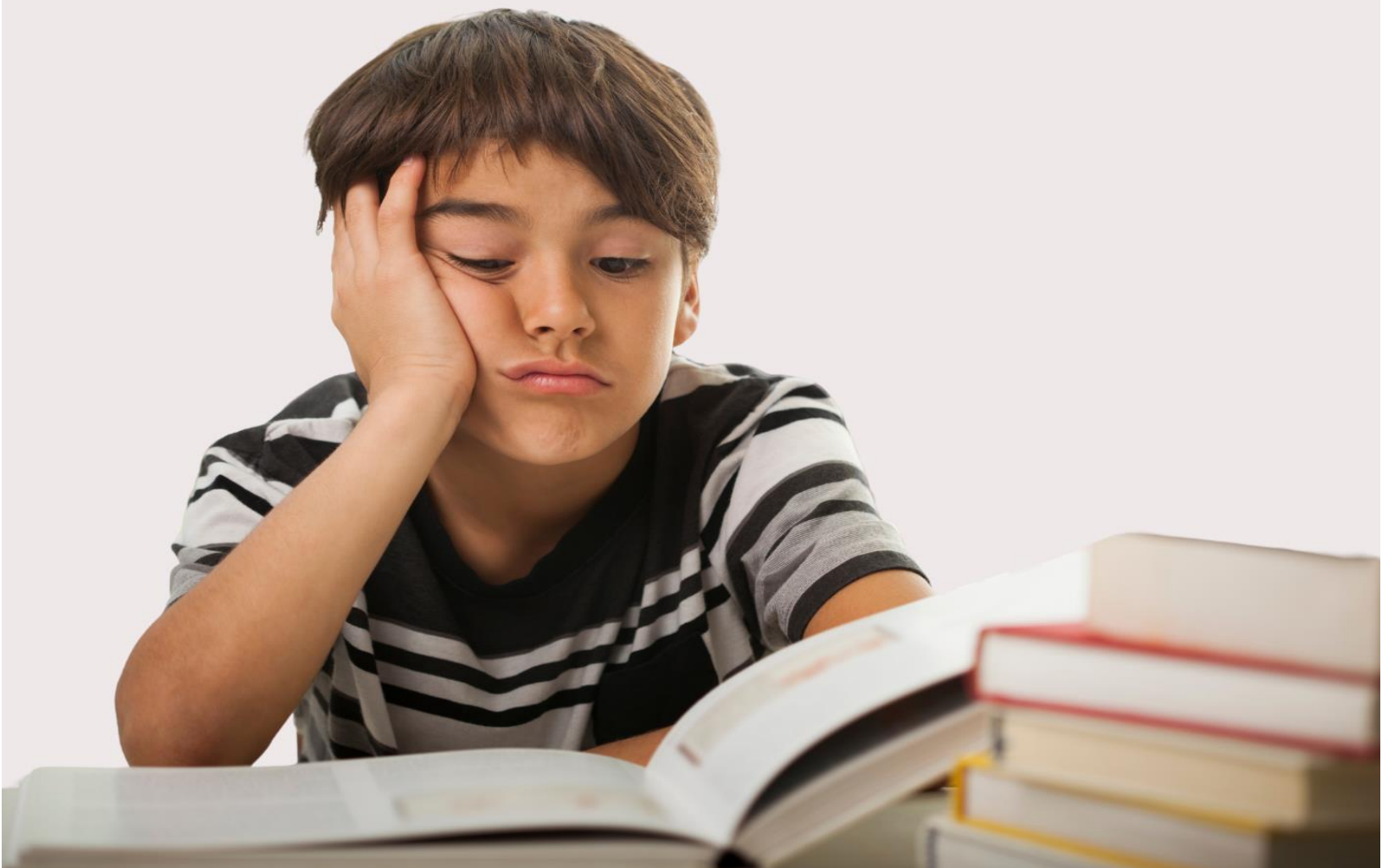


COLECTIVO DE AUTORES

TRASTORNO POR **DEFICIT** DE **ATENCIÓN** CON **HIPERACTIVIDAD**

EN EL ÁMBITO ESCOLAR:
“UNA OPORTUNIDAD PARA TODOS”



Diseño de carátula y edición: D.I. Santa de la Caridad Ruiz Crespo
Dirección editorial: Dr.C. Blas Yoel Juanes Giraud

Autores:

Esther González Quezada
Carmen Gómez Cuenca
Mónica Beatriz Ramírez Lozada
Bernarda González Torres
María Estefani Juca Pañega
Cisna Piedad Ríos Robles
Mariana Janeth Quirola Moreno
Paulina Matilde Escudero-Benavides
Karina Gabriela Rojas Carrión
Michelle Katherine Vivanco Arciniegas

ISBN: 978-9942-567-05-5

Sobre la presente edición:

Copyright © YOL Editorial, 2025
Copyright de Texto © Los autores 2025
Copyright de Edición © YOL Editorial 2025

Reservados todos los derechos. Salvo excepción podrá reproducirse, de forma parcial o total el contenido de esta obra, siempre que se haga de forma literal y se mencione a:

YOL Editorial

Pedro Vicente Maldonado y Vicente Andrade, 2-18, Quito, Ecuador.

<http://www.yoleditorial.com>

E-mail: consejo@yoleditorial.com

La infracción de dichos derechos conlleva sanciones legales y puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.



Esta obra está bajo una licencia internacional. Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0.



CONTENIDO

Índice general

Presentación.....	11
CAPÍTULO I. DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS	13
1.1.1. Objetivos específicos.....	14
1.2. Presentación del caso de Ángel	15
1.3. Análisis del caso clínico de Ángel.....	16
1.4. Proceso de evaluación	20
1.5. Descripción clínica: aclaración conceptual	24
1.5.1. ¿Qué es el déficit de atención?	25
1.5.2. Manifestación del déficit de atención, según su edad	26
1.5.3. Conductas en el déficit atencional	26
1.5.4. ¿Qué es la impulsividad?.....	27
1.5.5. ¿Qué es la hiperactividad?.....	28
1.5.6. Manifestación de la hiperactividad según su edad	28
1.5.7. Formulaciones teóricas: TDA y TDAH, ¿la misma entidad?.....	30
1.5.8. TDAH. Retraso crónico en el neurodesarrollo	30
1.5.9. Las funciones ejecutivas según Brown.....	32
1.5.10. TDA y el TDAH. Comportamientos	33
1.6. Criterios diagnósticos del TDAH	34
1.6.1. Diagnósticos	36
CAPITULO 2. SÍNTOMAS Y PROBLEMAS ASOCIADOS	40
Objetivos específicos	40
2.1. La conducta desatenta.....	41
2.2. La conducta hiperactiva.....	42

2.3. La conducta impulsiva.....	44
2.4. Desarrollo socioemocional del niño con TDAH	45
2.4.1. Funcionamiento cognitivo en el TDAH	46
2.4.2. Dificultades atencionales.....	47
2.4.3. Estilos cognitivos.....	48
2.4.4. Problemas asociados I	49
2.4.5. Problemas asociados II	50
CAPITULO 3. PREVALENCIA, ETIOLOGÍA Y COMORBILIDAD	53
Objetivos específicos	53
3.1. Prevalencia, etiología y comorbilidad	54
3.2. Factores de buen y mal pronóstico	55
3.3. Etiología.....	57
3.3.1. Factores neurobiológicos.....	57
3.3.2. Factores genéticos	58
3.3.3. Factores psicosociales	59
3.3.4. Factores prenatales y perinatales	60
3.4. Comorbilidad	60
3.4.1. Trastorno negativista desafiante (TND)	61
3.4.2. Comportamientos y trastornos asociados	61
3.5. Origen del trastorno	62
3.5.1. Trastorno de ansiedad.....	63
3.5.2. Trastorno disocial/ Trastorno de conducta	64
3.5.3. Comportamientos y trastornos asociados	65
3.6. Trastornos del aprendizaje.....	66

CAPÍTULO 4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	70
Objetivos específicos	70
4.1. DSM-V. Diagnóstico diferencial	71
4.2. Comportamientos propios de la edad	73
4.2.1. Comportamiento negativista.....	73
4.2.2. Trastorno de ansiedad.....	74
4.2.3. Trastornos del estado de ánimo	74
4.2.4. Consumo de fármacos	75
4.2.5. Gilles de la Tourette	75
CAPÍTULO 5. EVALUACIÓN	77
Objetivos específicos	77
5.1. Datos y fuentes de información	78
5.2. Criterios de selección de los instrumentos de evaluación	78
5.2.1. La entrevista clínica estándar y la entrevista diagnóstica estructurada	79
CAPÍTULO 6. TRATAMIENTO	106
Objetivos específicos	106
6.1. Planificación general de la intervención.....	107
6.2. Ámbitos y áreas de la intervención.....	108
6.2.1. Tratamiento del TDAH en niños y adolescentes	109
6.3. Tratamiento farmacológico.....	110
6.3.1. Medicamentos no estimulantes: la atomoxetina.....	112
6.3.2. Tratamiento TDAH	113
6.3.3. Técnicas conductuales en niños y adolescentes con TDAH	114
6.3.4. Refuerzo diferencial de otras conductas (RDO).....	115

6.3.5. Refuerzo diferencial de conductas incompatibles (RDI).....	116
6.3.6. El castigo	119
6.3.7. Técnicas para enseñar nuevas conductas.....	120
6.3.8. Intervención escolar: el papel de los profesores en el tratamiento	123
6.3.9. Fases para la implementación de las autoinstrucciones	130
6.3.10. Técnicas de autocontrol	132
6.3.11. Técnicas de relajación	134
6.3.12. Cómo influye la música en la relajación	136
6.3.13. Práctica de una sesión de relajación	136
6.3.14. Generalización de la relajación	137
Conclusiones.....	157
Referencias bibliográficas	160

Índice de figuras

Figura 1 <i>Proceso de evaluación y diagnóstico</i>	22
Figura 2 <i>Rol de los padres en la intervención en TDAH</i>	23
Figura 1 <i>Terapia conductual para niños con TDAH</i>	114
Figura 2 <i>Refuerzo diferencial de conductas incompatibles (RDI)</i>	117
Figura 5 <i>Castigo</i>	120
Figura 6 <i>Técnicas de relajación en niños con TDAH</i>	134

