

## ABORDAJE DEL TDAH: CONCLUSIONES DEL INFORME DE EDUCADORES

**En la elaboración del Informe han participado los siguientes educadores:**

PARTICIPANTE	FILIACIÓN
Beatriz García (Valladolid)	Orientadora de un centro concertado (infantil-bachillerato) Madre de un niño diagnosticado de TDAH
Andrés González (Madrid)	Profesor de primaria en un centro privado (30 años de experiencia). Profesor de aula y apoyo a alumnos con Trastornos del Desarrollo (TD)
Rocío Lavigne (Málaga)	Doctora en Psicopedagogía. Profesora en el departamento de psicología evolutiva y de educación en la Universidad de Málaga Tesis Doctoral relacionada con el TDAH
Juan Antonio Marín (Murcia)	Profesor de secundaria en un colegio concertado Profesor de bioética en la Universidad Católica San Antonio de Murcia. Diagnosticado de TDAH
Beatriz Mena (Barcelona)	Diplomada en magisterio y psicopedagoga Directora de la Fundación Adana Miembro del grupo elaborador de la Guía de Práctica Clínica sobre TDAH en Niños y Adolescentes.
Gregoria Punzón (Madrid)	Profesora de educación infantil especializada en TD y Trastornos de Lectoescritura (TL). Actualmente profesora de Pedagogía Terapéutica (PT)
Raúl Tárraga (Valencia)	Profesor (grado en educación primaria) en la Universidad de Valencia. Amplia experiencia como maestro de educación terapéutica, de educación especial en centros ordinarios y específicos. Tesis doctoral en trastornos del aprendizaje

## Definición del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

- El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se inicia en la infancia y se caracteriza por un patrón persistente de desatención, hiperactividad e impulsividad.
- Las personas con este trastorno suelen tener dificultades para concentrarse en tareas que requieren esfuerzo, se distraen fácilmente, tienen problemas para permanecer quietos y con frecuencia actúan sin pensar.
- El trastorno tiene más frecuencia e intensidad de lo esperado para su edad e interfiere con las actividades cotidianas.
- **Heterogeneidad del trastorno.** Influye el entorno, el carácter, la personalidad del propio individuo, la posible comorbilidad y el curso evolutivo propio del individuo
- **Subtipos de TDAH, presentación clínica de los subtipos de TDAH:** TDAH-I (subtipo falta de atención predominante), TDAH-HI (subtipo predominante hiperactivo-impulsivo), TDAH-C (combinado) y la última línea de investigación de Russell Barkley donde se menciona el “Sluggish cognitive tempo (SCT)” por la existencia de una alteración atencional y comportamental específica

## Principales conclusiones del Informe del Grupo de Trabajo de Educadores

### 1. ¿Cómo son los alumnos con TDAH?

#### a. Dificultades de atención y concentración

- Problemas en el uso constructivo de la atención a nivel de capacidad para focalizarla y sostenerla, y en su capacidad adaptativa en tareas académicas
- Parecen no escuchar
- Dificultades para organizar tareas y actividades
- Suelen presentar ensoñaciones y abstracciones en sus propios pensamientos
- Se distraen con facilidad ante estímulos irrelevantes
- Mayor riesgo de presentar dificultades de lectura, escritura y/o lectura
- Más difíciles de detectar e identificar especialmente las niñas. Pasan desapercibidos con anterioridad a presentar problemas de rendimiento escolar y es cuando aumenta la exigencia académica y se requiere actividad cognitiva más compleja cuando se detectan
- Más retraído, con problemas de habilidades sociales (puede tener más dificultad para relacionarse)

#### b. Hiperactividad

- Inquietud motora excesiva con grandes dificultades para permanecer quietos y un alto grado de movimientos innecesarios
- Dificultades para respetar el juego normativo, sus propios límites y los de los demás sobre todo en la dimensión espacio-tiempo
- Hablan demasiado y tienen dificultades para organizar las ideas que pretenden transmitir
- Generan demasiado ruido durante actividades tranquilas
- Puede tener o no problemas de inatención y de habilidades sociales
- Lo definen como “el hiperactivo tipo”

