



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 22 – SEPTIEMBRE DE 2009

“TDAH: ABORDAR EL TRASTORNO EN EL AULA”

AUTORÍA AMELIA LLAMAS PÉREZ
TEMÁTICA TDAH
ETAPA EI, EP

Resumen

Si tanto padres, como profesores y en definitiva, la sociedad, nos informamos más acerca del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, podremos ayudar más a que tengan el mismo trato y comprensión que otras personas que tienen otros problemas.

Palabras clave

TDAH

1. CONCEPTO DE TDAH

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno de origen neurobiológico cada vez más extendido. Sus tres síntomas claves son: el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad tanto cognitiva como conductual. Será denominado de trastorno cuando estos síntomas se observen con mucha más frecuencia e intensidad que en el resto de alumnado. Hay que recordar que este trastorno no siempre tiene los mismos síntomas y de igual intensidad. Dentro del TDAH, se diferencian tres tipos de trastornos:

- Trastorno por déficit de atención por hiperactividad subtipo predominante inatento: los síntomas son que no parece escuchar cuando se le habla, que le cuesta ponerse a desempeñar alguna tarea, y que a menudo olvida o pierde cosas. Se distrae con facilidad y acostumbra a valorar cualquier ruido irrelevante, pudiéndose dispersar en actividades de juego o atractivas para él. En el aula pasa desapercibido y se muestra pasivo. No anota deberes en la agenda por lo que olvida hacer los deberes y si los entrega suelen estar incompletos. Evita realizar actividades que requieren mayor esfuerzo o concentración. La presentación de los trabajos es descuidada. Resulta inatento y poco inteligente (aunque no sea cierto), gandul y desmotivado.
- Trastorno por déficit de atención por hiperactividad subtipo predominante hiperactivo-impulsivo: los síntomas más destacados son que se mueve de un lugar a otro sin parar,



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 22 – SEPTIEMBRE DE 2009

moviendo partes de su cuerpo (manos, pies) en exceso, se levanta demasiado de la silla. Interrumpe actividades de la clase, conversaciones, intenta inmiscuirse donde no debe. Responde antes de que se termine de formular la pregunta. Le resulta muy difícil dedicarse a las tareas y habla en exceso. Puede manifestar agresividad y su comportamiento resulta molesto

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado

Hay que tener muy en cuenta que conocer el trastorno ayuda a quien lo padece, lo cual evitaremos situaciones como dejar a estos alumnos al final de la clase sin que nadie le eche cuentas (como en el primer caso descrito) o simplemente dejarlo apartado porque nos supone una gran molestia que no sabemos solventar.

En muchos de los casos, es en la escuela donde se diagnostica el TDAH, por tanto, insisto en la importancia de que los maestros conozcan como manejar la conducta del alumnado con este trastorno, sus dificultades en su aprendizaje y como abordarlas. Por tanto, hay que tener en cuenta como afecta a su rendimiento académico, en su autocontrol, en la relación con los demás, su autoestima, todo lo que sea integrarse de forma plena en el entorno escolar y crecer tanto en conocimientos como en maduración personal.

Se ha comprobado que es posible que la calidad de enseñanza-aprendizaje de estos alumnos mejore, para ello hay que empezar por armarse de paciencia y grandes dosis de empatía.

1.1. EL TDAH EN EDAD INFANTIL.

Es el trastorno con mayor incidencia en la infancia y, según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV), se considera que entre un 3 y un 7% de la población infantil lo presenta en mayor o menor grado. La incidencia de este trastorno suele ser mayor entre niños que entre niñas. Los varones presentan un mayor grado de hiperactividad-impulsividad, muestran conductas molestas, desorden e incluso comportamientos agresivos-compulsivos, no sólo con sus compañeros sino también con su profesor y las hembras presentan más problemas de rendimiento académico, sintomatología ansiosa o depresiva y no acostumbran a mostrar conductas molestas.