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Análisis funcional del caso clínico</i>	19
Tabla 2. <i>Análisis diferencial de TDA y TDAH</i>	34
Tabla 3. <i>Ejemplificación de la conducta desatenta</i>	41
Tabla 4. <i>Ejemplificación de la conducta hiperactiva</i>	43
Tabla 5. <i>Ejemplificación de la conducta impulsiva</i>	44
Tabla 6. <i>Factores de buen y mal pronóstico</i>	56
Tabla 7. <i>Características cognitivas y conductuales</i>	60
Tabla 8. <i>Características cognitivas y conductuales del trastorno disocial</i>	64
Tabla 9. <i>Sistemas de evaluación de Niños y Adolescentes</i>	80
Tabla 10. <i>Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (Reynolds y Kamphaus)</i>	81
Tabla 11. <i>Cuestionario de problemas infantiles. Escalas de Achenbac</i>	84
Tabla 12. <i>Cuestionario de situaciones concretas (estilos y estrategias educativas)</i>	84
Tabla 13. <i>Cuestionario de situaciones problemáticas</i>	84
Tabla 14. <i>Escala de evaluación de Conners para padres (CPRS-48) y maestros (CPTR-28)</i>	85
Tabla 15. <i>Escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad</i> .	85
Tabla 16. <i>Escala conductual de funcionamiento ejecutivo para padres</i>	86
Tabla 17. <i>Escala de evaluación para el trastorno por déficit de atención</i>	87
Tabla 18. <i>Escala de autocontrol de Kendall</i>	88
Tabla 19. <i>Escala de autoconcepto de Piers-Harris</i>	89
Tabla 20. <i>escala de depresión para niños</i>	90
Tabla 21. <i>Cuestionario educativo-clínico de ansiedad y depresión</i>	90
Tabla 22. <i>Inventario de depresión infantil de M. Kovacs</i>	91
Tabla 23. <i>Cuestionario de ansiedad estado/rasgo C. D. Spielberger</i>	92

Tabla 24. <i>STAXI-NA: Inventario de ira rasgo y estado en niños y adolescentes</i>	92
Tabla 25. <i>Cuestionario de Auto-Control Infantil y Adolescente</i>	93
Tabla 26. <i>Escala de inteligencia Wechsler para niños</i>	94
Tabla 27. <i>Otras pruebas de inteligencia</i>	97
Tabla 28. <i>Test de colores y palabras</i>	99
Tabla 29. <i>Test de emparejamiento de figuras familiares</i>	99
Tabla 30. <i>Test de percepción de diferencias</i>	100
Tabla 31. <i>Figura compleja de Rey</i>	100
Tabla 32. <i>Test de atención</i>	101
Tabla 33. <i>Componentes de la conducta atencional, valorados a través de las puntuaciones</i>	102
Tabla 34. <i>Test de atención sostenida para niños</i>	103
Tabla 35. <i>Trail Making Test</i>	102
Tabla 36. <i>TALE/TALE</i>	104
Tabla 37. <i>Planificación general de la intervención</i>	107
Tabla 38. <i>Planificación general de la intervención</i>	108
Tabla 39. <i>Ámbitos y áreas de la intervención</i>	109
Tabla 40. <i>Propuesta de modelo de intervención en TDAH Para padres</i>	122
Tabla 41. <i>Propuesta de modelo de intervención en el TDAH en la escuela</i>	124
Tabla 42. <i>Autoinstrucciones</i>	129
Tabla 43. <i>Fases de un entrenamiento en autoinstrucciones</i>	130
Tabla 44. <i>Terapeuta lee la historia de la tortuga a los alumnos</i>	133

Presentación

Esta obra literaria científica está diseñada como un libro de consulta destinado a orientar a educadores, padres y otros profesionales afines. Su objetivo es facilitar la identificación, abordaje e intervención en las dificultades atencionales, el control de impulsos y los problemas conductuales de los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). En la actualidad, una de las demandas más comunes en la práctica docente es atender las necesidades específicas de apoyo, por lo que este libro también resalta la importancia de reconocer el apoyo que brindan diversas disciplinas en el tratamiento del TDAH. El TDAH es uno de los trastornos más estudiados, pero también uno de los más mal diagnosticados en la población infantojuvenil. Diferentes profesionales han cuestionado el diagnóstico de TDAH en muchos niños, quienes a menudo son descritos como inquietos, movidos o simplemente mal educados en entornos tanto públicos como privados.

Teniendo en cuenta esta realidad y centrándonos en los profesionales que trabajan en las escuelas, como maestros y especialistas en las Direcciones de Educación, Ciudadanía y Equidad (DECE), es esencial considerar las características individuales de cada educando. Esto es clave para diferenciar los trastornos de déficit de atención y comportamiento perturbador de otros trastornos que presentan sintomatología similar, así como de conductas propias de ciertas etapas evolutivas que responden a criterios contextuales específicos del entorno escolar. Una vez diagnosticado el TDAH correctamente, es imperativo que los especialistas conozcan las técnicas y programas de intervención que han demostrado ser más eficaces, tanto en el ámbito familiar como escolar.

El contenido de esta obra se organiza en seis capítulos dedicados al TDAH, abarcando la descripción clínica y características diagnósticas, síntomas y problemas asociados, prevalencia, etiología y comorbilidad, diagnóstico diferencial, evaluación y tratamiento. Cada capítulo aborda una problemática específica e incluye actividades centradas en el tratamiento, que forman parte de la propuesta de apoyo. Estas sugerencias servirán como fuente de inspiración para diseñar y aplicar ejercicios adicionales, con el objetivo de promover el aprendizaje en las áreas del conocer, hacer, convivir y ser, adaptándose a las características de los estudiantes con necesidades educativas específicas (NEE) y a los recursos disponibles. Esperamos que este libro sea un recurso práctico y flexible que facilite el desarrollo del trabajo de docentes, profesionales, padres de familia y

TDAH en el ámbito escolar: “Una oportunidad para todos”

estudiantes con TDAH, ayudándoles a superar los desafíos contemporáneos que plantea la actual sociedad del conocimiento.



CAPÍTULO I

CAPÍTULO I. DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS

1.1.1. Objetivos específicos

- Definir la conceptualización básica relativa al Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
- Determinar las principales formulaciones teóricas del TDA y TDAH.
- Exponer los criterios diagnósticos del TDAH.

1.2. Presentación del caso de Ángel

Iniciaremos este capítulo presentando un caso concreto que, por su naturaleza y características, nos permitirá introducir diversos aspectos fundamentales relacionados con el TDAH. A continuación, se describe la situación de este caso: Ángel, un niño de 7 años, llega a consulta acompañado de sus padres, quienes están preocupados por su comportamiento. Los problemas conductuales de Ángel se manifiestan tanto en la escuela como en el hogar. Es el menor de dos hermanos; su hermana Andrea tiene 10 años, y ambos asisten a la misma escuela desde el inicio de su educación. Los padres describen a Ángel como un “volcán”: “está en reposo, pero cuando explota, no lo puedes detener”. No ha habido eventos vitales estresantes recientemente que puedan justificar su actitud; los padres afirman que siempre ha sido así, presentándose como ausente, sin escuchar, y, al interactuar con sus compañeros, no logra controlarse. Según ellos, “es como si se pasara de vueltas; comienza bien, pero lo que empieza como un juego o una broma se convierte en una pelea, en la que no sabe cuándo detenerse”.

El motivo de la consulta son las reacciones agresivas de Ángel, la falta de autocontrol en sus acciones y su comportamiento en clase, que no se limita al exceso de movimiento, sino que también incluye momentos de dispersión, como si no estuviera presente. Presta atención a todo, menos a las tareas que se le asignan; le cuesta mucho iniciar el trabajo, y si son tareas largas que requieren concentración, no las completa. No hace los deberes porque a menudo no los anota, y cuando lo hace en casa, surgen conflictos porque preferiría hacer mil cosas antes que sentarse a realizarlos. Los momentos de mayor conflicto se producen durante el recreo, entre clases, a la hora del comedor y en casa, cuando debe hacer los deberes o cumplir con sus responsabilidades.

En lo que respecta a su historia personal, Ángel nació a término y por parto natural, y la adaptación familiar en los primeros meses de vida fue positiva. Se podría describir como un niño de temperamento lento, que se ha adaptado bien a los cambios en la alimentación y a las rutinas. Sin embargo, desde siempre ha reaccionado de manera explosiva ante situaciones que le generan frustración, con pataletas, llantos y gritos. Ante estas reacciones, los padres a menudo ceden, ya que Ángel es muy insistente y sigue siéndolo. A los dos años, debido a sus reacciones agresivas hacia sus compañeros en la guardería, donde pegaba y mordía a quienes intentaban jugar con él, fue referido al Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP) de la zona. Allí se implementó una intervención familiar y se ofrecieron estrategias para reconducir sus rabietas y

aumentar su tolerancia a la frustración. Sin embargo, la madre comenta que no funcionó del todo, ya que sentía que el enfoque estaba erróneo; “querían tratarme a mí cuando el problema era Ángel. Siempre decían que era culpa mía porque lo consentía”. La intervención en el CDIAP duró menos de cinco meses, tras lo cual los padres decidieron dejar de asistir. A lo largo del tiempo, Ángel ha alcanzado todos los hitos de desarrollo; empezó a caminar con 14 meses. Se lo describe como algo torpe y actualmente presenta poca coordinación motora, lo que le desanima a participar en deportes, además de no seguir el ritmo del juego ni, en ocasiones, las reglas, generando que sus compañeros le griten.

En cuanto al desarrollo del lenguaje, no hay aspectos relevantes que señalar; comenzó a hablar a los 12 meses y no ha experimentado problemas en este ámbito. En términos generales, Ángel es un niño sano y no presenta dificultades médicas aparentes. Sin embargo, muestra mayores dificultades en cuanto a los hábitos de autonomía, especialmente en la rutina matutina: levantarse, desayunar, lavarse, vestirse y salir hacia la escuela. Su madre lo persigue constantemente, ya que parece necesitar orientación continua: si no se le controla, tiende a quedarse parado. A veces se distrae jugando, pero suele permanecer inactivo, como esperando instrucciones. En estas ocasiones, su madre termina gritándole para que se apure y, si no reacciona, le ayuda a recoger sus cosas, vestirse y lavarse. Los padres han intentado asignarle responsabilidades en casa, como recoger sus juguetes, ordenar su habitación y poner la mesa, pero debido a que debían recordárselo constantemente, han optado por hacerlo ellos mismos o pedirle ayuda a la hermana mayor, lo que a menudo genera conflictos entre los hermanos.

