994) y la CIE-10 (OMS, 1992).

Las áreas diagnósticas que evalúa esta entrevista son las siguientes:

- Trastornos de ansiedad:
  - Agorafobia, ansiedad generalizada, ansiedad excesiva, trastorno obsesivo-compulsivo, pánico, estrés postraumático, la ansiedad de separación, fobia social, fobia específica.
- Trastorno del estado de ánimo:
  - Trastorno distímico.
  - Episodio depresivo mayor.
  - Episodio maníaco/hipomaníaco.
- Trastornos de conducta:
  - Déficit de atención/hiperactividad.
  - Negativista-desafiante.
  - Otros trastornos del comportamiento.
- Trastorno por abuso de sustancias:
  - Abuso y dependencia de alcohol, nicotina, marihuana y otras sustancias.
- Otros trastornos:
  - Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, enuresis/encopresis, pica, esquizofrenia, mutismo selectivo, síndrome de Tourette y otros trastornos

---

<sup>7</sup> Las siglas DISC hacen referencia a “Diagnostic Interview Schedule for Children”. Este tipo de entrevista dispone de una versión en español desarrollada por Bravo et al. (2001).

por tics, tricotilomanía.

c) Clinical Interview form for Child and Adolescent ADHD Patients (Barkley, 1987):

Es una entrevista semiestructurada que se realiza directamente a los padres de los niños que presentan TDAH. Esta entrevista nos permite recoger valiosa información sobre la historia del niño desde diversos aspectos divididos en los siguientes apartados: historia del desarrollo, historia médica, historia de tratamientos anteriores, historia escolar, historia familiar y la historia social.

**3.2.2. Escalas y cuestionarios:**

Dentro de la variedad de instrumentos para diagnosticar el TDAH, podemos señalar como complemento de las entrevistas estandarizadas antes mencionadas, diversas escalas y cuestionarios específicos que nos pueden ayudar a medir el TDAH brindándonos información valiosa acerca de los principales síntomas que presente la persona que padece el trastorno. La información que proporcione la familia y el profesorado acerca de la valoración de la conducta es un componente esencial en la evaluación y diagnóstico del TDAH (Barkley, 1987). Podemos señalar las escalas y cuestionarios más representativos:

a) CBCL (Achenbach, 1991a) y TRF (Achenbach, 1991b)<sup>8</sup>:

Estos dos informes buscan recoger toda la información posible a través de los padres de los niños y adolescentes que padecen el trastorno (CBCL), y a través de los profesores (TRF). Tanto el CBCL como el TRF distinguen dos rangos de edad (de 4 a 11 años, de 12 a 18 años y de 5 a 11 años y de 12 a 18 años respectivamente), así como consideran ambos géneros por separado.

El objetivo principal que buscan ambos instrumentos es la identificación de conductas patológicas en los niños. Ambos instrumentos consideran los siguientes contenidos: competencias sociales, problemas de conducta internalizados (trastorno de

---

<sup>8</sup> Las siglas CBCL hace referencia a Child Behaviour Checklist, y TRF, hace referencia a Teacher's Report Form.

ansiedad/depresión, quejas somáticas y aislamiento) y externalizados (conducta agresiva y conducta delictiva), y un factor mixto (problemas sociales, problemas de pensamiento y de atención).

b) CPRS-R (Conners, 1997a) y CTRS-R (Conners, 1997b)<sup>9</sup>:

Ambos instrumentos están hechos para recoger información de los padres (CPRS-R) y de los profesores (CTRS-R) y detectar así la presencia de TDAH en el niño-estudiante de entre los 3 a 17 años. El objetivo principal de estos instrumentos es valorar la presencia y severidad de conductas indicadoras de TDAH. Los principales contenidos que consideran estos instrumentos son cuatro factores: oposicionamiento, desatención, hiperactividad-impulsividad e índice del TDAH.

c) SNAP-IV (Swanson, Nolan Pelham, 1983) y SNAP-IV-C (Swanson et al., 2001):

Estos instrumentos están hechos para ser aplicados por los padres y profesores de niños entre los 3 y 17 años. Tienen como objetivo principal valorar la presencia y severidad de conductas indicadoras de TDAH. Los principales contenidos que estos instrumentos contienen en relación a los síntomas son: síntomas de inatención, síntomas referidos a hiperactividad/impulsividad y síntomas de trastorno por oposicionamiento desafiante de la conducta en el entorno escolar.

d) SDQ (Goodman, 1997)<sup>10</sup>:

Este instrumento es un cuestionario que tiene como finalidad principal el cribado de trastornos de salud mental, así como investigar los problemas conductuales de los pequeños entre los 4 y 16 años de edad. Es realizado por los padres y profesores del niño-estudiante que tiene TDAH. Este cuestionario investiga veinticinco temas acerca de veinticinco atributos, algunos positivos y otros negativos. A través de este cuestionario se puede generalizar puntajes determinados para: problemas de conducta, hiperactividad, síntomas emocionales, problemas con compañeros y conducta prosocial.

---

<sup>9</sup> Las siglas CPRS-R hacen referencia al instrumento "Conners' Parent Rating Scale-Revised, y las siglas CTRS-R hace referencia al instrumento "Conners' Teacher Rating Scale-Revised.

<sup>10</sup> Las siglas SDQ hacen referencia al instrumento "Strengths and Difficulties Questionnaire".

e) EDAH (Farré y Narbona, 1998)<sup>11</sup>:

Este instrumento es otra herramienta de cribado y evaluación de los síntomas de TDAH y otros trastornos de conducta que pueden coexistir con el síndrome. Este instrumento evalúa niños de 6 a 12 años de manera individual y es realizado por el profesor del estudiante con el trastorno. Este instrumento es de gran sencillez por su facilidad de corrección y puntuación, así como por su fácil comprensión, por lo que supone poco esfuerzo para el profesor.

f) ADHD Rating Scale-IV (DuPaul, Power, Anastopoulos y Reid, 1998; Servera y Cardo, 2007):

Estas escalas son unas de las más utilizadas para la evaluación del TDAH, ya que permite presentar elementos clasificados por edad, género y ambiente considerando los síntomas del TDAH según criterios del DSM-IV.

### **3.2.3. Pruebas Neuropsicológicas:**

Otra clase de instrumentos utilizados en la detección de personas con TDAH son las pruebas neuropsicológicas. Éstas tienen como finalidad detectar el efecto que tiene este trastorno sobre los procesos cognitivos, psicológicos, emocionales y comportamentales de la persona que lo padece. Estas exploraciones se realizan mediante la aplicación de pruebas y tareas reunidas en baterías y pruebas de evaluación destinadas a medir diferentes parámetros e índices de funcionamiento cognitivo entre el CIV y el CI, y el nivel madurativo y de competencia por áreas cognitivas.

a) WISC-IV (Wechsler, 2003)<sup>12</sup>:

Este instrumento aporta información acerca de la capacidad intelectual general del niño, su funcionamiento en comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento.

---

<sup>11</sup> Las siglas EDAH hacen referencia a la “Escala para la Evaluación del Trastorno por Déficit de atención con hiperactividad”.