#### c. Impulsividad

- Impaciencia y dificultad para aplazar respuestas y/o esperar turno
- Dificultad para cumplir las normas y las limitaciones a pesar de conocerlas
- Interrumpen con frecuencia y dan respuestas precipitadas incluso antes de que las preguntas hayan sido completamente formuladas
- Dificultad para inhibir lo que están pensando y contestan con lo primero que se les pasa por la cabeza
- Inician tareas antes de considerar las instrucciones verbales o escritas
- Actúan sin pensar no evaluando las consecuencias de la conducta
- Presentan respuestas emocionales muy intensas con una baja tolerancia a la frustración
- Pueden mostrarse irritables y ser propensos a perder el control

## Principales conclusiones

- Todos los subtipos presentan problemas de aprendizaje
- Los síntomas deben manifestarse en mayor intensidad o frecuencia que los de su misma edad, además de persistir durante 6 meses a lo largo del tiempo
- El TDAH en el contexto educativo conlleva principalmente un deterioro funcional en la vida del alumno que sufre el trastorno a nivel académico, social y lúdico
- En la detección es muy importante el desarrollo evolutivo del trastorno y el desarrollo integral del niño

## 2. Diferencias entre sexos

Las diferencias también vienen dadas por las características de cada sexo, aunque estas marcadas diferencias se atenúan con la edad.

- **Niño**
  - Más hiperactivos
  - En la adolescencia la impulsividad disminuye
- **Niña**
  - Más inatentas
  - En la adolescencia puede “explotar” el componente hiperactividad e impulsividad
  - Mayor esfuerzo/persistencia lo que conlleva problemas de ansiedad

## Principales conclusiones

- En los niños a partir de 12 años se produce una disminución significativa de la incidencia en cuanto a porcentajes de prevalencia, mientras que en las niñas la tendencia es a mantenerse prácticamente estable en el tiempo
- En las niñas los síntomas son diferentes ya que tienden a formar un cuadro de TDAH con mayor predominio de internalización de síntomas relacionados con depresión, aislamiento, ansiedad y trastornos del humor presentándose acompañado generalmente de sintomatología relacionada con déficit de atención en detrimento de hiperactividad

## 3. Origen/Etiología multifactorial

- **Factores biológicos**

- neuroanatómicos
- neuroquímicos
- genéticos
- **Factores ambientales**
  - Factores socioculturales: niños institucionalizados o hipoestimulados durante un largo período de tiempo, ambiente desfavorecido, estatus socioeconómico bajo, etc.
  - Factores emocionales-afectivos: relación paterno-filial hostil, problemas familiares de carácter crónico y severo, problemas de pareja, abandonos, etc.
  - Factores relacionados con el consumo de tóxicos durante el embarazo: alcohol, FASD, tabaco, drogas, etc.
  - Factores obstétricos perinatales
  - Exposición intrauterina a sustancias como el plomo o cinc

### **Principales conclusiones**

- **Consenso total** en que la base es neurobiológica y presenta un coeficiente de heredabilidad del “0,76” (el 76% del cuadro estaría explicado por factores genéticos) aunque existan otros factores o variables externas de tipo ambiental que son también muy importantes ya que influyen significativamente en el curso y desarrollo de la evolutivo del trastorno.

#### 4. Detección

<b>Comportamiento disruptivo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Problemas de interacción social con sus iguales y conflictos con docentes</li><li>• Incremento significativo de las alteraciones de conducta (Niño que pega, muerde, rompe...)</li><li>• Castigos y pérdida de motivación</li><li>• Rechazo y burlas de los compañeros</li></ul>
<b>Rendimiento académico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sobre todo en los cambios de la etapa de Educación Infantil a Educación Primaria, en el paso de 5º a 6º y el cambio a secundaria</li><li>• Suelen aparecer trastornos del aprendizaje relacionados con la lectura, las matemáticas, la expresión escrita y el lenguaje</li><li>• Desajuste y/o fracaso escolar</li><li>• Aquí los padres empiezan a preocuparse</li></ul>
<b>Problemas interpersonales (autoestima)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Me esfuerzo, pero las cosas no me salen bien</li><li>• Pérdida de autoestima y mayor riesgo de trastornos de ansiedad o del estado de ánimo</li><li>• Miedo al fracaso, frustración y labilidad emocional</li><li>• Empeoran el rendimiento académico y complican la situación</li></ul>