1.3. Análisis del caso clínico de Ángel

Ángel, según lo comentan sus padres, ha enfrentado problemas de comportamiento en la escuela desde muy pequeño; en su segundo año de Infantil, cuando se enojaba, agredía a sus compañeros mordiendo. Su conducta lo llevó a ser castigado frecuentemente y aislado del grupo, sin prestar atención a las explicaciones de los profesores. Esta situación contribuyó a que adquiriera la fama de "pegón", generando tensiones en las relaciones con sus compañeros de clase y con sus padres, quienes comenzaron a evitar invitar a Ángel a fiestas de cumpleaños. Esta dinámica colocó a la familia en una posición incómoda respecto a la escuela y al grupo de compañeros.

Actualmente, la conducta de Ángel, aunque menos agresiva, sigue siendo disruptiva. En clase, parece que nunca presta atención; cuando realizan ejercicios, él siempre está por detrás de sus compañeros, como si operara a una velocidad inferior. Se distrae fácilmente y en más de una ocasión parece no captar el contenido de las instrucciones que recibe. Cuando esto ocurre, comienza a observar el trabajo de sus compañeros para intentar descifrar qué debe hacer; si tiene la posibilidad, copia sus tareas, y si no se lo permiten, empieza a molestarlos. No es capaz de preguntar al profesor de manera espontánea qué debe hacer y solo menciona que no sabe cumplir con la tarea cuando el docente le pregunta por su falta de trabajo.

Ángel suele olvidar el material en casa, a menudo no anota los deberes en su agenda y, cuando lo hace, puede dejarla en clase. La tutora ha decidido sentarlo solo para evitar distracciones y, sobre todo, para que no interrumpa a sus compañeros. La mayoría de las jornadas, se queda sin recreo porque no ha terminado los ejercicios en clase, y ha tenido que llevar trabajos a casa en varias ocasiones. Cuando se queda sin recreo, su actitud se torna aún más problemática; parece desinteresado. La profesora señala que le advierte que, si no completa su trabajo en clase, no podrá salir al recreo, pero da la impresión de que no aprende de esta advertencia, ya que no hace el esfuerzo por terminar y luego se enoja cuando se le informa que no puede salir al recreo o que debe llevar los ejercicios a casa.

Su comportamiento carece de funcionalidad aparente: se levanta, toma el material de sus compañeros y toca objetos en las estanterías, no porque realmente necesite algo, sino porque parece que se activa sin poder apagarse. En términos de aprendizaje, todos coinciden en que Ángel podría rendir más de lo que lo hace; no presenta problemas significativos y sigue el ritmo de la clase. Sin embargo, su constante distracción afecta sus resultados académicos. Le cuesta iniciar los trabajos; cuando acaban de explicar la tarea, él todavía busca la página. Al leer, salta líneas, omite letras y termina palabras sin leerlas, lo que puede cambiar el significado del texto. Su lectura es mecánica, entrecortada y silábica; su lentitud lo lleva a perder el hilo de la lectura, dificultando su comprensión.

Recientemente, se observan signos de tristeza en Ángel; se queja a menudo de no poder realizar las tareas, de que siempre lo culpan por lo que hacen los demás y de no poder jugar con sus compañeros porque debe quedarse en clase haciendo ejercicios. Además, cuando finalmente puede unirse a sus amigos, ya no le permiten jugar.

En casa, la relación con sus padres y su hermana es tensa. Los conflictos con su hermana son constantes; ambos se buscan y se provocan mutuamente. Ángel no sigue las instrucciones ni cumple con las normas establecidas y, a menudo, cuando él no obedece, su hermana también lo hace, lo que lleva a los padres a regañarlo por no hacer y por “provocar” que su hermana no quiera cumplir con sus responsabilidades. Le cuesta mucho ponerse a hacer los deberes; después de una ardua insistencia, los padres logran que se sienta a realizarlos, pero rara vez permanece concentrado por más de diez minutos. Se levanta constantemente para buscar agua o comida, para encontrar lápices o para hacer preguntas innecesarias. Reclama que alguien esté con él y necesita confirmación continua de lo que está haciendo.

Respecto a sus rutinas diarias, tiene dificultades para llevarlas a cabo de manera autónoma; es necesario perseguirlo para que se lave los dientes, se asee, se vista o se prepare para ir a la cama. Sin embargo, si alguien está con él y le indica lo que debe hacer, es capaz de cumplir con estas tareas. Los padres están preocupados porque el próximo ciclo escolar representará un reto, ya que Ángel debe haber adquirido una base sólida de trabajo y hábitos. Lo perciben inmaduro, poco constante, disperso y demasiado inquieto. En casa, cuando no logran que se vista rápidamente, la madre termina vistiéndolo; se encarga de preparar el desayuno y lo persigue si es necesario, porque no quiere que se vaya a la escuela sin haber comido. También se asegura de que tenga todo lo que necesita para el colegio, anticipándose a sus olvidos. Cuando se trata de los deberes, la madre insiste en que debe hacerlos solo, afirmando que ya es mayor. No obstante, cuando se siente muy frustrada, se sienta con él para ayudarse a finalizar las tareas antes de que llegue el padre. Según el padre, parece que le dicta las respuestas; pierde la paciencia y prioriza que termine los deberes, sin enfocarse demasiado en cómo lo hace.

Una vez que ha completado la tarea de casa, surge el siguiente reto: la ducha. Ángel nunca desea ir a bañarse y sus padres deben buscarlo para que entre al baño. La situación se complica nuevamente cuando le piden que se enjabone el pelo, ya que se niega a salir del agua, lo que a menudo desencadena una cadena de disputas que se extienden luego a la cena. Come lentamente, se distrae con la televisión, es selectivo con la comida que le preparan y, a menudo, se dispersa debido a su hermana; en ocasiones, las cenas pueden prolongarse durante un par de horas, ya que se levanta, interrumpe la comida o, si lo castigan, se envía a su habitación y termina por no querer cenar.

Los padres expresan que en estos momentos se sienten abrumados. Cada día enfrentan algún tipo de enfrentamiento o conflicto, lo que crea un ambiente tenso en casa. La tolerancia hacia los comportamientos de Ángel es muy baja en la actualidad, y sienten que necesitan ayuda profesional para poder afrontar esta situación. Sus hábitos de estudio, rutina diaria y relaciones familiares son fuentes de preocupación constante para ellos. Buscan estrategias que les permitan mejorar la dinámica familiar y ayudar a Ángel a desarrollar habilidades que le permitan manejar su comportamiento de manera más efectiva, tanto en casa como en la escuela. La sensación de desesperación ha aumentado a medida que los padres intentan establecer orden y estructura en la vida de Ángel, enfrentándose continuamente a la falta de respuesta positiva de él.

Es evidente que Ángel necesita apoyo adicional para poder sobrellevar sus dificultades. La familia está interesada en buscar orientación profesional que les brinde herramientas para gestionar el TDAH de manera adecuada y mejorar la calidad de vida de todos los miembros en el hogar. Cuentan con la esperanza de que, con la intervención adecuada, Ángel pueda superar sus desafíos y desarrollar mejor sus capacidades, tanto académicas como sociales.

Tabla 1.

Análisis funcional del caso clínico

Aspecto	Detalles
Antecedente: ¿Qué pasa antes?	Falta de instrucciones claras. Llamadas de atención por parte de su madre. Distracción con estímulos externos. Intervención repetitiva de la profesora y madre.
Organismo	Ángel, 7 años. Varón, inquieto, introvertido. Temperamento difícil.
Respuesta: ¿Cómo se comporta?	Motora/Conductual: En casa: No presta atención, necesita supervisión constante. En el colegio: Se distrae, no sigue instrucciones, molesta a compañeros. Emocional: Frustrado, triste.
Reacción del entorno: ¿Qué pasa después?	Madre: Está constantemente vigilándolo, interviene y hace ajustes inmediatos. Profesora: Separa a Ángel de sus compañeros para minimizar distracciones.

Nota. Elaboración propia.

1.4. Proceso de evaluación

El proceso de evaluación comenzó con entrevistas clínicas realizadas a los padres, la tutora y Ángel. A partir de la información recopilada, se plantearon varias hipótesis de trabajo: problemas atencionales, conductuales, pautas educativas inadecuadas, problemas de aprendizaje y emocionales. Para confirmar o refutar estas hipótesis, se utilizaron diversas pruebas diagnósticas. Con los padres, se aplicaron las siguientes evaluaciones: BASC-P2, CPRS-48, la Escala de TDAH de McCarney y un cuestionario de situaciones concretas. Para la tutora de la escuela, se utilizaron las pruebas BASC T-2, CTRS-28 y la Escala de TDAH.

En el caso de Ángel, se aplicaron una serie de pruebas, como el BASC S-2, ESPQ (Cuestionario de personalidad en niños), CECAD (Cuestionario escolar de ansiedad y depresión), WISC-IV (Escala de inteligencia de Wechsler) y el Test de la figura compleja de Rey para evaluar visoconstrucción gráfica y memoria visual. También se usaron la Tarea de Stroop para medir la velocidad lectora, atención selectiva, atención alternante e inhibición de la respuesta automática, el D2 para evaluar atención continuada y selectiva y mantenimiento de la conducta, el MFF-20 y el CSAT. Estas evaluaciones permitieron obtener un diagnóstico más completo y preciso sobre las dificultades de Ángel.

Según los resultados obtenidos de las diversas pruebas, los padres de Ángel coinciden en describir la presencia de comportamientos agresivos, problemas de conducta y dificultades atencionales. Estas dificultades se manifiestan tanto en el entorno familiar como en el escolar, afectando las relaciones interpersonales del niño y sus resultados académicos. Las deficiencias observadas en habilidades sociales y liderazgo, por debajo de lo esperado para su edad, indican la necesidad de implementar un entrenamiento en estas áreas, así como en las habilidades cognitivas necesarias para la resolución de problemas, que incluyen la generación de soluciones, la formulación de sugerencias y la toma de decisiones.

Es importante destacar que estas dificultades pueden estar relacionadas con el grado de impulsividad que presenta Ángel. Las puntuaciones significativas de severidad elevada en la escala de TDAH, como se evidenció en los informes de los padres y la tutora, se confirman con los resultados altos en el Cuestionario de Conners. Estas puntuaciones reflejan una severidad moderada en impulsividad-hiperactividad, problemas de conducta y aprendizaje, así como en el índice de hiperactividad.