<sup>12</sup> Las siglas WISC hacen referencia a “Wechsler Intelligence Scale for Children”.



b) CUMANES (Portellano, J. et al. 2012)<sup>13</sup>:

Es un instrumento que evalúa niños entre los 7 y 11 años para recoger información sobre su desarrollo neuropsicológico global. Este instrumento mide las principales funciones mentales superiores que están involucradas en los procesos de aprendizaje infantil.

c) MSCA (McCarthy, 2004)<sup>14</sup>:

Es un instrumento muy importante utilizado para valorar las habilidades cognitivas y motoras de niños entre los dos años y medio y ocho años y medio de edad. Este instrumento busca detectar problemas de aprendizaje que influyan negativamente en el rendimiento escolar. Asimismo, considera las siguientes escalas: escala verbal, escala perceptivo-manipulativa, escala numérica, escala de memoria, escala general cognitiva, y la escala de motricidad.

d) K-ABC (Kaufman y Kaufman, 1997)<sup>15</sup>:

Este instrumento busca medir las habilidades cognitivas y conocimientos académicos a través de la evaluación de la capacidad de procesamiento mental o inteligencia en niños entre 2 y 12 años y medio.

e) Instrumentos que evalúan diversas áreas:

A continuación presentaremos un listado con las características más resaltantes de los principales instrumentos que buscan evaluar las tareas de atención sostenida y selectiva, la concentración, la focalización del estímulo y control inhibitorio, la memoria operativa, la flexibilidad mental, la resistencia a la interferencia, la autorregulación y la planificación y resolución de problemas. Tenemos:

- El Color Stroop Test and Word Test (Golden, 1978, 2001) busca medir la atención selectiva considerando la habilidad que tenga la persona para resistir la interferencia de tipo verbal.

---

<sup>13</sup> Las siglas CUMANES hacen referencia al “Cuestionario de Madurez Neuropsicológica para escolares”.

<sup>14</sup> Las siglas MSCA hacen referencia al “McCarthy Scales of Children's Abilities” o conocido en español como “Test McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad”.

<sup>15</sup> Las siglas K-ABC hacen referencia a “Kaufman Assessment Battery for Children” conocida como “Batería de Evaluación de Kaufman para niños”.

- El Perception of Differences Test (Thurston y Thurstone, 1941| Thurstone y Yela, 2012) busca medir la aptitud que tenga la persona para percibir de manera correcta y rápidamente las semejanzas y diferencias en algún objeto.
- El Test of Attention o D2<sup>16</sup> (Brickenkamp y Zillmer, 1998) que se centra en la velocidad que se emplea para el procesamiento, la atención selectiva y la concentración mental.
- El RCFT (Osterrieth, 1944; Rey, 197)<sup>17</sup> permite la evaluación de diferentes áreas como las capacidades visuales, la memoria, la atención, la planificación y las funciones ejecutivas o “memoria de trabajo”.

f) Instrumentos que evalúan las tareas de fluidez verbal:

Estos instrumentos buscan evaluar la fluidez verbal y de lectura, la producción de lenguaje, los niveles de comprensión y de expresión oral y escrita, la capacidad de nominación y los aspectos fonológicos, morfológicos, sintácticos, semánticos y pragmáticos. Podemos mencionar brevemente los siguientes:

- Test del WISC-IV (Wechsler, 2003)<sup>18</sup> que busca recoger información sobre las capacidades cognoscitivas.
- BNT (Goodglass y Kaplan, 1986)<sup>19</sup> que busca evaluar el sistema léxico-semántico en pacientes con alteraciones cognitivas.

g) Instrumentos que evalúan las tareas de capacidad visoperceptiva y visiomotor:

Podemos considerar en este grupo al “Test de Bender” (Bender, 1938) que basado en la teoría de la Gestalt tiene como objetivo evaluar la madurez de la percepción visiomotora en niños y adultos.

---

<sup>16</sup> Conocido más comunmente como “Test de Atención”.

<sup>17</sup> Las siglas RCFT hacen referencia a “Rey-Osterrieth, Complex Figure Test”.

<sup>18</sup> Las siglas WISC hacen referencia a “Wechsler Intelligence Scale for Children”, conocido en español como “Escala de Inteligencia de Wechsler para niños”.

<sup>19</sup> Las siglas BNT hacen referencia a “Boston Naming Test”, conocido en español como “Test de Denominación de Boston”.

h) Instrumentos que evalúan las tareas de razonamiento abstracto y flexibilidad cognitiva:

Podemos señalar en este grupo el WCST (Heaton et al., 1993)<sup>20</sup> que busca evaluar la capacidad de abstracción, la formación de conceptos y el cambio de estrategias cognitivas como respuesta a los cambios que se producen en las contingencias ambientales.

### **3.2.4. Test**

Es importante considerar que, dada la heterogeneidad de las manifestaciones del trastorno, no existe ninguna prueba que por sí misma pueda informar de forma fiable acerca de su presencia, la aplicación de test psicológicos puede aportar información clínicamente significativa de cara al diagnóstico.

Todos estos instrumentos presentados anteriormente no deben ser sustituidos unos con otros, la idea es poder utilizarlos de manera complementaria según sea la necesidad de dichos instrumentos. Ahora bien, es importante tener en cuenta que la aplicación de test psicológicos es muy útil a la hora de aportar mayor cantidad de información al diagnóstico, ayudar a identificar comorbilidad, o bien ayudar a identificar trastornos alternativos al TDAH que puedan explicar los síntomas observados (AACAP, 2007).

El Test más conocido y utilizado por la mayoría de clínicos es el CPT (Rosvold, Mirsky, Saranson, Bransome y Beck, 1956, y Conners, 1995)<sup>21</sup> por los mejores resultados que se han obtenido al evaluar el TDAH (Barkley, 1998).

El CPT tiene como objetivo principal evaluar indicadores de impulsividad y déficit de atención a niños de entre 3 y 16 años. Este test proporciona las siguientes medidas: número de respuestas correctas, errores de omisión, errores de comisión, tiempo de

---

<sup>20</sup> Las siglas WSCT hacen referencia al “Wisconsin Card Sorting Test”, conocido en español como “Test de Clasificación de Cartas de Wisconsin”.

<sup>21</sup> Las siglas CPT hacen referencia al “Continuous Performance Test”, conocido en español como “Test de ejecución continua”.

reacción, errores estándares, variabilidad, índice general que a través de múltiples datos nos indica si el niño presenta o no dificultades atencionales, entre otros.

### **3.2.5. Observación directa:**

El último instrumento que me gustaría presentar es más una acción, pero que por los datos que nos permitirá recoger y encontrar podemos considerarlo como un instrumento de ayuda y apoyo. La observación directa de la conducta realizada de manera sistemática permite, en el ámbito educativo, poder planificar y organizar la posterior intervención del estudiante con TDAH, así como poder recoger información directamente del ámbito de desarrollo del estudiante (el aula).

La observación tiene un doble objetivo: por un lado, cuantificar las dimensiones en que se manifiesta la conducta problemática, a fin de poder evaluar de forma objetiva los cambios producidos por la intervención; y por el otro, determinar qué variables del entorno contribuyen a desencadenar y mantener la conducta problema.

Para finalizar este capítulo quiero dejar en consideración la existencia de una diversidad de materiales mayor a la presentada, que podemos utilizar para valorar de manera general y específica las distintas dificultades y potencialidades que presentan los niños con TDAH. Mi intención ha sido presentar los instrumentos más significativos que deberíamos considerar cuando nos encontremos con algún caso de niño con TDAH y no sepamos de qué manera proceder.