#### Principales conclusiones

- La **hiperkinesia** en niños es una de las **señales de alarma pero no la única**, ya que es de esperar que un niño sea muy movido, se levante...
- Muchos padres (especialmente la figura paterna) **no reconocen el problema hasta que llega un desajuste significativo y/o el fracaso escolar.**
- Realizar una detección precoz y disponer de las medidas necesarias individualizadas permite una mejora hasta en el 80% de los casos.
- Este **patrón se repite con los padres**: Padres desinformados que malinterpretan todo lo que hace su hijo y sólo ven la intencionalidad negativa
- En el **primer ciclo de primaria (1º y 2º primaria)** se detecta rápidamente al niño **hiperactivo**. El niño **inatento** se detecta más tarde al **aumentar las exigencias académicas**
- En todas las etapas educativas es fundamental la **información que llega desde la familia**: No aprende las tareas básicas, niño lento, no acaba nada de lo que empieza...

#### 5. Detección: ¿Cómo trasladan la información?

- **Información**

Los equipos de orientación recopilan información a través del niño y de su entorno más cercano a través de dos fases:

- **FASE INICIAL:** Solicitud de ayuda y establecimiento de condiciones de relación. Preparación de la técnica y establecimiento del problema
- **FASE EXPLORATIVA Y VALORATIVA:** Se diagnóstica el problema y se recoge la información a través de estrategias y técnicas
- El profesor o los padres detectan y el EOEP evalúa y propone tratamiento psicopedagógico y de formación a padres
- Con la información que recogen a través del niño, entorno y cuestionarios emiten un informe que servirá a los padres para ir al pediatra y al especialista clínico.

- **Dificultades**

**Equipos de Orientación:**

- El funcionamiento y las responsabilidades de los equipos de orientación son diferentes entre CCAA.
- Diferencias entre lo que se da en los colegios públicos, concertados y privados.
- Saturación equipos de orientación (pueden tardar 2 ó 3 cursos).
- Necesidad de diagnóstico clínico como requisito indispensable en algunas CCAA para realizar la pre-evaluación

**Incertidumbre padres:**

- Padres que no dan el consentimiento para derivar a los equipos de orientación.
- En los niños más pequeños los padres piden un tiempo prudencial para ver cómo evoluciona el niño.
- La propia incertidumbre entre padre y madre. La madre es la que más interés denota.
- Aceptación del problema, el desconcierto y la desinformación

**Corrientes contrarias:**

- Equipos de orientación o unidades de salud mental formadas mayoritariamente por profesionales de la rama psicoanalista que no aceptan la existencia y realidad del trastorno
- **Tiempo detección:** 2 años hasta establecer un diagnóstico diferencial correcto, los colegios, en muchos casos, no toman medidas específicas hasta que no reciben el informe del equipo de orientación o USMI.

- No existe ningún marcador biológico o psicológico, prueba o test patognómico que confirme la presencia del TDAH
- **Necesidades:**
  - Necesidad de establecer medidas legislativas mediante normativa educativa o protocolos de actuación de obligado cumplimiento
  - Desarrollar modelos psicoeducativos de detección e intervención precoz eficaces para el TDAH
  - Desarrollar programas de formación y apoyo para todos los profesionales y agentes implicados en la detección, el diagnóstico y el tratamiento del TDAH.