El TDAH tiene un alto contenido genético. Aunque el TDAH tiene un origen orgánico, el entorno puede incidir mucho en la mejora de la persona, por ello se insiste tanto en la información y formación a padres y profesores, lo cual favorece su disminución y evita la angustia que puede generar la falta de control.

El niño en esta edad destacará por la dificultad en adquirir buenos hábitos tanto de higiene como académicos. Las tareas de clase las presentará sucias y desorganizadas, a menudo se levantará de la silla, desobedecerá, se distraerá con cualquier cosa, perderá objetos, pegará e insultará.

1.2. El TDAH en la adolescencia.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 22 – SEPTIEMBRE DE 2009

En estas edades es capaz de permanecer sentado, aunque le será difícil seguir las clases, se distraerá jugando con pequeños objetos y moverá manos y pies. La atención será escasa y se mantiene la impulsividad (habla y actúa sin pensar aunque se arrepiente de inmediato. Le faltará tiempo para realizar los trabajos que se le pidan aunque sean a largo plazo. Incapacidad para controlar el tiempo.

2. LOS FACTORES AMBIENTALES EN LA ETIOLOGÍA DEL TDAH

Además de la multiplicidad de genes que parecen estar implicados en el TDAH, parece ser que se suman también factores ambientales. Muchos investigadores consideran que junto a múltiples genes que interactúan entre ellos, la interacción de estos genes con factores ambientales llevaría al desarrollo del TDAH. Entre los factores ambientales se ha señalado: el consumo del tabaco, alcohol o drogas durante el embarazo, complicaciones en el momento del parto especialmente relacionadas con hipoxia que pueden dar lugar a lesiones cerebrales, y a la exposición de altos niveles de plomo durante la primera infancia. También se ha estudiado factores psicosociales como situaciones de pobreza extrema, privación materna y psicopatológica en alguno de los padres (Bradley y Goleen, 2001; Mediavilla García, 2003). Es preciso señalar que ninguno de estos factores por sí solo es necesario ni suficiente para desarrollar el trastorno, sino que sería la interacción entre los factores genéticos y los ambientales la que con mayor probabilidad puede explicar la aparición del TDAH.

3. DIFERENCIAS NEUROANATÓMICAS ENTRE INDIVIDUOS CON Y SIN TDA

Las diferencias que se han estudiado y encontrado son las siguientes:

- Disminución del volumen cerebral, el cerebro de los niños con TDAH es más pequeño.
- Áreas prefrontales del cerebro, la corteza cerebral ha recibido mucha atención debido a que esta región está implicada en el funcionamiento ejecutivo. En personas sin este trastorno, la corteza prefrontal derecha suele ser ligeramente mayor que la izquierda. Esta asimetría parece no darse en niños con TDAH. Siguiendo una metodología novedosa de mayor precisión, recientemente se ha encontrado una disminución del tamaño de dos regiones cerebrales, la corteza prefrontal inferior y la corteza temporal anterior; esta disminución se encontró en los dos hemisferios cerebrales (Sowell, 2003)
- Ganglios basales: son el conjunto de núcleos cerebrales situados en la base del cerebro. Su principal función es la regulación de movimientos, además de otras funciones. Los núcleos que forman los ganglios basales son: núcleo caudado, putamen, globo pálido, núcleo subtalámico y sustancia negra. Varios estudios hablan de alteraciones en el volumen, disminuido, del núcleo caudado en niños con TDAH y de pérdidas de asimetría. Parece que las anomalías en el volumen del núcleo caudado en niños con TDAH desaparecen a partir de la mitad de la adolescencia (Castellanos, 2002). El putamen parece recibir menos flujo sanguíneo en niños varones con TDAH del tipo predominantemente hiperactivo frente a niños con TDAH cuya actividad motora es similar a los niños sin TDAH. También se ha informado de un volumen disminuido del globo pálido (recibe información del caudado y putamen) en



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 22 – SEPTIEMBRE DE 2009

niños con TDAH. El TDAH es el trastorno que con mayor frecuencia aparece tras un traumatismo craneoencefálico en la infancia.