Respecto a las estrategias y estilos educativos de los padres, los datos indican que la madre se sitúa en un 33% y el padre en un 47%. Sus estilos son incoherentes entre ambos y no coinciden en la aplicación de pautas ante situaciones similares, lo que complica aún más la respuesta de Ángel ante las consecuencias de su comportamiento. Resulta esencial capacitar a los padres en estrategias educativas adecuadas, incrementar el refuerzo positivo y el modelado para el aprendizaje de conductas, así como fomentar los hábitos de autonomía apropiados para su edad.

Los resultados de la evaluación reflejan que Ángel, en su autoinforme de conducta, reporta problemas en el entorno escolar y poco grado de satisfacción, además de presentar sintomatología ansiosa con un locus de control externo. El ESPQ revela un perfil de personalidad que fluctúa entre lo reservado y lo distante, mostrando características emocionales afectadas, excitabilidad, impaciencia, hiperactividad y, en ocasiones, comportamientos dominantes, agresivos y obstinados. A pesar de estas características, también es sensible a la amenaza y, especialmente, al refuerzo. Cuando recibe un refuerzo continuo, es capaz de mostrar una actitud más positiva hacia su entorno, del que espera constantemente confirmación sobre su comportamiento de acuerdo a las expectativas adultas. Sin embargo, se siente inseguro, culpable y tenso ante la frustración que le genera que las tareas o relaciones interpersonales no se desarrollen como desea. Esta impulsividad en su forma de actuar lo lleva a experimentar ansiedad en respuesta a acontecimientos vitales.

El comportamiento de Ángel no se justifica por su capacidad cognitiva, que se sitúa dentro del intervalo normal, con un CI total de 108. Las puntuaciones desglosadas por áreas son las siguientes; comprensión verbal (110), razonamiento perceptivo (107), memoria de trabajo (99) y velocidad de procesamiento (103). Estos resultados sugieren que, aunque su capacidad cognitiva es adecuada, su comportamiento está más influido por factores emocionales y conductuales que por limitaciones intelectuales.

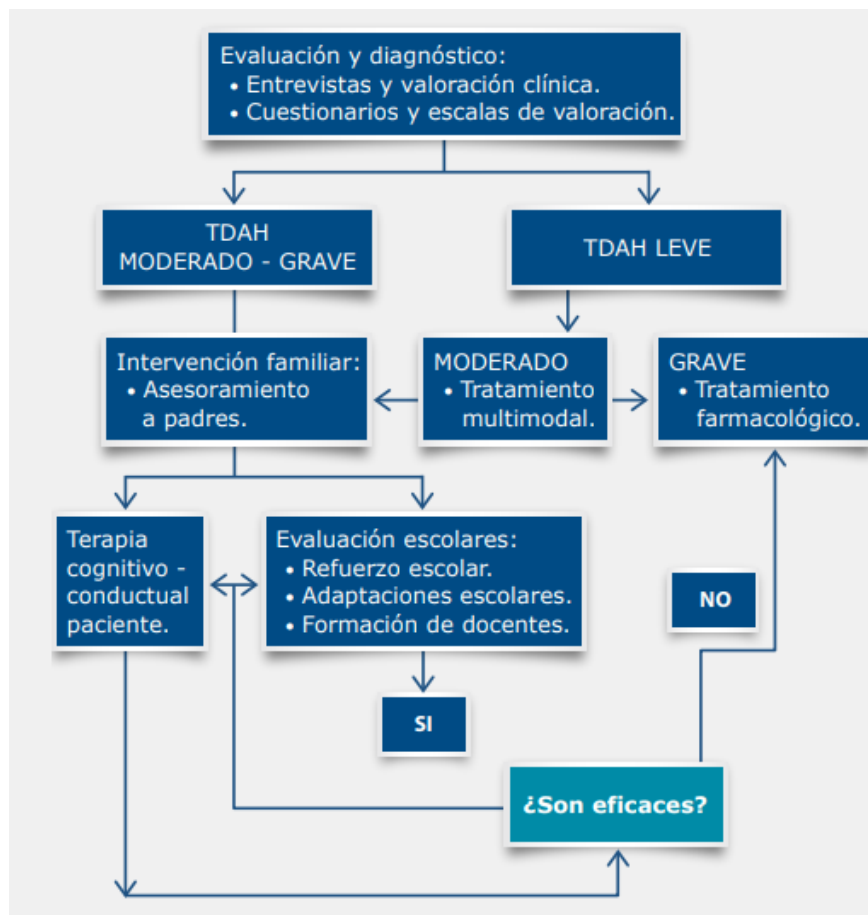
Las puntuaciones más bajas de Ángel se registran en los subtests de dígitos, aritmética, claves, búsqueda de símbolos y figuras incompletas. En cuanto a las funciones ejecutivas, su capacidad atencional se encuentra por debajo de lo que sería esperado para su edad cronológica y su capacidad cognitiva general. Las dificultades son más evidentes en situaciones que requieren el inicio y mantenimiento de conductas en tareas monótonas.

TDAH en el ámbito escolar: “Una oportunidad para todos”

Específicamente, las dificultades de Ángel en las funciones ejecutivas se centran en la atención mantenida y selectiva, así como en una rigidez cognitiva que le impide adaptarse a diferentes requerimientos. Además, presenta problemas para mantener la conducta durante tareas que requieren un esfuerzo sostenido, como lo señala el CSAT. Su estilo cognitivo se muestra reflexivo y eficaz cuando recibe la información de manera visual, según indica el MFF-20; sin embargo, cuando se le piden tareas de planificación u organización, su enfoque es irreflexivo y poco efectivo, optando por un método de ensayo-error en lugar de razonar lógicamente y buscar soluciones adecuadas.

Figura 3

Proceso de evaluación y diagnóstico



Plan de estudios del Máster en Psicopedagogía (Universidad TECH, 2024)

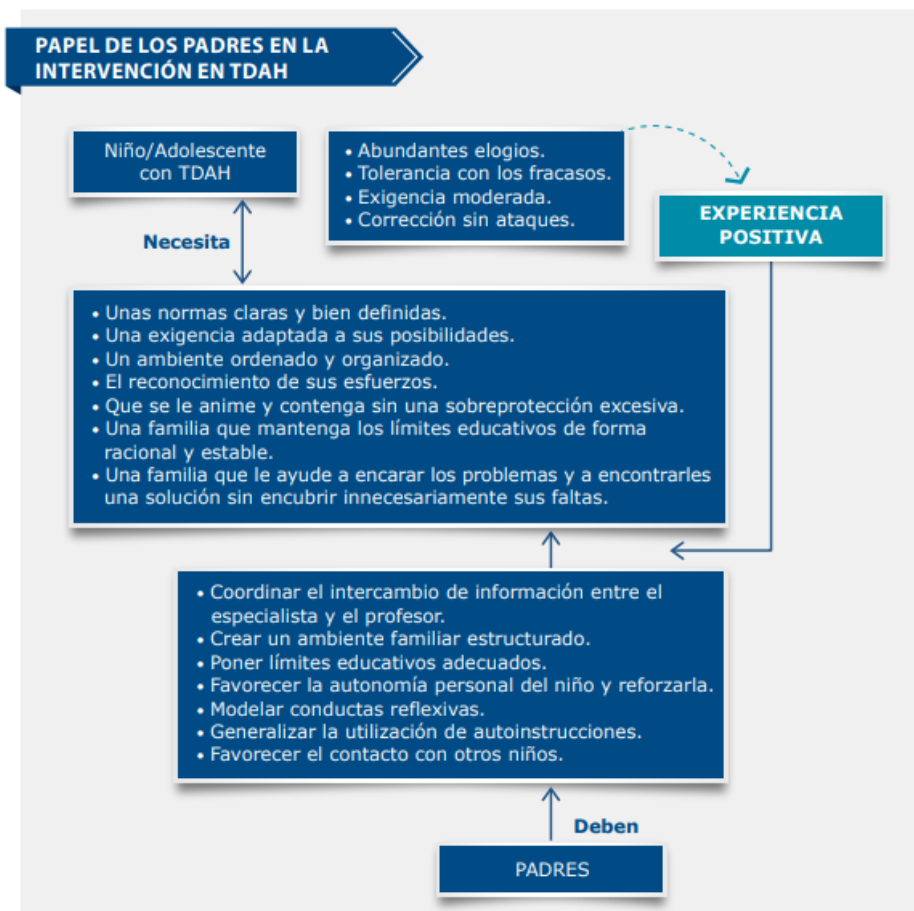
A nivel emocional, Ángel enfrenta problemas relacionados con su actitud hacia la escuela y la presión que siente, lo cual se articula con su perfil de personalidad. Se presenta como un niño

TDAH en el ámbito escolar: “Una oportunidad para todos”

reservado, emocionalmente afectado, taciturno, tímido y cohibido, lo que conlleva a dificultades en su integración social. Tiende a preocuparse excesivamente y evita situaciones que potencialmente pueden generarle dificultades. Estas circunstancias, junto con su propensión a la ansiedad, producen que las dificultades derivadas del déficit atencional sean más severas de lo que cabría esperar, a pesar de los resultados de las pruebas específicas. Teniendo en cuenta los resultados de las evaluaciones y la información recopilada de los diversos informantes, se concluye que Ángel cumple con los criterios diagnósticos para un Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), específicamente el subtipo combinado (F90.0, 314.01).

Figura 4

Rol de los padres en la intervención en TDAH



Plan de estudios del Máster en Psicopedagogía (Universidad TECH, 2024)

1.5.Descripción clínica: aclaración conceptual

La nomenclatura del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) ha evolucionado a lo largo del tiempo, alcanzando su forma actual en el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2014), elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría. Este manual clasifica el TDAH como un trastorno del neurodesarrollo, destacando tres presentaciones: (1) predominio del déficit de atención, (2) predominio hiperactivo-impulsivo y (3) combinación de ambos. El DSM-5 mantiene la integración de los tres grupos de síntomas en su definición, donde la desorganización emerge como un componente central en la manifestación clínica del TDAH, especialmente en adultos, lo que podría considerarse un cuarto dominio clínico (Barkley, 2015). Es esencial que los síntomas se presenten antes de los 12 años para cumplir con los criterios diagnósticos (American Psychiatric Association, 2013).