## 6. Intervención ¿Cómo trasladan la información?

Tras la detección pueden darse tres situaciones diferentes que hacen variar la intervención:

- **Diagnóstico:** Confirmación diagnóstica de TDAH e informe
- **Diagnóstico por definir:** Valoración de una comorbilidad y/o de otra posible problemática o dificultades en la mayoría de ocasiones relacionadas con trastornos del aprendizaje
- **No diagnóstico:** Al parecer, no existen criterios diagnósticos para TDAH o no se ha sabido diagnosticar correctamente

**Diagnóstico TDAH:** Medidas y orientaciones específicas para el TDAH

**Diagnóstico por definir:** Medidas y orientaciones específicas para el posible trastorno (Ej. Trastornos de aprendizaje: lectura (dislexia), matemáticas, expresión escrita y lenguaje

**No diagnóstico:** NO HAY INTERVENCIÓN por parte del centro, no se pueden tomar medidas específicas. El niño queda a la “buena voluntad” del maestro

### Importancia de la intervención temprana

- Es importante la intervención preventiva el manejo de los problemas atencionales en la escuela **introduciendo cambios en el ambiente físico del aula y adaptaciones en las estrategias instruccionales** dirigidas a dinamizar el proceso de enseñanza-aprendizaje.
- Un abultado número de investigaciones muestran que la severidad de los problemas atencionales en el ciclo de Educación Primaria predice el estatus académico de los estudiantes con TDAH y que a su vez el bajo rendimiento académico predice la pérdida de empleo.

### Adaptación Curricular

- Es una modificación en los elementos curriculares, bien en los de acceso o en los propiamente curriculares (objetivos, contenidos, evaluación, competencias básicas, metodología, estrategias de aprendizaje), que trata de dar respuesta a las necesidades educativas de los alumnos.

Según su significatividad o grado en el que se partan del currículo:

- **Adaptaciones curriculares no significativas**
- **Adaptaciones curriculares significativas**

**Importante el diagnóstico para llevar a cabo este tipo de adaptaciones. En el caso de niños y jóvenes con TDAH suelen ser suficientes con las NO significativas.**

### Principales conclusiones

- Las intervenciones deben ser adaptadas y personalizadas en función de las necesidades individuales y características particulares de cada niño
- Se deben adaptar los maestros a él y no el niño a los maestros
- La intervención en secundaria es más compleja. El niño, aunque tiene un tutor, está en contacto con más profesores que les dan las materias específicas
- Es un proceso continuo con momentos claves como la detección de necesidades específicas o el diseño de propuestas educativas diversificadas que debe ser constantemente supervisado y revisado
- Debe ser dinámica, flexible y definida desde los valores y actitudes de los docentes y desde las propias políticas que impulsa el centro con el objetivo de concretarla adecuadamente para el alumnado con TDAH
- Además del tratamiento farmacológico, el asesoramiento y formación a/de padres, profesores y el mismo niño es fundamental. **Debe existir un equilibrio y coordinación entre las 4 ámbito de intervención.**
- Tan importantes son las estrategias que se enseñan al niño como las que deben recibir los padres y profesores para poder solucionar cualquier problema que pueda surgir en el día a día.

### 7. Tratamiento

- Debe ser multidisciplinar
- Debe estar basado en una valoración global y en un diagnóstico correcto
- Tanto la evaluación, el diagnóstico como el tratamiento deben abordarse siempre desde una perspectiva multidisciplinar en los contextos naturales del niño

**Con el objetivo de disminuir la frecuencia e intensidad de los síntomas cardinales y de la posible comorbilidad psiquiátrica facilitando** estrategias para su control tratando de proporcionar un mayor ajuste al medio, ya que actualmente, no se dispone de un tratamiento curativo para el mismo.

### **Tipos de tratamiento**

- **Tratamiento farmacológico.** Profesionales de la medicina pero debe coordinarse y comunicarse con el resto para ajustes de dosis, control de efectos secundarios...
- Intervención con el niño. **Trabajo** con el niño dotándole de **estrategia y habilidades sociales** como Psicoeducación, Farmacoterapia, Terapia cognitiva conductual
- **Intervención padres.** Trabajo con la familia para dotar a todos los implicados de estrategias en el manejo de estos niños: Psicoeducación, Entrenamiento a los padres, Manejo conductual
- Intervención docente. Trabajo en la escuela para dotar a todos los implicados de estrategias en el manejo de estos niños: Psicoeducación, Apoyo pedagógico, Manejo conductual.