- Cerebelo, es de importancia básica en la coordinación motora de los movimientos, aunque cumple también funciones cognitivas. Uno de los hallazgos más contrastados es la disminución del volumen de los hemisferios cerebelosos, que se mantiene a lo largo de la adolescencia. Castellano y Acosta (2004) proponen que una de las fronteras más prometedoras de la investigación en TDAH tiene que ver con la influencia que tiene el cerebelo en el circuito neuronal entre la corteza, el cuerpo estriado, el tálamo y de nuevo la corteza.

Recopilando se puede decir que varias estructuras cerebrales y su funcionamiento parecen estar alteradas en las personas con TDAH. Destacan la disminución del volumen cerebral total, alteraciones en el volumen y el funcionamiento de las áreas prefrontales del cerebro y de los ganglios basales, concretamente los núcleos caudado y putamen y sus circuitos, y una disminución del volumen del cerebelo.

4. EL TDAH AÑADIDO A OTROS TRATORNOS

La mayoría de los niños con TDAH presentan uno o más trastornos añadidos. En niños predominantemente inatentos su rendimiento en la lectura, cálculo o expresión escrita es inferior al que se espera para su edad. En impulsivos/hiperactivos presentarán sintomatología propia del trastorno negativismo desafiante. Cuando se detecten conductas desafiantes hay que solicitar consulta ya que podría derivar al trastorno disocial o trastorno de conducta. Los problemas más comunes de conducta son las mentiras, los robos, hacer novillos y en menor grado, las agresiones físicas. Suelen tener dificultades en el manejo de sus emociones, como la rabia.

5. PROCESO DE EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

La evaluación y diagnóstico deben contribuir a la explicación y comprensión del TDAH con el objetivo de planificar la intervención más efectiva de cada niño o adolescente y su familia. La evaluación de este trastorno es compleja, sobre todo a edades tempranas, y no existe ningún método ni prueba definitiva que nos determine diagnosticar este trastorno al cien por cien.

Como cuestiones previas para la evaluación del TDAH debemos prestar atención a aspectos como el nivel de desarrollo evolutivo del niño, atender a su cronicidad, ya que el trastorno va a acompañar al niño durante todo el ciclo vital. Otro aspecto a valorar son los distintos contextos de desarrollo en los que el niño se desenvuelve diariamente, ya que nos aportan el grado de ajuste que tiene. De estos contextos parten, sin duda, los primeros signos de alerta, ya que los padres ven como sus hijos empiezan a desarrollar conductas desadaptativas en distintas situaciones.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 22 – SEPTIEMBRE DE 2009

Tanto los padres como los maestros son los que dan la voz de alarma de que algo no va bien. El diagnóstico lo puede realizar un médico (psiquiatra o neuropediatra) o un psicólogo clínico o neuropsicólogo. El pediatra es un pilar fundamental en el diagnóstico y detección precoz del TDAH.

El profesional, lo primero que hará será recabar información de los padres y profesores sobre el comportamiento y rendimiento del niño, haciendo una comparativa a su vez con el resto. El profesional para ello podrá realizar cuestionarios a los padres, maestros y al mismo niño. También podrá pasarle test (inteligencia y otros) al niño para descartar que los problemas de rendimiento escolar o de comportamiento no se deban a otras cuestiones. En este diagnóstico se valorará también la presencia de trastornos asociados.

5.1. Criterios para diagnosticar

Actualmente se utilizan posclasificaciones diagnósticas, la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992), y la propuesta por la Asociación Americana de Psiquiatría, el DSM IV-TR (APA, 2000) que es normalmente la más utilizada, tanto en la práctica diaria como en la investigación.

Para el diagnóstico del TDAH, el DSM IV-TR define dos grupos de síntomas: los que corresponden a la falta de atención y los síntomas que hacen referencia a la hiperactividad-impulsividad. Cada uno de los grupos está compuesto por una serie de criterios que deben ser evaluados para determinar el diagnóstico. De los nueve criterios de cada grupo, se deben cumplir seis o más criterios de ambos grupos, que hayan persistido durante seis meses, con intensidad desadaptativa y que no corresponda al nivel de desarrollo, su aparición se haya producido a una edad temprana, puedan observarse en dos o más ambientes, supongan un deterioro significativo de funcionamiento social, escolar o laboral, y no puedan deberse a la existencia de otro trastorno.