A lo largo de su historia, los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad han permanecido constantes en las distintas clasificaciones, aunque la relevancia asignada a cada uno ha variado (Nigg, 2017). Inicialmente, la hiperactividad era considerada el síntoma principal; posteriormente, el déficit de atención adquirió mayor importancia. Actualmente, la investigación y la práctica clínica defienden la autonomía diagnóstica de los trastornos de déficit de atención (TDA) y TDAH, con el fin de evitar la confusión generada por la interrelación de sus etiquetas diagnósticas, especialmente dado que el TDA, bajo la nomenclatura actual del DSM-5, sigue estando relacionado con la hiperactividad (Barkley, 2014).

El TDAH se caracteriza por niveles disfuncionales de inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad (American Psychiatric Association, 2013). La inatención y la desorganización se manifiestan como dificultades en la finalización de tareas, aparentando que el individuo no escucha y experimentando pérdida de materiales en una medida desproporcionada a su edad y nivel de desarrollo (Barkley, 2015). La hiperactividad-impulsividad se refiere a una actividad motora excesiva y a la incapacidad para esperar, también desmesurada en relación con la edad y el desarrollo (American Psychiatric Association, 2013). Aunque los síntomas del TDAH emergen en la infancia, tienen la capacidad de persistir durante la adolescencia y en la vida adulta, manifestándose en diversas áreas, incluidas la escolar, familiar, actividades extracurriculares, laboral y social (Faraone et al., 2015). El diagnóstico y la intervención temprana son fundamentales para la adecuada gestión del trastorno (Miller et al., 2017).

1.5.1. ¿Qué es el déficit de atención?

La atención puede definirse como el proceso de focalización de la conciencia, cuya función principal es seleccionar información relevante mediante el uso de filtros que desestiman estímulos irrelevantes (Posner y Petersen, 1990). Este proceso se desglosa en tres componentes fundamentales: el enfoque, que se refiere a la capacidad de dirigir la atención hacia un objeto o estímulo específico; la selección, que implica centrarse en aquellos aspectos que captan nuestra atención, facilitando el procesamiento de la información relevante; y el sostenimiento, que consiste en mantener la atención sobre un estímulo o tarea el tiempo necesario para su adecuado procesamiento (LaBerge y Samuels, 1974).

El déficit de atención se manifiesta como una dificultad para sostener la atención durante períodos determinados, lo que conlleva problemas en la memoria a corto plazo (Barkley, 2015). Estas dificultades se traducen en experiencias comunes relatadas por los padres de niños con déficit atencional. Por ejemplo, mencionan que sus hijos “parece que todo el día funcionan a cámara lenta, no terminan lo que empiezan, e inician mil juegos sin finalizar ninguno” (Barkley, 2014). Otros padres expresan que “nunca escuchan; es como si en ciertos momentos no oyeran, aunque captan todo a su alrededor, y luego no pueden explicar qué han visto ni qué han oído” (Faraone et al., 2015). También suelen indicar que “es poco probable que recuerden todas las tareas que deben realizar; a pesar de que se les recuerda y se les anota, frecuentemente resulta en que les faltan deberes” (Miller et al., 2017).

Estos comportamientos son representativos del déficit de atención, aunque es importante reconocer los matices que los distinguen y que están relacionados con el desarrollo evolutivo del niño. Como se demuestra en el esquema subyacente, las conductas atencionales evolucionan conforme los niños crecen (Barkley, 2015). En términos generales, que un niño presente despistes o dificultades para mantener la atención en tareas monótonas no constituye necesariamente un problema, ya que, típicamente, la habilidad para focalizar atención se incrementa y regula con el tiempo (LaBerge y Samuels, 1974). Sin embargo, en el caso de los niños diagnosticados con TDAH, este desarrollo no sigue la misma trayectoria, lo que puede dar lugar a dificultades persistentes en la atención a lo largo del tiempo (American Psychiatric Association, 2013).

1.5.2. Manifestación del déficit de atención, según su edad

En los preescolares, los síntomas del déficit de atención se manifiestan a través de hipoactividad y lentitud, dificultades para mantener la atención en tareas monótonas, la impresión de no escuchar y un cambio constante de actividad, lo que dificulta su implicación en tareas presentadas (Barkley, 2015). A medida que los niños crecen, este cuadro evoluciona y se presentan nuevos retos. Los niños en edad escolar suelen encontrar complicado ordenar sus tareas y responsabilidades, tienen dificultades para iniciar actividades, además de distraerse fácilmente con estímulos externos. Su atención es insuficiente para mantener en mente la secuencia de sus tareas, lo que a menudo resulta en la pérdida y el olvido de objetos importantes, así como en la incapacidad para escuchar cuando se les habla, contribuyendo al olvido de sus rutinas diarias (Faraone et al., 2015).

En la etapa de la adolescencia, los jóvenes enfrentan desafíos adicionales. Les cuesta seleccionar información relevante y mantener la atención en tareas prolongadas o complejas. Una de las manifestaciones más comunes es el olvido de plazos y fechas importantes, como la presentación de trabajos y deberes (Biederman et al., 2006). Además, la falta de interés y motivación puede aumentar su tendencia a despistarse (Nigg, 2017). Por último, una característica significativa del déficit de atención es la dificultad que encuentran para planificar y organizar de manera efectiva sus actividades, lo que repercute en su rendimiento académico y en la gestión de su vida diaria (Miller et al., 2017).

1.5.3. Conductas en el déficit atencional

Los niños que presentan déficit atencional suelen exhibir una serie de conductas características. Entre ellas, destaca la incapacidad para terminar las tareas que comienzan, así como la frecuente comisión de errores por descuido (Barkley, 2015). A menudo, estos niños no logran centrarse en los juegos, lo que demuestra su dificultad para mantener la atención en actividades lúdicas. Además, parece que no escuchan cuando se les habla y presentan obstáculos significativos para organizarse adecuadamente (Faraone et al., 2015). Es común que los niños con déficit de atención eviten las tareas que requieren un esfuerzo considerable, se distraigan con facilidad ante estímulos irrelevantes y pierdan objetos importantes (Barkley, 2015). Su descuido también se manifiesta en la calidad de sus trabajos y actividades, lo que contribuye a un rendimiento académico inconsistente (Miller et al., 2017).

El deterioro en la atención se manifiesta en dos aspectos principales: la atención selectiva y la atención sostenida. En cuanto a la atención selectiva, estos niños tienen dificultades para identificar y seleccionar los estímulos relevantes entre varios que aparecen simultáneamente. Respecto a la atención sostenida, no logran mantener su atención de forma continua en actividades que son monótonas o que requieren un esfuerzo prolongado (Posner & Petersen, 1990). Por lo general, son niños dispersos que se distraen fácilmente por cualquier estímulo irrelevante y, ante las instrucciones, mensajes o tareas que reciben, les resulta complicado establecer un orden de prioridad para su ejecución (Biederman et al., 2006).

1.5.4. ¿Qué es la impulsividad?

La impulsividad se define como "un rasgo multifacético caracterizado por la tendencia a actuar sin una planificación adecuada, a menudo con consecuencias indeseables" (Evenden, 1999). Se caracteriza por una falta de control de los impulsos que dificulta tanto el autocontrol motriz como emocional en el niño. Estas manifestaciones impulsivas se presentan tanto en el ámbito cognitivo como en el comportamiento, haciendo que el niño actúe sin pensar y sin ser capaz de evaluar las consecuencias de sus acciones, guiándose principalmente por la búsqueda de recompensas inmediatas y viviendo en el presente.

Los padres de niños con dificultades impulsivas a menudo comentan situaciones reveladoras. Por ejemplo, expresan que "es como si no fuera capaz de pensar ni escuchar; antes de que pueda advertirle del peligro, él ya ha ido". Estas observaciones parentales son consistentes con los hallazgos de Barkley (1997), quien señala que "los niños con problemas de impulsividad muestran dificultades significativas en la inhibición de respuestas y en la consideración de consecuencias futuras".

Las manifestaciones de la impulsividad varían según la edad del niño. En preescolares, se observan comportamientos muy activos e imprudentes, corriendo sin parar y cambiando de juego sin razón aparente. En los niños, la impulsividad se traduce en acciones irreflexivas, verbalizaciones inapropiadas y una dificultad para obedecer órdenes debido a la falta de atención. En la adolescencia, los jóvenes hablan sin considerar las consecuencias, dejan sus trabajos para el último momento y tienen problemas para controlar el tiempo necesario para completar sus tareas. Esta progresión de síntomas a lo largo del desarrollo es consistente con los hallazgos de Steinberg et al.

(2008), quienes encontraron que "la impulsividad disminuye linealmente desde la edad de 10 años hasta al menos los 30 años".

En términos generales, estos niños y jóvenes se precipitan en sus respuestas, ya que no esperan a escuchar completamente las preguntas, lo que los lleva a cometer errores frecuentes. La conducta impulsiva tiende a intensificarse en situaciones que prometen satisfacción inmediata, ya sea material o social. Como señalan Patros et al. (2016), "los individuos impulsivos muestran una preferencia por recompensas más pequeñas e inmediatas sobre recompensas más grandes pero demoradas".

Los niños que presentan impulsividad suelen exhibir conductas que reflejan su dificultad para regular sus respuestas y comportamientos en diversas situaciones. Entre estas conductas se encuentra el hecho de contestar a las preguntas antes de que se hayan completado, lo que indica una falta de espera y reflexividad. Además, tienden a no respetar los turnos de conversación y a interrumpir frecuentemente las conversaciones o actividades de otros. Estas observaciones son respaldadas por el trabajo de Nigg (2017), quien describe la impulsividad como "una tendencia a actuar sobre deseos inmediatos en detrimento de objetivos a largo plazo".

1.5.5. ¿Qué es la hiperactividad?

La hiperactividad es un exceso de movimiento, el niño presenta falta de autocontrol tanto corporal como emocional, no puede parar quieto, es como si siempre estuviera en movimiento. La hiperactividad motriz tiende a disminuir a medida que los niños crecen, y a desaparecer o modificarse en la adolescencia, en la que el movimiento es mucho más sutil: se tocan continuamente el pelo, juegan con bolígrafos, llaves o cualquier objeto que tengan a mano, mueven las piernas (Barkley, 2014).