## **CAPÍTULO IV: TRATAMIENTO DEL TDAH**

Hoy en día con el avance en las investigaciones acerca del TDAH y la mayor profundización de este tema existen diferentes tipos de tratamiento para abordar el TDAH. Considerando que en muchos de los casos el TDAH es un trastorno crónico y que presenta comorbilidad<sup>22</sup> se hace fundamental y necesario realizar un plan de intervención y tratamiento lo más completo posible que pueda evaluarse continuamente y hacer las adaptaciones correspondientes que ayuden a lograr los mejores resultados posibles. Entre los principales tratamientos más eficaces según las últimas investigaciones, podemos señalar:

### **4.1. Tratamiento farmacológico:**

Recordando aquello que hemos mencionado anteriormente, es con Bradley en 1937 que la idea de efectos beneficiosos de los estimulantes sobre la conducta hiperkinética de las personas va a ser fundamento para pensar en el uso de distintos medicamentos como parte del tratamiento del TDAH.

En la actualidad, se tiene mayor claridad sobre la importancia de este tipo de tratamiento como parte del proceso de mejora de las personas con TDAH. Se utilizan, de manera general, dos tipos de fármacos: el metilfenidato y la atomoxetina en niños a partir de los seis años y en adolescentes. Para casos específicos, y según lo recomiende el especialista después de una evaluación profunda, se utilizan otros medicamentos, tales como la clonidina (agentes adrenérgicos) y el bupropión, venlafaxina, antidepresivos, tricíclicos, inhibidores de la monoamino oxidasa, entre otros (como antidepresivos). Es importante considerar y señalar que todos estos fármacos utilizados frecuentemente por los especialistas no necesariamente están autorizados para el TDAH en todos los países.

---

<sup>22</sup> Entendemos “comorbilidad” como la presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.

Finalmente podemos precisar que los especialistas consideran que el tratamiento farmacológico en personas con TDAH mejora la sintomatología y con ello, mejora el desarrollo académico y social de estas personas.

#### 4.2. Tratamiento psicológico:

El tratamiento psicológico del TDAH tiene como objetivo principal ayudar a pacientes y familia a manejar los síntomas del trastorno y el impacto que éstos puedan tener en su vida diaria, por ello, es de suma importancia que la intervención psicológica se realice en el paciente y su entorno familiar.

Según la evidencia científica de estos últimos años, podemos precisar que los tratamientos psicológicos que han demostrado mayor eficacia en la intervención con TDAH son la terapia conductual, el entrenamiento a padres y el entrenamiento en habilidades sociales (Serrano – Troncoso, Guidi y Alda-Díez, 2013).

Considerando esta evidencia científica, tratemos de aproximarnos a estos tres principales tratamiento psicológicos mencionados en el párrafo anterior:

##### **4.2.1. Terapia conductual:**

Se busca analizar la conducta e identificar los factores que hacen que la conducta sea inadecuada, se establecen las conductas que se desean corregir y se determinan los objetivos específicos que se quieren lograr. Considerando ello, se desarrolla un plan que pueda ir modificando el comportamiento que se quiere descartar.

Para lograr ello, se utilizan diversas técnicas operantes, tales como: refuerzo positivo, economía de fichas, extinción, tiempo fuera, sobrecorrección, entre otras.

##### **4.2.2. Entrenamiento para padres:**

Es importante considerar que el entrenamiento para padres y las intervenciones a nivel familiar han demostrado ser efectivas en muchas ocasiones. Para lograr un entrenamiento para padres de manera adecuada es necesario considerar lo siguiente:

- Poder tener una mirada global a los problemas que se puedan producir entre padres y niños con TDAH, así como el comportamiento en el niño que generen esos problemas.
- Se debe analizar lo positivo y negativo de dichos comportamientos.
- Se debe buscar reforzar en los padres todo aquello que le permita manejar los problemas que se puedan producir para evitarlos.
- Se debe reforzar en los padres una buena y clara comunicación con los niños con TDAH en el momento de establecer normas.
- Es importante que los padres permitan que los niños asumen las consecuencias negativas de sus actos que han sido previamente establecidas y socializadas con ellos.

#### **4.2.3. Entrenamiento en habilidades sociales:**

En muchos casos, las personas con TDAH también presentan dificultades en sus relaciones sociales (amigos, hermanos, padres, familiares, etc.). Estas dificultades se originan por falta de un adecuado desarrollo de habilidades como la empatía, la asertividad, la comunicación verbal y no verbal, la negociación o la resolución de conflictos sociales.

Para poder buscar una mejora y crecimiento en las habilidades sociales, se debe buscar trabajar aspectos relacionados a: la autoestima de la persona, su comunicación emocional, la asertividad y empatía, las habilidades de competencia social, las conductas prosociales, entre otros.

#### **4.3. Tratamiento psicopedagógico:**

Por lo general, como hemos mencionado la persona con TDAH muestra dificultades a nivel académico y a nivel social por sus dificultades a nivel de comportamiento. Por ello,

la intervención psicopedagógica tiene como objetivo principal mejorar el rendimiento académico y conductual del estudiante con TDAH.

El tratamiento psicopedagógico logra sus objetivos a través del uso de recursos educativos adecuados a las necesidades educativas especiales de los estudiantes con TDAH. Dichos recursos educativos pueden girar en torno a la organización del estudio, las técnicas de estudio, un apoyo educativo más constante, normas en el aula, adaptaciones curriculares, la metodología del profesorado, la tutoría entre iguales, la tutoría de los padres en el hogar, la ayuda con la tarea, entre otros.

#### **4.3.1. Tratamiento multimodal:**

Si bien es cierto, hemos mencionado diversos tratamientos e intervenciones que son favorables en la mejora de las personas con TDAH, se abre un nuevo camino con una perspectiva diferente que se orienta hacia la combinación de distintos tratamientos e intervenciones que generan un enfoque multimodal.

Este nuevo enfoque surge de considerar este trastorno de manera global, ya que las distintas dificultades que presentan las personas con TDAH abarcan a todas las áreas de su vida y de su entorno más próximo.

A lo largo de los años han surgido diferentes tipos de este tratamiento multimodal, tales como: en los años 90 se realizaron diferentes estudios de este tipo de tratamiento por el Instituto Nacional de Salud Mental e Infantil de España con muy buenos resultados; en el 2002, Miranda, Presentación y Soriano realizaron unas evaluaciones para garantizar la eficacia de un programa multicomponente con 50 niños diagnosticados con TDAH, siendo los resultados de mejora muy favorables; en el 2008, So, Leung y Hung diseñaron una investigación para comparar la eficacia de un tratamiento a base de metilfenidato frente a un tratamiento conductual combinado, siendo el tratamiento combinado más eficaz y ofreciendo beneficios adicionales para el tratamiento de TDAH; actualmente, existen investigaciones en torno al neurofeedback o biofeedback, que muestran ser una alternativa real y eficaz de tratamiento para el TDAH.



## PARTE II: FUNDAMENTACIÓN EMPÍRICA

## **CAPÍTULO V: CONTEXTUALIZACIÓN**

Considerando lo que hasta el momento hemos expuesto, me gustaría iniciar este breve capítulo dando unas pinceladas acerca del contexto donde se desea implementar en su totalidad este proyecto.

El colegio Santa Rosa es un centro religioso de educación para los niveles inicial (de 3 a 5 años), primaria (de 6 a 11 años) y secundaria (de 12 a 16 años) que pertenece a la Orden de San Agustín, orden religiosa fundada en el siglo XIII en Italia y que tiene a lo largo del mundo muchas escuelas y universidades. La Orden de San Agustín en el Perú tiene ocho escuelas en las ciudades de Lima, Chiclayo, Pacasmayo, Trujillo, Cusco, Iquitos y Chosica.

El colegio Santa Rosa ubicado en Chosica tiene una población estudiantil de 500 estudiantes aproximadamente entre sus tres niveles educativos. Lurigancho-Chosica es un distrito de la provincia de Lima ubicado a 850 msnm (metros sobre el nivel del mar) a orillas del río Rimac, siendo una de las puertas de entrada a los andes peruanos. La condición socioeconómica del colegio es de clase social media-baja.