Cuando no se cumplen los criterios por algún motivo, puede diagnosticarse un trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.

5.2. Evaluación

Para ello es necesario un protocolo de evaluación o al menos una propuesta de acercamiento a dicho protocolo. La experiencia nos demuestra que una evaluación no debemos limitarla a una mera cumplimentación de los criterios DSM IV-TR para el trastorno, ya que los síntomas o criterios no predicen los resultados ni una evaluación a largo plazo, no siendo referentes para un tratamiento.

El acierto de los criterios DSM IV-TR radica en que nos permite un acercamiento rápido al trastorno o al riesgo de padecerlo. Por tanto, el principal objetivo es recoger la mayor información procedente de los padres y profesores, para poder determinar qué limitaciones presenta en su funcionamiento.

Debemos utilizar aquellos cuestionarios o test estandarizados que se ajusten mejor a las características del niño que vamos a evaluar y que presenten la mayor validez empírica y fiabilidad posibles.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 22 – SEPTIEMBRE DE 2009

Se partirá de una entrevista inicial a solas con los padres, los cuales los podemos encontrar con un alto nivel de estrés y una gran necesidad de volcarnos el máximo de información posible. Después se recogerá información del niño y profesores, para ello utilizaremos cuestionarios, test estandarizados, entrevistas estructuradas y la observación directa.

En la entrevista con los padres se deberá obtener un historial médico del niño y de la familia, esto nos va a ayudar a detectar o descartar la presencia o no de una patología en alguno de los padres, aspecto fundamental para determinar posteriores intervenciones. Otro aspecto a tener en cuenta es el estilo paterno ya que colaborará en potenciar o paliar los efectos del TDAH en la familia. Y por último habrá que hacer una revisión de los criterios diagnósticos del TDAH, así como la presencia de otras posibles patologías que pudieran coexistir.

Esta información recogida de los padres se completará con la entrega de un cuestionario específico del trastorno en cuestión y un cuestionario de situación del hogar.

Por nombrar algunos de los instrumentos más utilizados para estas entrevistas: ENTREVISTA ESTRUCTURADA BASC (Reynolds, C. y Kamphaus, R., 2004), ASEBA (Achembach y Rescola, 2000; 2001), ESCALAS DE CONNERS REVISADA PARA PADRES (Conners, 2003).

Otra información importante para la evaluación es la que nos aportan los profesores. Se realizará una entrevista en la que se recogerán datos sobre cómo es su conducta en el colegio, su relación con los iguales, su rendimiento académico, etc. Otro aspecto a destacar es el rendimiento escolar, suelen presentar serios problemas de aprendizaje en cuanto a la lectura, la escritura y los aprendizajes matemáticos. Una vez finalizada la entrevista se le propondrá al profesorado un cuestionario de espectro amplio y otro específico de TDAH, así se podrá comparar y contrastar las manifestaciones del TDAH tanto en el contexto escolar como en el familiar.

Alguno de los instrumentos propuestos son: ASEBA (Achembach y Descola, 2000; 2001), ESCALA CONNERS REVISADA PARA PROFESORES (Conners, 2003), CUESTIONARIO SOBRE SITUACIONES ESCOLARES (CSS) (Barkley, Murphy y Bauermeister, 1998)

Al recoger información del niño hay que intentar que éste se acomode a la situación y al examinador, para que pueda dar unas respuestas fiables; se analizará además su funcionamiento adaptativo, su temperamento y otros aspectos de su personalidad, su desarrollo cognitivo, la atención, memoria, lenguaje, las funciones ejecutivas y su rendimiento académico.