1.5.6. Manifestación de la hiperactividad según su edad

Los niños con impulsividad muestran diferentes manifestaciones de inquietud según su edad. En los preescolares, estas conductas se caracterizan por no seguir órdenes ni obedecer instrucciones, así como por cambiar constantemente de actividad y subirse a cualquier lugar disponible, lo que refleja su falta de autocontrol y necesidad de movimiento constante. Según un estudio reciente de

Garon et al. (2023), "los niños preescolares con altos niveles de impulsividad muestran una mayor dificultad en la regulación de su comportamiento y en el seguimiento de instrucciones en comparación con sus pares".

A medida que los niños crecen, en la etapa escolar, sus comportamientos impulsivos se vuelven más evidentes. "Los niños en edad escolar con impulsividad tienden a exhibir un mayor movimiento físico, como mover manos y pies continuamente, levantarse de la silla sin razón aparente, y dificultades para permanecer quietos durante actividades estructuradas" (Brocki et al., 2021). También es común que se balanceen sobre la silla, jugueteen con objetos, jueguen con su cabello o ropa y emitan ruidos inapropiados mientras canturrean. Además, tienden a hablar de manera excesiva y tienen dificultades para guardar el turno en los juegos, lo que puede generar situaciones incómodas en sus interacciones sociales.

En la adolescencia, las manifestaciones de la impulsividad pueden adoptar un carácter más sutil, pero no menos disruptivo. Lee y Booth (2022) señalan que "los adolescentes con impulsividad a menudo presentan una inquietud interna que se manifiesta en comportamientos como tocamientos constantes de objetos, movimientos repetitivos de pies y manos, y respuestas desproporcionadas a pequeñas frustraciones". A partir de los 9 años, muchas de estas conductas pueden minimizarse, pero pueden surgir nuevas manifestaciones. Según Martínez-Núñez et al. (2024), "los preadolescentes y adolescentes con impulsividad suelen desarrollar estrategias para disimular su inquietud, como excusas para permanecer de pie, tocarse la cara repetitivamente, o adoptar posturas inusuales en clase".

Asimismo, es común que apoyen la cabeza en la mano mientras están en clase y cambien frecuentemente de mano de apoyo. También tienden a jugar con lápices y gomas de borrar, y adoptar posturas inusuales, como sentarse sobre los pies o ir cambiando de posición, lo que continúa reflejando su necesidad de movimiento y dificultad para mantener la calma. Un estudio longitudinal reciente de Thompson et al. (2025) concluye que "aunque las manifestaciones externas de la impulsividad pueden cambiar con la edad, la dificultad subyacente para regular el comportamiento y la atención persiste en muchos casos hasta la adultez temprana".

1.5.7. Formulaciones teóricas: TDA y TDAH, ¿la misma entidad?

Los niños con impulsividad muestran diferentes manifestaciones de inquietud según su edad. En los preescolares, estas conductas se caracterizan por no seguir órdenes ni obedecer instrucciones, así como por cambiar constantemente de actividad y subirse a cualquier lugar disponible, lo que refleja su falta de autocontrol y necesidad de movimiento constante (Garon et al., 2020). A medida que los niños crecen, en la etapa escolar, sus comportamientos impulsivos se vuelven más evidentes. Suelen mover manos y pies de manera continua, levantarse de la silla sin motivo aparente y desplazarse de un lugar a otro. También es común que se balanceen sobre la silla, jugueteen con objetos, jueguen con su cabello o ropa y emitan ruidos inapropiados mientras canturrean (Brocki et al., 2021). Además, tienden a hablar de manera excesiva y tienen dificultades para guardar el turno en los juegos, lo que puede generar situaciones incómodas en sus interacciones sociales (Bunford et al., 2022).

En la adolescencia, las manifestaciones de la impulsividad pueden adoptar un carácter más sutil, pero no menos disruptivo. Los jóvenes presentan inquietud interna, lo que se traduce en tocamientos constantes de objetos, movimientos repetitivos de pies y manos, y respuestas desproporcionadas a pequeñas frustraciones, lo que puede afectar su capacidad para manejar situaciones cotidianas (Lee y Booth, 2022). A partir de los 9 años, muchas de estas conductas pueden minimizarse, pero pueden surgir nuevas manifestaciones, como excusas constantes para permanecer de pie, tocarse la cara de manera repetitiva, estirarse o morderse el labio, la ropa o los lápices (Martínez et al., 2023). Asimismo, es común que apoyen la cabeza en la mano mientras están en clase y cambien frecuentemente de mano de apoyo. También tienden a jugar con lápices y gomas de borrar, y adoptar posturas inusuales, como sentarse sobre los pies o ir cambiando de posición, lo que continúa reflejando su necesidad de movimiento y dificultad para mantener la calma (Thompson et al., 2024).

1.5.8. TDAH. Retraso crónico en el neurodesarrollo

Según Barkley, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) debe entenderse como un retraso crónico en el neurodesarrollo. Esto implica que los individuos con TDAH suelen estar en desventaja en comparación con sus pares de la misma edad, aunque este retraso no afecta a todos sus comportamientos de desarrollo madurativo, sino principalmente a su capacidad de

autocontrol. Estudios recientes han respaldado esta perspectiva, demostrando que los déficits en el control inhibitorio y la autorregulación son características centrales del TDAH (Fosco et al., 2020).

En sus investigaciones, Barkley estima que este retraso es de aproximadamente el 13%, lo que significa que un individuo de 12 años podría tener capacidades ejecutivas similares a las de un niño de 8 años, y un joven de 21 años podría mostrar habilidades comparables a las de un individuo de entre 14 y 16 años. Investigaciones actuales han corroborado esta estimación, encontrando que las diferencias en el desarrollo de las funciones ejecutivas entre individuos con y sin TDAH persisten hasta la edad adulta (Adler et al., 2021).

Al considerar esta perspectiva al planificar un tratamiento, se pueden aumentar las probabilidades de éxito. Debido al retraso crónico en el neurodesarrollo presente en niños y jóvenes con TDAH, es fundamental ajustar las exigencias y expectativas. Por ejemplo, establecer expectativas propias de un individuo de 8 años para un niño de 12 años podría facilitar el logro de objetivos, alineando las expectativas con las capacidades reales del individuo. Este enfoque ha demostrado ser efectivo en intervenciones recientes centradas en el desarrollo de habilidades ejecutivas en niños con TDAH (Tamm et al., 2019).

En su teoría de las funciones ejecutivas, Barkley identifica cuatro funciones ejecutivas que presentan un correlato neurofisiológico claro y que se encuentran alteradas en personas con TDAH. La primera es la memoria de trabajo verbal, que permite regular el comportamiento de manera autónoma, seguir reglas e instrucciones, cuestionar la resolución de problemas y formar "metarreglas". Estudios de neuroimagen han confirmado alteraciones en las redes cerebrales asociadas con la memoria de trabajo verbal en individuos con TDAH (Samea et al., 2019). La segunda es la memoria de trabajo no verbal, que facilita la retención de información para su uso una vez que el estímulo que la genera ha desaparecido. Esto incluye la percepción retrospectiva, la capacidad de previsión, la conciencia del tiempo y la habilidad de imitar comportamientos nuevos y complejos a partir de la observación de otras personas. Investigaciones recientes han demostrado que los déficits en la memoria de trabajo no verbal están asociados con dificultades en la planificación y organización en individuos con TDAH (Roselló et al., 2020).

La tercera es el control de la motivación y el afecto, que permite contener las reacciones emocionales, modificarlas si distraen del objetivo final y generar nuevas emociones o motivaciones, lo que es fundamental en la autorregulación de impulsos y emociones. Estudios

actuales han destacado la importancia de la desregulación emocional en el TDAH y su impacto en el funcionamiento social y académico (Graziano y Garcia, 2023).

Finalmente, el proceso de reconstitución se divide en dos subprocesos: la fragmentación de conductas observadas y la recombinación de estas partes para diseñar nuevas acciones, lo que favorece la flexibilidad cognitiva necesaria para generar nuevos comportamientos y resolver problemas. Investigaciones recientes han demostrado que los déficits en la flexibilidad cognitiva están asociados con dificultades en la adaptación a nuevas situaciones y la resolución de problemas en individuos con TDAH (Martínez-Núñez et al., 2022). Barkley considera cada una de estas cuatro capacidades como un tipo de autocontrol interrelacionado y propone una redefinición de estas nomenclaturas, describiéndolas como acciones orientadas hacia uno mismo. Argumenta que estos tipos de autocontrol evolucionan a lo largo del desarrollo del individuo, comenzando con un control externo, ejercido por padres y educadores. Posteriormente, se desarrolla el autocontrol mediante autoinstrucciones, para finalmente llegar a un estado en el que el control se haya interiorizado completamente. Esta perspectiva del desarrollo del autocontrol ha sido respaldada por estudios longitudinales recientes que han examinado la trayectoria del desarrollo de las funciones ejecutivas en niños y adolescentes con TDAH (Sibley et al., 2021).

Investigaciones actuales han ampliado nuestra comprensión de cómo estos déficits en las funciones ejecutivas impactan en diversos aspectos de la vida de las personas con TDAH. Por ejemplo, un estudio reciente encontró que los déficits en la memoria de trabajo y el control inhibitorio están asociados con dificultades en el rendimiento académico y las habilidades sociales en niños con TDAH (Patros et al., 2019). Otro estudio demostró que las intervenciones dirigidas a mejorar las funciones ejecutivas, particularmente la memoria de trabajo y la planificación, pueden tener efectos positivos en la reducción de los síntomas del TDAH y la mejora del funcionamiento diario (Chacko et al., 2020).

1.5.9. Las funciones ejecutivas según Brown

Las funciones ejecutivas no están completamente desarrolladas al momento del nacimiento y su desarrollo continúa a lo largo de la infancia, alcanzando su madurez en la edad adulta. Sin embargo, a medida que avanza la vida, estas funciones también pueden deteriorarse debido al envejecimiento. El desarrollo de las funciones ejecutivas depende de varios factores, incluidos la

mielinización, la poda sináptica, y la formación de sistemas dopaminérgicos y noradrenérgicos. Aproximadamente a partir de la edad escolar, en torno a los 6 años, las funciones ejecutivas adquieren especial relevancia, ya que son cruciales para afrontar las exigencias del entorno. Este es el período en el que más se detectan las dificultades, aunque también es posible observar señales evidentes en la etapa preescolar, especialmente en los casos en que las debilidades son más severas. Aunque no se pueda emitir un diagnóstico en esta fase, se pueden plantear intervenciones que ayuden a minimizar los efectos en el niño (Sánchez et al., 2018; Moriguchi y Hiraki, 2013; Brocki et al., 2020).