Parte de la misión y la visión institucionales que como colegio buscamos es lograr una formación integral de todos nuestros estudiantes siendo una verdadera comunidad de aprendizaje en búsqueda de la verdad y entendiendo al ser humano desde sus distintas dimensiones. Para la antropología agustina, el ser humano está conformado por cinco dimensiones: la dimensión intelectual, la dimensión espiritual, la dimensión emocional-volitiva, la dimensión física-corporal y la dimensión social. No podemos entender la formación integral sin un equilibrio armonioso en cada una de estas dimensiones.

A cada dimensión corresponde un tipo y estilo de formación. Así, a la dimensión intelectual le corresponde una formación académica-pedagógica; a la dimensión espiritual una formación espiritual centrada en Jesucristo y en la transmisión de valores;

a la dimensión emocional-volitiva corresponde una formación socio-emocional y a la dimensión física una formación físico-corporal.

Puesto que la esencia de nuestro colegio es ser una “comunidad en búsqueda de la Verdad”, esto mismo expresa el modo de planificar el currículo y la metodología que realizamos en el aula, a través de la cual el estudiante es el protagonista de su propio aprendizaje. Por ello, la formación en la libertad y autonomía son fundamentales para la búsqueda y la fraternidad que permitan trabajar unidos teniendo diversas ideas, tipos de inteligencia, estilos de liderazgo y funciones en la comunidad.

El colegio posee un departamento psicopedagógico conformado por 2 licenciadas en psicología y tres estudiantes de los últimos ciclos de la carrera de psicología que están haciendo sus prácticas pre-profesionales. Dicho departamento tiene como función principal el diagnóstico de problemas y dificultades en el aprendizaje, monitoreo y acompañamiento a los estudiantes de los tres niveles educativos que los presenten.

Es importante precisar también que en Perú no existe un protocolo de trabajo e intervención para los casos de TDAH definido oficialmente como lo tienen otros países como España que ha logrado desarrollar diferentes protocolos de acción para el TDAH para sus regiones y ciudades. Después de una exhaustiva búsqueda e investigación me encontré con la terrible sorpresa que solo existen dos entidades privadas que se dedican a desarrollar material e información acerca del TDAH<sup>23</sup>.

Al verme carente de un protocolo de acción especializado en mi país y considerando

---

<sup>23</sup> La **Asociación Peruana de Déficit de Atención (APDA)** ha sido constituida por madres de chicos con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), cuyo principal objetivo es proporcionar información sobre este trastorno a padres, maestros, profesionales y personas interesadas, con la finalidad de que los niños, adolescentes y adultos con déficit de atención reciban un tratamiento de acuerdo a los conocimientos actuales, que les permita aprovechar al máximo su potencial y sus posibilidades.

Por otro lado, **Déficit de Atención y Memoria – Especialistas Asociados** es un grupo privado integrado por un equipo multidisciplinario de profesionales especialistas en salud mental que busca brindar atención personalizada a todas las edades (niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores) a través de programas integrales que involucran prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y un seguimiento individual y personalizado para cada caso en particular.

necesario y fundamental poder enmarcar mi propuesta de intervención en un marco concreto y específico he visto por conveniente tener como base científica dos herramientas complementarias: por una lado, la “Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes” que pretende brindar un instrumento útil que pueda dar respuestas adecuadas a las cuestiones básicas del trastorno, especialmente a las relacionadas con la evaluación diagnóstica y los diferentes tipos de tratamiento del TDAH en niños y adolescentes<sup>24</sup>; por otro lado, el “Protocolo de Coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad elaborado por la Junta de Castilla y León”.

Este Protocolo considera 3 fases claramente marcadas que me gustaría poder detallar a continuación:

- a) **PRIMERA FASE - Detección del TDAH:** En esta primera fase se busca poder detectar lo más temprano posible las características propias del TDAH en los niños. Es importante considerar que el entorno más adecuado para dicha detección es el ámbito más próximo del niño como su familia, el profesorado, su médico pediatra, entre otros.
- b) **SEGUNDA FASE - Diagnóstico e Intervención del TDAH:** En esta fase se pretender realizar un diagnóstico más detallado de los casos que hayan sido detectados en la fase anterior, con la finalidad de descartar otras patologías que puedan cursar con sintomatología similar e iniciar el tratamiento si se precisa.
- c) **TERCERA FASE - Seguimiento:** En esta última fase se buscan dos objetivos: establecer una red de coordinación entre los Servicios Sanitarios y los Servicios Educativos respecto de los casos más graves y significativos de TDAH, así como la coordinación y seguimiento con los agentes directamente implicados en la evolución del estudiante con TDAH y, por otra, especificar las actuaciones a seguir una vez confirmado el diagnóstico.

Finalmente, es muy importante tener en cuenta que esta propuesta de intervención planteada se encuentra ubicada en la segunda fase del Protocolo antes mencionado, al ser una propuesta de intervención que requiere un planteamiento claro sobre un

---

<sup>24</sup> Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM No 2007/18.

diagnóstico específico.

## **CAPÍTULO VI: DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO**

En este capítulo que desarrollaremos a continuación, nos centraremos en la descripción del proyecto de intervención debidamente desarrollado, implementado y evaluado en nuestro centro escolar. Es muy importante considerar que para un mayor orden, claridad y comprensión de dicho proyecto dividiremos este capítulo en tres subcapítulos donde explicaremos el diseño de intervención, con sus objetivos específicos, destinatarios, la temporalización y los recursos; la descripción de todas las acciones aplicadas; y finalmente los resultados obtenidos durante la intervención propuesta.

### Diseño de la intervención:

A lo largo de la primera parte de este trabajo, se ha ido abordando paulatinamente el marco teórico y la justificación del tema que se decidió abordar, describiendo la evolución histórica del contenido, las principales y grandes dificultades que presentan los niños con TDAH, cómo se ve afectado su entorno inmediato ante el desconocimiento de ello y la necesaria y adecuada intervención que pueda dar respuestas claras tanto a los niños que lo padecen como a su entorno inmediato, principalmente sus familias que son también afectadas con dicha circunstancia.

Este proyecto de intervención busca ser una herramienta útil y muy práctica que brinde, principalmente a las familias, a los profesores, que en sus aulas tienen a estudiantes con este trastorno y a los adolescentes que lo padecen, diversos recursos y estrategias que favorezcan a mejorar la calidad de vida de todos los actores. Asimismo, es importante también precisar que la elaboración de este proyecto se ha basado en las siguientes premisas:

- Hay mucho desconocimiento acerca del TDAH por las familias de los niños que los padecen, así como por los mismos centros escolares que no logran diagnosticarlo de manera oportuna.
- Este desconocimiento, que conlleva a una ausencia de diagnósticos adecuados, trae consigo otros problemas y dificultades en la vida de los niños / estudiantes que lo padecen.

- El TDAH se entiende como un problema de salud mental que presenta una elevada prevalencia y que afecta a un gran número de familias a lo largo de todo el mundo.
- Los síntomas nucleares del trastorno suelen presentarse con problemas emocionales, conductuales y sociales asociados.
- Un enfoque de trabajo multidisciplinar repercute adecuada y significativamente en alcanzar grandes resultados positivos de mejora.
- Un trabajo que involucre a los principales agentes del entorno más próximo de estudiantes con TDAH favorece a mejorar su calidad de vida.
- Para planificar las intervenciones más eficaces, es fundamental tener en cuenta las características individuales y familiares de las personas con TDAH.