Entre los instrumentos propuestos se seleccionarán los que mejor se adapten al alumno y a los objetivos que se tengan propuestos en la evaluación:

La entrevista nos va a permitir conocer al niño, cuál es su percepción del problema, su autoestima, motivación, lo que le resulta más agradable, expectativas y sobre todo cuál es su impresión de las reacciones que observa en los distintos contextos en los que se desenvuelve.

Los test psicométricos, como el WISC-R (Wechsler, 2001), test de CARAS (Thurstone y Yela, 1988), test de memoria: TOMAL. TEST DE MEMORIA Y APRENDIZAJE (Reynolds y Bigler, 2006), otras pruebas neuropsicológicas: TEST DE CLASIFICACIÓN DE TARJETAS DE WISCONSIN (WCST) (Heaton, Chelune, Talley y cols., 2001), TEST DE LA FIGURA COMPLEJA DE REY (Rey, 2003), y



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 22 – SEPTIEMBRE DE 2009

pruebas de rendimiento académico en las cuales hay que valorar aspectos como precisión y velocidad lectora, comprensión lectora y el funcionamiento matemático: TALE (Toro y Cervera, 1995), PROLEC, PEABODY, etc., publicados por TEA (2006).

6. TRATAMIENTO E INTERVENCIÓN

El tratamiento actual más efectivo es el que combina varios componentes, por ello recibe el nombre de tratamiento multidisciplinar, que engloba:

- Tratamiento psicológico: el cual está dirigido no sólo al alumno, sino a padres y profesores también. Este tratamiento informa sobre el trastorno, da estrategias para mejorar la relación alumno-padres, para manejar las conductas del hijo y para aumentar el autocontrol del niño.
- Tratamiento farmacológico: el tratamiento más eficaz es el uso de estimulantes como el metilfenidato que es el fármaco más utilizado. Hay estudios que señalan la eficacia de otros fármacos no estimulantes como la atomoxetina, antidepresivos, ansiolíticos, entre otros, pero su uso es por ahora más limitado.

Suelen ser tratamientos de larga duración. El tratamiento farmacológico es necesario en los niños que padecen TDAH, no cura el trastorno, pero mejora la calidad de vida del niño y de su entorno. En cualquier caso, los fármacos deben ir acompañados de tratamiento no farmacológico, por ello vuelvo a remitirme al tratamiento multidisciplinar; la intervención de los padres, profesores y terapeutas es fundamental.

- Tratamiento psicopedagógico: es para mejorar las habilidades académicas del alumno y su comportamiento en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Es preciso realizar modificaciones metodológicas, se contribuiría de forma directa al desarrollo y mantenimiento de la atención y motivación por las tareas académicas al mismo tiempo benefician al resto del alumnado. Será necesario la implantación de Programas de Inteligencia Emocional, Habilidades Sociales y/o similares.

Además los maestros implicados deberán de obtener formación sobre las diferentes técnicas cognitivo-conductuales existentes, entre las distintas estrategias metodológicas que se pueden adoptar destacan: supresión de todos aquellos estímulos irrelevantes que se puedan controlar y que pueden captar su atención, creando un ambiente estructurado y predecible otorgándole seguridad. El establecimiento de normas para la creación de un clima óptimo en clase. Ubicarlo en un lugar cercano al profesor. Uso de la agenda escolar, donde anotar los deberes diarios o información sobre algún acto o excursión. Tutorías continuadas con las familias. Colocación del alumno junto a compañeros que sirvan de modelo para él. Dinamizar la práctica educativa mediante actividades lúdicas y motivadoras, como por ejemplo, pasatiempos. Refuerzo positivo, economía de fichas, refuerzo negativo, autoinstrucciones, técnica de la tortuga que consiste en favorecer el autocontrol y la relajación ante situaciones estresantes o que le generen rabia.