### **8. ¿Qué piensan los educadores del tratamiento farmacológico?**

- Siempre debe ser instaurado por un **profesional de la medicina**
- Demandan la **especialidad de psiquiatría infanto-juvenil**
- Señalan que el **profesional médico que pauté la medicación tiene que tener formación en el trastorno** y “estar cerca”/en contacto con la familia/escuela y escuchar la información que remitan los padres/escuela de cara a ajustes de dosis y conocer cómo evoluciona el niño. Tiene que dar información de la oferta terapéutica en España, qué medicamentos son de primera elección, etc.
- Señalan los **beneficios de la medicación de liberación prolongada** porque permite trabajar bien con el niño (mayor concentración, menos movimiento, interactúan mejor con los compañeros) durante el horario escolar
- Señalan los **miedos que remite la familia por los efectos adversos relacionados con la:** Adicción, crecimiento, peso, alimentación, problemas cardíacos...
- Para los padres es importante la **opinión del profesor** en cuanto al tratamientos farmacológico y a veces ésta **puede ser contraria a lo que recomienda el profesional médico.** En otros casos la información ofrecida por **el profesor puede no ser del todo cierta por falta de información y objetividad**

- Aunque en **general los centros colaboran para que el niño tome la medicación en horario escolar**, hay CCAA donde este compromiso no existe (Castilla La Mancha por ejemplo), de manera que el niño no toma la medicación en horario escolar
- En la adolescencia surge la **controversia entre tomar la medicación abandonarla** ya que pueden tomar la decisión de “querer ser ellos mismos”

## Seguimiento

- El seguimiento profesional que reciba el niño tras el diagnóstico dependerá en mayor medida de las comorbilidades particulares y de las necesidades que presente en función del curso evolutivo del trastorno y de la existencia o no de una posible comorbilidad psiquiátrica
- Demandan del profesional clínico que oriente a los padres también en la toma de decisiones terapéuticas en concordancia con los demás profesionales con el objetivo de facilitar el proceso de toma de decisiones
- Del clínico se espera que sea un coordinador y conocedor de la problemática del trastorno en otros ámbitos (escolar/familiar) con el objetivo de que en cada momento sepa qué decirle a la familia
- Generalmente la comunicación suele ser del educador al psiquiatra y no al revés (no hay vuelta de información). Cuando el profesional sanitario está bien formado o en la sanidad privada esta relación tiende a mejorarse.
- El educador espera un seguimiento más continuo del clínico, sobre todo al inicio del tratamiento tanto para el ajuste de dosis como para otros aspectos de funcionamiento cognitivo y conductual en el contexto escolar a lo largo del proceso, en pro de alcanzar una reciprocidad comunicativa eficaz, en la que se tenga en cuenta la opinión del mismo al ser el ámbito donde el niño pasa mayor tiempo y tiene que poner en marcha mayor número de estrategias cognitivas y comunicativas.

## 9. ¿Qué piensan los educadores de la formación?

- Escasa formación básica a los futuros profesores si se tiene en cuenta que esta patología en el contexto escolar se sitúa entre el 4-7%.
- Actualmente en los 4 años que dura el grado sólo se imparte una asignatura de 6 créditos en el segundo año, donde el TDAH ocupa una parte junto a otros problemas de aprendizaje. Dicha formación debería extenderse al máster que se realiza en el caso de secundaria para el acceso a la docencia en este ciclo
- Es fundamental desarrollar y gestionar adecuadamente una formación continua y permanente de calidad para que los docentes puedan adquirir los conocimientos

necesarios para responder debidamente a las dificultades y necesidades particulares que puedan presentar los alumnos

- Concienciación del colectivo docente que resulte y repercuta positivamente en un cambio de actitud frente al trastorno mediante la implantación de una normativa legislativa o protocolo de actuación de obligado cumplimiento a nivel educativo, sanitarios y social