Consideramos que el éxito del programa depende del grado de colaboración entre los profesores del colegio y la familia. Es necesario que ambos trabajen en la misma línea para lograr los objetivos propuestos que precisamos a continuación:

#### Objetivos específicos:

- Propiciar una adecuada integración de los estudiantes con TDAH en el contexto escolar.
- Asesorar, apoyar y brindar nuevos recursos a los profesores que trabajan con dichos estudiantes.
- Lograr tener criterios y pautas de actuación unificadas en todo el colegio, con las adaptaciones necesarias a la edad, que promueva un sistema de comunicación eficaz entre el colegio, los profesores y la familia.
- Brindar herramientas y estrategias a los estudiantes con TDAH que les permita mejorar su rendimiento académico y conductual, desarrollando un clima escolar adecuado y óptimo.

#### Destinatarios:

Los destinatarios de este programa son estudiantes del nivel secundario (entre 13 y 15 años) que padecen, con un diagnóstico adecuado, el TDAH; así como sus respectivas familias respectivas que sufren con las dificultades de sus hijos y lo profesores de las aulas que tienen estudiantas con dicho trastorno.

Por ello, parte de este programa de intervención pretende dar respuesta a las necesidades expresadas por las familias y profesores en lo referente a la información, formación y desarrollo de determinadas habilidades, destrezas o comportamientos que los padres e hijos pueden incorporar en su entorno familiar, así como los profesores en el entorno escolar, que pueda favorecer su calidad de vida y bienestar.

### Temporalización:

Se trata de un programa de intervención específico que se inserta dentro de los planes de mejora del Colegio Santa Rosa de Chosica y ha comenzado parte de su aplicación durante el año académico 2016 y que se implementará de manera total durante el año académico 2017 que estamos a punto de iniciar con una sesión semanal.

### Evaluación y seguimiento del programa

Durante el transcurso del año académico 2017, en cada “semana de replanificación”<sup>25</sup>, se ha propuesto una evaluación de la implementación del programa para ver los avances hasta el momento, teniendo durante las dos últimas semanas del año académico una valoración final de los resultados obtenidos y del propio programa. Con ello, podremos obtener las primeras conclusiones de la implementación completa del programa de intervención, aunque podamos tener las conclusiones de parte del programa implementado durante el año académico 2016; podremos mantener los aspectos

---

<sup>25</sup> Las “semanas de replanificación” en el sistema educativo de mi país, Perú, se lleva a cabo al finalizar cada bimestre académico y que se aprovecha mientras los estudiantes tienen su tiempo de descanso vacacional para que los docentes puedan programar sus sesiones para el siguiente bimestre, coordinar los distintos proyectos, evaluar el desempeño de los estudiantes del bimestre finalizado, hacer los ajustes correspondientes, etc.



observados con resultado positivo, replantear todo aquello que necesite mejorarse y seguir abriendo nuevos caminos con nuevos retos para estos estudiantes con TDAH.

### Recursos:

En relación a los recursos a utilizar es importante precisar que en cada fase se utilizan diversos recursos materiales que se detallarán con mayor detenimiento en el siguiente apartado y que podremos encontrar en el capítulo “Anexos”. A modo general, los recursos y materiales utilizados son modelos de entrevistas, cuestionarios, pruebas neuropsicológicas, test, fichas de registro, entre otros.

## **CAPÍTULO VII. DESCRIPCIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROYECTO:**

En el presente capítulo se procederá a describir las diversas acciones aplicadas. Dicha descripción comprenderá tanto aspectos psicopedagógicos como organizativos.

### **7.1. Secuencia de la aplicación**

Nuestra propuesta de intervención contempla un proceso de cinco fases complementarias unas con otras que detallaré a continuación:

#### ***FASE 1: Evaluación diagnóstica de los estudiantes con TDAH.***

Es importante considerar como punto de partida de toda nuestra propuesta de intervención, el poder brindar las herramientas adecuadas en la evaluación diagnóstica de los estudiantes con TDAH. Para ello, proponemos unos pasos guías que nos permitan tener un primer contacto y acercamiento a aquellos estudiantes con TDAH.

El primer punto es que el docente, al ser la persona que más tiempo pasa con los estudiantes en el aula, puede, considerando las características y sintomatología base del TDAH, derivar en primera instancia al Departamento Psicopedagógico a los estudiantes que tengan la posibilidad de padecer el trastorno del TDAH.

El Departamento Psicopedagógico a través de una primera entrevista tiene que recoger la información adecuada para poder continuar con el proceso de una evaluación diagnóstica más profunda. Para que el Departamento Psicopedagógico pueda realizar una evaluación diagnóstica eficaz es necesario que tenga en cuenta los siguientes recursos y herramientas que presentamos a continuación:

En relación a los estudiantes proponemos utilizar las entrevista, específicamente la entrevista EDNA-A, que para los estudiantes de entre 13 y 17 años; la prueba neuropsicológica WISC-IV; el test CPT; y la observación directa en el aula por parte del

profesor y de alguno de los especialistas del departamento psicopedagógico. Como guía para la observación directa recomendamos un modelo de Ficha de observación en el anexo 1.

### ***FASE 2: Información inicial a padres.***

Es importante considerar que los padres de familia de los estudiantes con TDAH deben tener clara la importancia de su involucramiento en el trabajo de modificación de las conductas de sus hijos, conociendo cuáles son aquellas conductas que se deben trabajar y cuáles son las que se tienen que mantener, incrementar y reforzar.

Esta fase está compuesta por dos partes:

- a) La primera parte, busca brindarle a los padres de familia, de manera general, toda la información sobre las principales características que tiene el TDAH, las implicaciones y dificultades que presentan los niños y personas que lo padecen, los distintos estudios científicos en torno al tratamiento, así cómo el aporte de las demás ramas (médica y psicológica) puede favorecer en lograr una mejora integral en los estudiantes que padecen el trastorno. Es importante que esta información no sea solo teórica sino bien práctica, aterrizando muy bien la teoría con ejemplos de la vida cotidiana.
- b) La segunda parte, es la reunión con cada padre de familia para brindarle la información sobre los resultados encontrados en las evaluaciones a sus hijos. Esta información ofrecida a los padres de familia tiene que darse desde el Departamento Psicopedagógico que ha podido evaluar de distintas formas a los estudiantes con TDAH. Junto a esta información que se busca brindar, se debe recoger también información de los propios padres de familia sobre distintos elementos relacionados a la vida del estudiante. Para recoger esta información del padre de familia se propone utilizar un modelo de cuestionario en el anexo 2. Es importante recordar que los padres de estos niños se encuentran

frecuentemente en situaciones difíciles que les generan estrés, frustración y ansiedad (Barkley, 2008, 2009; Romero y Lavigne 2005). Por ello, la importancia de que se les brinde información adecuada, veraz y oportuna que pueda estar adaptada a sus necesidades.

Asimismo, es importante que los padres de familia lleven un registro periódico del comportamiento de su hijo que considere los distintos aspectos de su vida. Para ello proponemos un modelo de ficha de registro del comportamiento de la persona en su casa y en su aula (ver Anexo 3).