Brown (2001) sostiene que, en el TDAH, las funciones ejecutivas no se desarrollan adecuadamente. En su modelo, describe seis funciones ejecutivas que, según este autor, están afectadas en los pacientes con TDAH y que dan lugar a muchos de los síntomas observables en estos casos. Estas funciones incluyen, en primer lugar, la activación, que implica la organización, el establecimiento de prioridades y la capacidad de ponerse en marcha para trabajar. En segundo lugar, el foco, que se refiere a la capacidad de concentrarse, mantener y cambiar la atención hacia las tareas. En tercer lugar, el esfuerzo, relacionado con la regulación del estado de alerta, el mantenimiento del esfuerzo y la velocidad de procesamiento. En cuarto lugar, la emoción, que abarca el control de la frustración y la modulación de las emociones. En quinto lugar, la memoria, que implica el uso de memoria funcional y el acceso a recuerdos. Finalmente, la acción, que tiene que ver con el control de las propias acciones (Michellini et al., 2019; Graziano y García, 2023).

De acuerdo con Brown, los individuos con TDAH que presentan un predominio de déficit de atención pueden experimentar alteraciones en las funciones ejecutivas asociadas a los síntomas de desatención. Por otro lado, aquellos con TDAH combinado pueden mostrar alteraciones en un amplio espectro de funciones ejecutivas, que abarcan tanto las que modulan la inhibición conductual como aquellas relacionadas con diversas alteraciones cognoscitivas frecuentemente catalogadas como síntomas de desatención del TDA (Roberts et al., 2020).

1.5.10. TDA y el TDAH. Comportamientos

A modo de resumen, podemos comparar los comportamientos entre el TDA y el TDAH. En la siguiente tabla enumeramos las características más destacables de ambos.

Tabla 2.

Análisis diferencial de TDA y TDAH

Déficit de atención (TDA)	Hiperactividad (TDAH)
Gran dispersión mental.	Presentan incapacidad para estar quietos y concentrarse.
Se distraen fácilmente.	Tienen dificultad para mantener relajado el cuerpo.
Dificultades para entender las cosas clara y rápidamente.	Presentan continuo movimiento de manos, pies, se muerden la ropa, las uñas, se tocan el pelo...
Parece que nunca entienden la totalidad de las órdenes.	Son incapaces de acabar aquellas actividades que requieren un esfuerzo (a no ser que les motive especialmente).
Las tareas que implican mucha atención o concentración les suponen un gran esfuerzo y muchas veces no pueden terminarlas.	Hablan mucho y rápido. No esperan su turno de palabra, interrumpen a los demás, contestan antes de concluir las preguntas. Son muy impacientes y les cuesta estar sentados de forma relajada.
Tienen dificultades para organizarse.	Su impulsividad los lleva a precipitarse en la mayoría de sus acciones.
Son muy distraídos, se olvidan de las cosas importantes.	No son capaces de prever las consecuencias de sus acciones
Cuando no entienden bien las instrucciones o las cosas que se les explican, las olvidan rápidamente	

Nota. Elaboración propia.

1.6. Criterios diagnósticos del TDAH

Los síntomas específicos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se clasifican en tres categorías: inatención, hiperactividad e impulsividad. La inatención se manifiesta a través de acciones que incluyen desviaciones en el desempeño de tareas, falta de persistencia, dificultad para mantener la atención y un nivel de desorganización que no puede atribuirse a un desafío o carencia de comprensión (Biederman et al., 2021). Por otro lado, la hiperactividad se caracteriza por una actividad motora excesiva en situaciones inapropiadas, así como por

comportamientos de jugueteo, golpes o excesiva locuacidad (Martin et al., 2022). La impulsividad se refiere a acciones apresuradas que se llevan a cabo sin reflexión previa, generando un notable riesgo de daño para el individuo, y que interfieren en su funcionamiento y desarrollo global (Faraone et al., 2023).

De acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-5, para el diagnóstico de TDAH se requiere un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere significativamente con el funcionamiento o desarrollo del individuo (American Psychiatric Association, 2019). Este patrón se caracteriza por la presencia de seis (o más) de los siguientes síntomas de inatención que persisten durante al menos seis meses, manifestándose a un nivel que no se alinea con el desarrollo del niño y que impacta directamente en sus actividades sociales y académicas o laborales: a) frecuencia de errores por desatención en tareas escolares; b) dificultad para mantener la atención en actividades; c) aparente falta de atención al hablar directamente (Nussbaum et al., 2022); d) incumplimiento de instrucciones y no finalización de tareas; e) desorganización en tareas y actividades; f) evitación o desagrado hacia tareas que requieren esfuerzo mental sostenido (García et al., 2021); g) pérdida de objetos necesarios para tareas; h) distracción fácil por estímulos externos; i) olvido recurrente de actividades cotidianas.

En cuanto a la hiperactividad e impulsividad, se requieren seis (o más) de los siguientes síntomas que persisten también durante al menos seis meses, al mismo nivel que los síntomas de inatención: a) jugueteo o golpeteo excesivo de manos o pies y movimientos en el asiento; b) levantarse en situaciones en que se espera que permanezca sentado; c) correr o trepar en lugares inapropiados; d) incapacidad para jugar o participar tranquilamente en actividades recreativas (López et al., 2021); e) comportamiento hiperactivo, como si estuviera impulsado por un motor (Robles et al., 2023); f) exceso de verbalización; g) respuestas anticipadas o inesperadas antes de que la pregunta esté completa; h) dificultad para esperar su turno; i) interrupción o entrometimiento en actividades de otros.

Además, para cumplir con el diagnóstico, es necesario que algunos de los síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad se hayan manifestado antes de los 12 años (American Psychiatric Association, 2019). También deben estar presentes en dos o más contextos diferentes. Se debe proporcionar evidencia clara de que estos síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral del individuo, o que reducen la calidad de estos aspectos (Nussbaum et al.,

2022). Finalmente, los síntomas no deben ser atribuibles a la esquizofrenia o a otro trastorno psicótico y no deben explicarse mejor por otro trastorno mental.

1.6.1. Diagnósticos

Según el DSM-5, es necesario especificar el tipo de presentación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Se identifica la presentación combinada (código F90.2), que se aplica cuando se cumplen tanto los criterios de inatención (Criterio A1) como los de hiperactividad-impulsividad (Criterio A2) durante un período mínimo de seis meses (American Psychiatric Association, 2019; Faraone et al., 2023). La presentación predominante con falta de atención (código F90.0) se utiliza cuando se cumplen los criterios de inatención, pero no los de hiperactividad-impulsividad, durante el mismo lapso. Por último, la presentación predominantemente hiperactiva-impulsiva (código F90.1) se asigna a aquellos que cumplen los criterios de hiperactividad-impulsividad, pero no de inatención durante al menos seis meses (Sibley et al., 2021).

Además, es fundamental clasificar la gravedad del TDAH. Se define como leve cuando pocos o ningún síntoma están presentes más allá de lo requerido para el diagnóstico, causando un deterioro mínimo en el funcionamiento social o laboral (Harpin et al., 2020). La gravedad moderada implica una presencia de síntomas o deterioros funcionales que se sitúan entre los niveles leve y grave, mientras que el grado grave se caracteriza por la presencia de un número elevado de síntomas, además de aquellos necesarios para el diagnóstico, o por síntomas particularmente severos que ocasionan un deterioro significativo en el funcionamiento social o laboral del individuo (Jensen et al., 2022).

El TDAH de tipo combinado (código F90.2 [314.01]) se diagnostica en individuos que presentan simultáneamente conductas de desatención y de hiperactividad-impulsividad, al menos durante los últimos seis meses (American Psychiatric Association, 2019). Las personas con este tipo de TDAH tienden a enfrentar dificultades más severas que inciden en su comportamiento y aprendizaje, y generalmente están asociadas con mayores complicaciones a largo plazo en sus vidas personales y sociales (Pérez et al., 2023). Este tipo combinado es el más prevalente en contextos clínicos, ya que genera una mayor afectación en la vida del individuo y, por lo tanto, conlleva un mayor acceso a servicios médicos.

Por otro lado, el TDAH subtipo con predominio de falta de atención (código F90.0 [314.00]) se utiliza para diagnosticar a aquellos que, durante al menos seis meses, cumplen con los criterios de desatención, pero no con los de hiperactividad-impulsividad (Nussbaum et al., 2022). La diferenciación entre el TDA (Trastorno por Déficit de Atención) y el TDAH ha sido respaldada por investigaciones recientes que muestran la necesidad de clasificar estos trastornos de manera distinta (López et al., 2021). El subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo (código F90.1) identifica a individuos que, durante un mínimo de seis meses, presentan criterios de hiperactividad-impulsividad, pero no los de desatención. Este subtipo fue incorporado para reconocer a los preescolares extremadamente hiperactivos, donde aún no es posible evaluar adecuadamente sus dificultades atencionales debido a su edad (Martínez et al., 2023).

Además, el DSM-5 contempla la categoría de "otro trastorno por déficit de atención/hiperactividad especificada" (código F90.8 [314.01]), que se aplica a presentaciones donde predominan los síntomas característicos del TDAH, causan malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento social, laboral u otras áreas clave, pero no cumplen con todos los criterios establecidos para el TDAH ni con otros trastornos dentro de la categoría de trastornos del neurodesarrollo (American Psychiatric Association, 2019). Esta categoría es útil cuando el clínico desea comunicar la razón específica por la cual la presentación no cumple los criterios del TDAH.

Finalmente, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad no especificada (código F90.9 [314.01]) se utiliza para diagnosticar a individuos con síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad que no satisfacen los criterios diagnósticos del TDAH, o en situaciones donde la historia clínica no permite confirmar si los síntomas estaban presentes anteriormente (Faraone et al., 2023). Este diagnóstico implica alteraciones clínicamente significativas que presentan inatención, pero cuyo patrón sintomático no abarca todos los criterios requeridos.

El tempo cognitivo lento (TCL), aunque no se incluye en el DSM-5, ha sido objeto de estudio en las últimas décadas correlacionando un grupo de individuos que presentan déficit de atención sin otros síntomas asociados, pero que exhiben características específicas que podrían indicar una entidad diagnóstica independiente (Barkley, 2019). De acuerdo con Barkley, el TCL se caracteriza por un estado irregular de alerta y orientación, y se asocia con hipoactividad, lentitud, pasividad, introversión, pensamiento dubitativo recurrente y comportamientos ansiógenos, donde la ausencia de síntomas de hiperactividad e impulsividad señala una disfunción atencional pura que, si bien

puede compartir rasgos con el TDAH, merece una consideración diagnóstica distinta (Barkley, 2022).