Todas estas técnicas deberán estar insertas en un clima de cooperación donde prevalezca una actitud positiva.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 22 – SEPTIEMBRE DE 2009

El profesor, cuando le de instrucciones al alumno con TDAH será necesario que exista contacto ocular y proximidad física, para asegurar la atención. Las instrucciones deben ser cortas, concretas, claras y en lenguaje positivo, y si se cumplen serán elogiadas. La explicación en clase de un tema por parte del profesor ha de ser motivador y permitiendo la participación de los alumnos. Las tareas han de tener un formato simple y claro, evitando las tareas largas. Intentar que dónde esté situado el alumno no hay elementos distractores (ventanas, decoración). Y vuelvo a insistir en la importancia de la formación de todos los que estamos en el centro sobre el TDAH, así colaboraremos en el desarrollo máximo de su potencial y nos evitaremos muchísimos problemas que sin la información adecuada no sabremos solventar. Recordemos que el profesor es un modelo para sus alumnos y hay que mostrar siempre una actitud tolerante, paciente y flexible.

Para fomentar el comportamiento adecuado del alumno con TDAH, hay que mirarlo a menudo para asegurarnos que realiza la tarea siempre y cuando se le genere seguridad. Las tutorías individualizadas suelen ser muy prácticas ya que se habla con el alumno diciéndole que se espera de él, cómo se puede mejorar su comportamiento, que se puede cambiar, etc. El refuerzo positivo también es muy utilizada ya que genera autoestima y respeto, se elogia los comportamientos correctos que se están buscando. La extinción que consiste en no atender un comportamiento que no es el correcto, para ello es necesario asegurarse de que no exista ningún factor que refuerce la conducta que queremos extinguir (la risa de sus compañeros). El tiempo fuera consiste en aislar al niño, ya sea en la misma aula o en otra, en un lugar carente de estímulos; se aplicará aproximadamente un minuto por año de edad, una vez finalizado este tiempo se invitará al niño a que se incorpore de nuevo a la dinámica de clase sin hacer ninguna referencia a los sucedido.

7. EL TDAH Y LA BAJA AUTOESTIMA

Hay estudios que demuestran que los niños con TDAH se valoran a sí mismos más negativamente, con más problemas, con sentimientos de inseguridad o baja autoestima. Esto se debe a que reciben con mayor frecuencia una información negativa sobre su comportamiento, se les confunde con niños maleducados, gandules, cometen más errores que los otros aunque se hayan esforzado más y así se sienten indefensos, se encuentran tareas en las que se les exige una atención de la que carecen aumentando así su sensación de frustración. El ser humano evita enfrentarse a situaciones que cuestan o disgustan.

En el aula se intentará incrementar la autoestima, lo primero es aceptar las dificultades que conlleva tener en el aula un alumno con este trastorno, aceptar al alumno en sí tal y como es, valorarle como persona y hacerle sentirse único, ofreciéndole mayor grado de confianza, intentar hablar en lenguaje positivo, mejorando a su vez la comunicación con él, evitar la acusación y la falta de respeto, realizar actividades que fomenten la integración.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 22 – SEPTIEMBRE DE 2009

El profesor es una figura importante en la detección de las primeras señales del trastorno, podrá observar los síntomas y características que definen al trastorno e informar a los padres de una evaluación más especializada.

BIBLIOGRAFÍA

- Cavas Toledo, M. (2006). *Aspectos etiológicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. En F. Salvador Mata (dir.), *Creatividad, ingenio e hiperconcentración: las ventajas de ser hiperactivo (TDAH)*, (75-87). Málaga: Aljibe.
- Cortés Ramos, A. (2006). *Una mirada comprensiva del TDAH: el camino hacia su evaluación y diagnóstico*. En F. Salvador Mata (dir.), *Creatividad, ingenio e hiperconcentración: las ventajas de ser hiperactivo (TDAH)*, (111-124). Málaga: Aljibe.
- DSM-IV-TR (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Gallardo López, B. (2005). *Niños hiperactivos. Causas. Identificación. Tratamiento. Una guía para educadores*. Barcelona: CEAC educación.

Autoría

- Nombre y Apellidos: Amelia Llamas Pérez.
- Centro, localidad, provincia: CEIP San José de Calasanz, Lucena, Córdoba.
- E-mail: pochetta@telefonica.net