### ***FASE 3: Formación e información a profesores.***

Quien más tiempo pasa con los estudiantes en la etapa escolar es el profesor de aula. Por ello, es de suma importancia brindarle información detallada al profesor sobre todo lo relacionado al TDAH y las estrategias, recursos y adaptaciones que podría utilizar para poder brindarle una mejora en el rendimiento académico y conductual de los estudiantes. Esta información la tiene que brindar un especialista del Departamento Psicopedagógico que ayude a explicar los mecanismos psicológicos de las conductas del niño y los mecanismos de aprendizajes implicados. Asimismo, es importante que se brinde la información de los problemas conductuales que se pueden generar en el aula y las pautas básicas para abordarlos de manera adecuada. Es muy rico que se utilice con el profesor el cuestionario TRF que nos permita recoger toda la información valiosa de lo que haya ido observando en el aula.

Junto a ello, brindarle a los profesores las siguientes pautas y estrategias metodológicas para el trabajo en aula que pueda generar un clima en el aula adecuado:

- a) Un primer elemento a considerar, es el orden que debe existir de los elementos físicos del aula que utilicen los estudiantes. Asimismo, debemos tener a los estudiantes con TDAH lejos de elementos potencialmente distractores como ventanas, puertas o estudiantes del aula con problemas de comportamiento. Considerar esto es de suma importancia ya que evitar posibles distracciones que

puedan “provocar” al estudiante con TDAH le favorecerá a lograr una mayor y mejor concentración y así mejorar su rendimiento académico y conductual.

- b) Otro elemento a considerar es que el profesor debe asegurarse de que el estudiante con TDAH haya comprendido adecuadamente las instrucciones. Para poder lograr ello, es importante que el profesor le hable manifestándole cercanía, con claridad y precisión, buscando el contacto visual e intentando no darle muchas instrucciones a la vez que termine haciendo que el estudiante no asimile ninguna de ellas por toda la información dada.
- c) Otro elemento es que el profesor debe saber anticipar los cambios de actividad y controlar el tiempo asignado a cada tarea.
- d) Asimismo, el profesor debe monitorear y brindar un acompañamiento adecuado durante toda la clase, especialmente en los trabajos que implique un trabajo personal de los estudiantes. En situaciones donde lo que se ha pedido por el profesor es muy complejo y complicado, es importante que se pueda adaptar y adecuar dichas tareas o trabajos haciéndolas más asequibles a los estudiantes con TDAH privilegiando especialmente el contenido visual.

#### ***FASE 4: Colaboración de la familia y el centro educativo.***

Un programa de intervención escolar está condenado al fracaso si no se logra alcanzar una real y efectiva colaboración de los padres de familia a la escuela. Por ello, el trabajo colaborativo entre el centro educativo y la familia se hace fundamental. Para poder lograr esta colaboración se debe generar un “espacio” de frecuente interacción a través de reuniones periódicas entre los padres de familia de los estudiantes con TDAH y el centro educativo a través de sus profesores.

Estas reuniones periódicas, que es recomendable puedan ser como mínimo mensuales para que el acompañamiento sea efectivo, deben servir para que los profesores ofrezcan

información a los padres de familia de los logros, avances y mejoras que va consiguiendo el estudiante.

Asimismo, la familia puede brindar la información adecuada a los docentes de cómo va desenvolviéndose el estudiante en su ambiente familiar y los logros que va consiguiendo en casa. Con ello, los padres de familia deben reforzar dichos logros y proponer, de común acuerdo con el centro educativo, las pautas que puedan regir en la escuela y en la casa para los estudiantes. Para lograr esto, proponemos la ficha guía de entrevista propuesta en el Anexo 4.

### ***FASE 5: Entrevistas periódicas con los estudiantes con TDAH.***

No podemos terminar las fases de nuestra propuesta de intervención sin considerar un acompañamiento a los estudiantes diagnosticados con TDAH, a través de entrevistas periódicas. Estas entrevistas deben considerar recoger la información de los factores positivos que el estudiante va descubriendo en la mejora de su vida y rendimiento escolar a nivel académico y conductual. Asimismo, deben considerar los factores negativos que puedan estar impidiendo a lograr un mayor y eficaz avance y progreso en la vida de estos estudiantes. Es importante que el estudiante se sienta con libertad y real apertura para una mayor colaboración por parte de él. Una propuesta guía para estas entrevistas la podemos encontrar en el Anexo 5.

### **7.2. Resultados de la aplicación:**

A lo largo de este estudio se pudo observar que una adecuada y eficaz intervención en estudiantes con TDAH es fundamental para lograr una mejora en la calidad de vida en todas las dimensiones de dichos estudiantes que mejoraron notablemente su rendimiento académico, su comportamiento y por tanto el clima escolar en el aula, la estabilidad emocional en el estudiante, las relaciones socioemocionales y las relaciones familiares.

Como mencionamos anteriormente, esta intervención se realizó en cinco fases, encontrando los siguientes resultados en cada una de ellas.

a) En la fase de la evaluación diagnóstica de los estudiantes con TDAH, la observación del profesor nos hizo detectar los primeros síntomas en algunos de los estudiantes como causa para la derivación al Departamento Psicopedagógico del estudiante. Ello, junto con la utilización de los recursos planteados nos arrojaron el diagnóstico presuntivo de TDAH en tres de los ocho estudiantes evaluados de un total de 23 estudiantes en toda el aula.

b) En la fase de información inicial a padres, se citó a los padres de familia de los tres estudiantes diagnosticados para que de manera general se les brinde toda la información acerca del TDAH. En esta reunión surgieron muchas dudas, inquietudes y ansiedades por parte de los padres de familia. Posterior a ello, se tuvo una reunión con cada familia para brindar de manera individual y personalizada lo relacionado a cada caso de los estudiantes. Este encuentro personal con la familia ayudó mucho a brindar tranquilidad. Dos de las tres familias mostraron mucha ansiedad y tristeza que fue disuelta con la seguridad de la ayuda a brindar por parte de la escuela y del departamento psicopedagógico. Se les explicó a todas estas familias la necesidad de un trabajo colaborativo con la escuela y la importancia de su apertura para poder ayudar a dichos estudiantes.

c) En la fase de formación e información a profesores se les brindó todas las herramientas y recursos a todos los profesores del aula de los estudiantes diagnosticados, un total de nueve profesores incluida la tutora del aula. De los nueve profesores, tres de ellos, se mostraron incómodos por el “exceso” de trabajo que les iba a implicar aplicar todas las herramientas y recursos metodológicos propuestos. Los otros seis profesores mostraron apertura y compromiso. El compromiso de la tutora fue fundamental para que los demás docentes se quieran involucrar de manera adecuada y eficaz. Es importante señalar que solo se pudieron tener dos reuniones de formación e información a profesores por un tema de tiempo, ya que estábamos en los últimos

meses del año escolar 2016, por lo que solo se pudieron brindar herramientas e información de manera muy global que, de igual manera, fue muy favorable.

d) En la fase de colaboración de la familia y el centro educativo, por un tema de tiempo, solo se pudo tener una reunión de la tutora con las tres familias de los estudiantes diagnosticados de manera personal. En las tres reuniones hubo mucho involucramiento de la familia y muy buena disposición que, junto con el compromiso de la tutora, generó un ambiente acogedor y de mucha confianza, que tanto la familia como la tutora quedaron satisfechas por la información compartida.

d) En la fase de entrevistas periódicas con los estudiantes con TDAH no se pudo realizar ninguna de manera formal, pero si se dieron algunas conversaciones de tipo informal que le sirvió a la tutora para recoger información que igualmente fue valiosa para el proceso de valoración de nuestra propuesta de intervención.



## **CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES / VALORACIÓN**

Este proyecto de intervención planteado que pude aplicar de manera parcial durante los últimos meses del año pasado y que se propone aplicar durante el presente año académico 2017 tiene y recoge muchos elementos positivos que servirán de ayuda para todos aquellas familias que tienen en sus hogares a adolescentes con TDAH y a profesores que en sus aulas quieren brindar una formación adecuada a sus estudiantes con TDAH.

Esta propuesta de intervención aplicada durante el año pasado logró muchas cosas positivas de mejora con los estudiantes que formaron parte de nuestro proyecto de intervención. Pudimos lograr que dichos estudiantes pudieran terminar su año escolar con una mejora notable en su rendimiento académico y conductual. Asimismo, la relación de estos estudiantes con sus propias familias mejoró profundamente lo que favoreció grandemente a una mayor estabilidad emocional en dichos estudiantes.

Ciertamente, no todos los estudiantes con TDAH son iguales y es importante considerar que cada caso tiene sus peculiaridades. Los límites que encuentro en esta propuesta de intervención radican en que dicha propuesta considera de manera general y global a todos los estudiantes con TDAH y no contempla las diferentes peculiaridades con las que nos podríamos encontrar.

Los aprendizajes obtenidos a lo largo de la implementación del proyecto y que me han servido de base y fundamento como propuesta de mejora y líneas de intervención para esta propuesta a implementar durante este año 2017 las preciso con las siguientes conclusiones que presento a continuación:

1. Los padres y los profesores trabajando en equipo a través de una adecuada comunicación benefician considerablemente el éxito del trabajo con los estudiantes con TDAH.

2. Utilizar estrategias diversas y adaptaciones metodológicas diferentes no daña el clima escolar, ni supone ningún problema para el estudiante con TDAH ni para sus compañeros de aula, si se utilizan con normalidad.

3. Minimizar los aspectos atencionales en las evaluaciones favorece considerablemente en la mejora del estudiante, ya que aumenta la confianza en sí mismo del propio estudiante.

4. Las diversas y variadas estrategias que utilizan los profesores para atender las necesidades de los estudiantes con dificultades antes de suponer un mayor trabajo, les ayuda a minimizar sus esfuerzos.

5. Las técnicas y recursos metodológicos que se utilizan favorecen en la mejora académica y conductual de los estudiantes con TDAH y también en el resto de los estudiantes del aula.

6. Cada persona con TDAH es diferente y aunque existan síntomas y características comunes de manera general siempre se deben considerar a dichas personas desde sus peculiaridades y particularidades. No se puede considerar a todas las personas con TDAH como si fueran iguales.

Lo antes expuesto y todo lo recibido a lo largo de mi proceso de formación del Master, me ha servido para poder empaparme de la amplia realidad del trabajo psicopedagógico con los estudiantes, y las grandes herramientas y recursos que brinda esta formación para un trabajo de intervención eficaz que favorezca y ayude a que ninguna dificultad de aprendizaje pueda impedir un normal desarrollo en la vida de los estudiantes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Albert, J., López-Martín, S., Fernández-Jaén, A. y Carretié, L. (2008). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Datos existentes y cuestiones abiertas. *Revista de Neurología*, 47, 39-45.
2. Arco, J. L., Fernández, F. D. e Hinojo, F. J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Intervención psicopedagógica. *Psicothema*, 16 (3): 408 - 414.
3. Ardila, A. y Ostrosky, F. (2012). GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO NEUROPSICOLÓGICO 2.
4. Azucena Díez Suárez, A. Figueroa Quintana, César Soutullo Esperón. (2006) Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, ISSN 1139-7632, Vol. 8, Nº. Extra 8 (Supl.) (Ejemplar dedicado a: El trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) / coord. por Maximino Fernández Pérez), págs. 135-156
5. Barkley, R. A. (1987). *The assessment of attention deficit hyperactivity disorder. Behavioral Assessment*, 9, 207-233.
6. 3
7. Bricklin B, Bricklin P. 1988. *Causas psicológicas del bajo rendimiento escolar*. México: Pax.
8. Campell, O.A. y Figueroa, A.S. (2002). Trastorno del déficit de la atención-hiperactividad (TDAH). *Tópicos de controversia en su diagnóstico y tratamiento. Archivos de Neurociencias* 7 (4): 197-212. México.

9. Cardo, E. y Servera, M. (2008). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Revista de Neurología*, 46 (6): 365 - 372.
10. Díaz Atienza J. Comorbilidad en el TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*. 2006; 6(1): 44 - 55.
11. Díez, A. Figueroa, A. y Soutullo, C. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): Comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 8 (4): 135 - 155.
12. American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
13. Farré, A. y Narbona, J. (2013). EDAH. *Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención o con Hiperactividad*. Madrid: TEA Ediciones.
14. García Castaño, Fernando (2001). *Es TDAH y ahora... ¿qué? Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad: Una guía básica*. San Juan, Puerto Rico: Ediciones Hispalis.
15. Gratch, Luis O. (2003). *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD), Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*. Buenos Aries: Editorial Médica Panamericana.
16. Hallowell, E. M. y Ratey, J. J. (2001). *TDA: Controlando la hiperactividad. Cómo superar el déficit de atención con hiperactividad (ADHD) desde la infancia hasta la edad adulta*. Madrid: Editorial Paidós.

17. Junta de Castilla y León. (2016). *Protocolo de Coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. España: Castilla y León. Segunda edición.
18. Miranda-Casas, A., Grau-Sevilla, D., Meliá, A. y Roselló, B. (2008). Fundamentación de un programa multicomponencial de asesoramiento a familias con hijos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 46 (1): 43-45.
19. Miranda-Casas, A., Presentación-Herrero, M. J., Colomer-Diago, C. y Roselló, B. (2011). Satisfacción con la vida de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Estudio de posibles factores de riesgo y de protección. *Revista de Neurología*, 52 (1): 119- 126.
20. Montañés-Rada, F., Gastaminza-Pérez, X., Catalá, M. A., Ruiz-Sanz, F., Ruiz-Lázaro, P. M., Herreros-Rodríguez, O.,...Rey-Sánchez, F. (2010). Consenso del GEITDAH sobre el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 51,10: 633-637.
21. Orjales Villar, Isabel (2002). *Déficit de atención con hiperactividad: Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE, S.L.
22. Pérez García, M. (2012). *La Evaluación Neuropsicológica*. Focad.
23. Perote Alejandro A, Serrano Agudo R. 2012. *TDAH: origen y desarrollo*. Madrid: Fundación Tomás Pascual.
24. Serrano-Troncoso, E. Guidi, M. Alda-Díez, J.A. (2013). ¿Es el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH. *Actas Esp Psiquiatr*. 41,1: 44 - 51.

25. Tuchman, R. (2000). Tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología Clínica*, 1: 217-226.
  
26. Varios autores (2006) *El alumno con TDAH. Guía práctica para educadores*. Barcelona: Ediciones. Mayo
  
27. \_\_\_\_\_. (2001). *Síndrome de Deficit de Atención con o sin hiperactividad. Estrategia en el aula*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

## ANEXOS

## Anexo 1

### FICHA DE OBSERVACIÓN EN EL AULA

ESTUDIANTE:..... FECHA: .....

DÍA: ..... CURSO: ..... PROFESOR: .....

REFERENCIA	INDICADOR	NOTA
<b>AULA</b>	Ubicación del estudiante en el aula	
	Presencia de elementos distractores	
	Orden y organización del aula	
	Materiales adecuados para el estudiante	
<b>NORMAS</b>	Normas escritas y visibles en el aula	
	Normas conocidas por todos los estudiantes	
	Claridad en las rutinas diarias	
	Consecuencias positivas y negativas ante el cumplimiento e incumplimiento del estudiante	
<b>PROFESOR</b>	Utiliza con el estudiante un lenguaje simple y frases claras	
	Usa material variado para las clases, especialmente material visual	
	Maneja los momentos pedagógicos combinando actividades simples y complejas	
	Incluye actividades variadas a lo largo de la sesión didáctica	



	Se asegura que el estudiante ha entendido las indicaciones, especialmente en torno a las tareas	
<b>ESTUDIANTE</b>	Su lugar en el aula está desordenado y sucio	
	Se olvida su material de trabajo	
	Molesta a sus compañeros y al profesor durante la clase	
	No hace caso a las indicaciones dadas por el profesor	
	Muestra una actitud de rebeldía	
	Tiene problema con sus compañeros (lo dejan solo y nadie quiere trabajar con él)	
	Tiene dificultades para esperar su turno para hablar	
	No respeta las normas	

## Anexo 2

### CUESTIONARIO PARA PADRES DE FAMILIA

**NOTA:** TODOS LOS DATOS INCLUIDOS EN ESTE DOCUMENTO SON TOTALMENTE CONFIDENCIALES.

DATOS PERSONALES	
NOMBRE Y APELLIDOS:	
FECHA DE NACIMIENTO / EDAD:	
SEXO:	
ESTADO CIVIL	
NIVEL DE ESTUDIOS	
PROFESIÓN	
OCUPACIÓN ACTUAL:	
DOMICILIO:	
TELÉFONO:	
CORREO:	

DATOS CLÍNICOS	
¿ENFERMEDAD (ES) ACTUAL?	
¿ALGUN MEDICAMENTO? DOSIS Y FRECUENCIA	
¿PROBLEMAS DE SUEÑO?	
¿TIPO DE EMBARAZO Y PARTO?	
¿ALGUNA DIFICULTAD O PROBLEMA DURANTE EL EMBARAZO?	
¿ALGUNA DIFICULTAD O PROBLEMA DURANTE EL PARTO?	

DURANTE EL EMBARAZO, LA MADRE CONSUMIÓ: ¿ALCOHOL, DROGAS O FUMÓ?	
--	--

<b>DATOS FAMILIARES</b>	
NÚMERO DE HIJOS (AS):	
NÚMERO DE MIEMBROS QUE VIVEN JUNTOS:	
¿ALGÚN DIAGNÓSTICO O ENFERMEDAD EN ALGUNO DE LOS HIJOS?	
¿CONSIDERA USTED QUE ALGUNO DE SUS HIJOS (AS) PODRÍA TENER TDAH? ¿POR QUÈ?	
¿QUÉ SÍNTOMAS CONSIDERA USTED SE DEBERÍAN CONSIDERAR PARA PRESUMIR QUE TIENE TDAH?	
EDAD DE SU HIJO CON POSIBILIDAD DE TDAH	
¿TIENE ALGÚN DIAGNÓSTICO DE TDAH POR PROFESIONALES O ESPECIALISTAS?	
EN CASO DE TENER YA ALGÚN DIAGNÓSTICO, ¿SU HIJO (A) ESTÁ EN ALGÚN TRATAMIENTO ACTUALMENTE?	
¿QUÉ TIPO DE TRATAMIENTO ESTA LLEVANDO?	
¿INCLUYE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO?	
SI INCLUYE UN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, ¿QUÉ MEDICAMENTO O MEDICAMENTOS ESTÁ TOMANDO? ¿CON CUANTA FRECUENCIA?	
¿CUÁNDO INICIO EL TRATAMIENTO	

FARMACOLÓGICO?	
¿INCLUYE TRATAMIENTO PSICOPEDAGÓGICO?	
¿INCLUYE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO?	
¿QUÉ ACTIVIDADES REALIZA SU HIJO (A) CON TDAH?	
¿ESAS ACTIVIDADES LE TRANQUILIZAN O LE ALTERAN?	
ALGÚN OTRO DATO DE INTERÉS QUE DESEE AÑADIR:	

## Anexo 3

### FICHA DE REGISTRO DEL COMPORTAMIENTO DE LA PERSONA CON TDAH EN CASA Y EN EL AULA

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD	SI	ALGO	NO	NOTAS
El estudiante no duerme bien durante la noche. Se queda hasta muy tarde.				
El estudiante no come a las horas indicadas.				
El estudiante no obedece las indicaciones y normas dadas por sus padres.				
El estudiante muestra rebeldía frente a sus padres.				
El estudiante llega al colegio tranquilo.				
El estudiante se ve descansado al iniciar las clases.				
No hay problemas con sus otros compañeros durante el recreo.				
Durante el refrigerio estudiante se muestra inquieto y no come sus alimentos ni deja comer a sus compañeros.				
En los trabajos en grupo el estudiante no participa de manera adecuada.				
El estudiante no presta atención a las indicaciones.				
El estudiante molesta a sus compañeros cuando no se le hace caso.				
El estudiante no obedece las indicaciones del profesor y muestra rebeldía.				
El estudiante falta el respeto en el aula con frecuencia.				
La conducta del estudiante se mantiene estable durante todo el día.				
La conducta del estudiante empeora a mediodía.				
La conducta del estudiante empeora por la tarde.				
Las actividades extracurriculares de la tarde se realizan sin problemas.				
El estudiante no sigue su tratamiento indicado.				

**NOTA:** TODOS LOS DATOS INCLUIDOS EN ESTE DOCUMENTO SON TOTALMENTE CONFIDENCIALES.

## Anexo 4

### FICHA GUIA DE ENTREVISTA PARA EL PROFESOR CON PADRES DE FAMILIA

NOMBRE DEL PADRE DE FAMILIA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

PREGUNTAS	NOTAS IMPORTANTES
¿Su hijo (a) se prepara para iniciar el día? (Se levanta bien, se viste, etc.).	
¿Su hijo (a) muestra responsabilidad al prepararse para el colegio? (arregla su mochila, llega a tiempo, no se olvida de nada, etc.)	
¿Su hijo (a) desayuna bien y con calma?	
¿Su hijo (a) hace sus tareas durante la tarde?	
¿Su hijo (a) ha tenido problemas durante este último mes? ¿Lo ha comentado en casa?	
¿La comida familiar discurre sin problemas?	
¿La cena familiar discurre sin problemas?	
¿Cuánto tiempo pasan ustedes como padres con su hijo (a)?	
¿Su hijo (a) duerme bien durante la noche o se levanta con frecuencia durante la madrugada?	
¿Se queda hasta tarde en la computadora o en la televisión?	
¿Quién ha puesto las normas de convivencia en el hogar durante este último mes?	
¿Su hijo (a) ha mostrado rebeldía en casa durante este último mes?	
¿Le han golpeado o castigado durante este último mes por algo?	
Compartirle al PPF todas las cosas positivas y avances que se ven, así como las cosas que se tienen que seguir reforzando.	

## Anexo 5

### FICHA GUÍA DE ENTREVISTA PARA EL PROFESOR CON EL ESTUDIANTE

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

¿Qué cosas has descubierto de ti durante este último mes?	
¿Qué cosa (s) son las que más te han costado durante es último mes?	
A nivel académico, ¿qué dificultades has encontrado?	
A nivel conductual, ¿te han llamado la atención con frecuencia?	
A nivel emocional, ¿cómo te sientes actualmente?	
En relación a tus compañeros ¿tienes alguna dificultad con alguno (os) de ellos?	
A nivel familiar, ¿has tenido alguna dificultad en casa durante este último mes?	
¿A qué se debió dicha dificultad?	
Compartirle al estudiante todas las cosas positivas que se encuentran desde la perspectiva del profesor y las cosas que debería seguir considerando y reforzando.	