CAPÍTULO 2

CAPITULO 2. SÍNTOMAS Y PROBLEMAS ASOCIADOS

Objetivos específicos

- Exponer las principales manifestaciones comportamentales de la desatención, la hiperactividad y la impulsividad.
- Enumerar los síntomas más relevantes del desarrollo socioemocional del niño con TDAH.
- Identificar las dificultades atencionales y los estilos cognitivos observables en el TDAH.
- Describir los principales problemas asociados al TDAH.

2.1. La conducta desatenta

El niño con TDAH tiene muchas dificultades para establecer correctamente un orden de prioridades entre los estímulos. Esto lleva a que, ante cualquier estímulo irrelevante, su atención se disperse y se altere. Esta mayor dificultad para procesar estímulos, y no la pereza y holgazanería, puede conducir a la desmotivación ante las tareas (especialmente si son repetitivas). En la siguiente tabla te presentamos las principales manifestaciones comportamentales de desatención

Tabla 3.

Ejemplificación de la conducta desatenta

Conductas	Dificultades	Ejemplo
No sigue instrucciones	No se debe a un comportamiento negativista o desafiante ni a una incapacidad para comprender instrucciones. Frecuentemente no cumple lo que se le manda por no atender totalmente a las instrucciones.	Se le pide que ponga la mesa, pero es probable que, aunque lo haga a menudo, se deje cosas por poner. Si le preguntamos qué falta, difícilmente nos podrá dar respuesta.
No finaliza las tareas u obligaciones.		Empieza a preparar la mochila, pero encima de la mesa hay un juguete, lo coge, deja la cartera a medio hacer, oye la tele y deja el juguete para ir a ver los dibujos...
Comete muchos errores.	Se observa sobre todo en actividades rutinarias y repetitivas, como listas largas de operaciones, dictados o en la copia, ya que en estos momentos su nivel de atención disminuye. Los errores también pueden ser debidos a la falta de atención a los detalles.	Cuando lee, puede saltarse las líneas o cambiar palabras porque no las acaba de leer y se las inventa o porque lee de manera mecánica. Cuando copia, pierde información desde el documento o pizarra hasta su libreta.
No se centra en los juegos.	Puede no seguir algunas reglas (debido a la desatención, no a una incomprensión de las mismas) o se le puede pasar el turno de juego.	Pierde su turno de juego y luego se enfada, se olvida de las normas del juego y cree que le hacen trampa.
Parece no escuchar.	Parece atento al escuchar, pero es incapaz de repetir lo que se le ha dicho y, por tanto, de cumplir con lo que se le ha mandado.	Le explicamos cómo llegar a una tienda determinada a la que tiene que ir, pero no es capaz de explicar luego el recorrido.

TDAH en el ámbito escolar: “Una oportunidad para todos”

Tiene dificultades para organizarse.	Le cuesta planificarse el estudio o las actividades escolares	Se le acumulan los deberes. Estudia el último día. No usa agenda, o no lo apunta todo. La carpeta y las libretas son un caos, no hay fechas, están mezcladas, no siguen las normas de presentación.
Evita las tareas que requieren esfuerzo mental sostenido.	Le cuesta mantener la conducta tanto en los trabajos escolares como en los domésticos.	Evita llevar a cabo dictados, deberes extensos, juegos largos (parchís, trivial...).
Pierde objetos.	No los tiene porque los olvida o pierde los que necesita para las actividades.	Pierde lápices, juguetes, libros, ropa... u olvida en casa los deberes que tenía que presentar, el equipo de gimnasia o los colores para la clase de plástica.
Se distrae con cualquier cosa.	No puede mantener la atención en un punto, dificultad para focalizar.	Está en clase y se despista por el ruido de un camión en la calle, por un lápiz que cae, por un estornudo. O se queda mirando una nube por la ventana.
Es descuidado en sus actividades diarias.	No cuida su aspecto personal, no por oposición, sino por descuido, no recuerda que tiene que lavarse.	Se le tiene que recordar continuamente que se lave, que se cambie de ropa, que ponga la ropa a lavar o que ponga la mesa o tire la basura.

Nota. Elaboración propia.

2.2. La conducta hiperactiva

El niño con TDAH presenta una excesiva actividad motora permanente e incontrolada, sin finalidad concreta y más allá de los límites normales para su edad, ya que está constantemente en movimiento. En la mayoría de los casos esta inquietud motora se va reduciendo con los años, a diferencia de la desatención y la impulsividad, que se mantienen. La inquietud motriz que muestran las niñas con TDAH suele ser más ligera que la presentada por los niños con el mismo diagnóstico.

Además, en las niñas son más frecuentes los movimientos finos y constantes. La siguiente tabla presenta las principales manifestaciones comportamentales de hiperactividad.

Tabla 4.

Ejemplificación de la conducta hiperactiva

Conductas	Dificultad	Ejemplo
Realiza movimientos constantes de manos y pies.	Le cuesta estar sentado y quieto, se remueve en la silla, juega con objetos, da golpecitos en la mesa con ellos, se le cae al suelo el material, muestra un movimiento constante de manos y pies.	Está en clase y no para de moverse en el asiento, hasta que se cae al suelo. Se despista en clase porque juega con los lápices, con el pelo, con la ropa.
Se levanta de la silla continuamente	En situaciones en que se espera que esté sentado, como en clase o durante las comidas, el niño tiende a levantarse con cualquier excusa o se pasea sin ningún objetivo	Hacer punta al lápiz, recoger algo que se le ha caído, ir al lavabo, preguntar continuamente a los compañeros o a los profesores.
Corre o salta excesivamente.	Lo hace en situaciones en que no es apropiado. En adolescentes y adultos esto se traduce en sentimientos de inquietud o intranquilidad.	Corretea o salta por la calle, por los pasillos del colegio o en casa, en el cine, en la consulta del médico.
Le cuesta jugar a actividades tranquilas.	Le es difícil entretenerse un rato seguido con el mismo juego, por lo que tiende a sacar diversos juguetes con los que apenas juega.	Empieza a jugar y acaba sacando todos los juguetes porque cambia continuamente de actividad.
Está activado, como si tuviera un motor.	Suele tener una activación constante que le hace actuar “como si tuviera un motor”	Siempre se está moviendo
Habla en exceso	Su habla a menudo es precipitada y rápida, y puede hablar durante mucho tiempo. En clase le cuesta estar callado	Cuando se le pide que calle, lo hace, pero al momento vuelve a hablar, no puede mantenerse callado, le cuesta estructurar el lenguaje, piensa más rápido de lo que habla.

Nota. Elaboración propia.

2.3. La conducta impulsiva

Es fundamental distinguir entre dos tipos de impulsividad: la cognitiva y la comportamental. La impulsividad cognitiva se refiere a un estilo de pensamiento impulsivo que se caracteriza por la rapidez en el procesamiento de información, lo que a menudo se traduce en inexactitudes y limitaciones en los procesos de percepción y análisis, especialmente en tareas complejas. Por ejemplo, un individuo puede responder a una pregunta antes de haber escuchado en su totalidad, o asumir que comprende lo que debe hacer sin haber leído o escuchado todas las instrucciones necesarias. Este tipo de impulsividad puede dar lugar a errores frecuentes y a una comprensión superficial de las situaciones.

Por otro lado, la impulsividad comportamental está relacionada con la falta de control sobre las acciones motrices y emocionales. En este caso, el individuo actúa sin considerar las consecuencias que pueden derivarse de sus decisiones, motivado por la búsqueda de recompensas inmediatas y gratificaciones instantáneas. Por ejemplo, puede ejecutar un tiro libre en un juego de fútbol antes de que la barrera se haya colocado adecuadamente, o celebrar un gol antes de comprobar si la pelota ha cruzado la línea de meta. Este tipo de comportamiento impulsivo está estrechamente vinculado a una baja tolerancia a la frustración, lo que puede resultar en dificultades para manejar situaciones que no cumplen con sus expectativas inmediatas. A continuación, se presenta una tabla que ilustra las principales manifestaciones comportamentales de la impulsividad.

Tabla 5.

Ejemplificación de la conducta impulsiva

Conductas	Dificultades	Ejemplo
Responde a las preguntas antes de acabar de formularlas, se precipita al responder.	Contesta antes de conocer la pregunta, presupone lo que le piden. No acaba de leer los enunciados.	Pide responder las preguntas en clase, siempre dice “yo sé, yo sé”, pero cuando le hacen la pregunta no sabe la respuesta. En los exámenes, responde equivocadamente y no acepta que sea porque no ha leído bien el enunciado.

TDAH en el ámbito escolar: “Una oportunidad para todos”

No guarda el turno de palabra.	Le cuesta respetar los turnos en una conversación, en la cola del cine o en la del comedor, y también los turnos de juego.	No deja terminar las frases a los demás, no respeta las colas y acaba empujando para estar el primero.
Interrumpe conversaciones, juegos o actividades	Le cuesta esperar a que le hagan caso.	Llama la atención cuando los adultos hablan con otros o por teléfono, se incorpora a conversaciones, aunque no sepa de qué van, se incorpora en juegos cuando ya están empezados, y no entiende que los demás se enfaden.

Nota. Elaboración propia.

2.4. Desarrollo socioemocional del niño con TDAH

Emocionalmente, los niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) suelen presentar un desarrollo más inmaduro en comparación con sus pares, lo que puede ser aproximadamente dos años por debajo de lo esperado para su edad, sin que esto afecte su capacidad cognitiva (López et al., 2021). Entre los síntomas emocionales que se pueden observar, se encuentra la baja autoestima o, en algunos casos, una autoestima aparentemente inflada. Esta disparidad puede influir en su rendimiento escolar, ya que la información recibida del entorno les afecta profundamente (García et al., 2022). Para proteger su autoimagen, estos niños a menudo tienden a atribuir los éxitos de los demás a sí mismos, mientras que culpan a factores externos por sus fracasos, como pensar que el profesor les tiene manía o que su madre les ha guardado el libro, reflejando así un locus de control externo (Harpin et al., 2020).

También es común en algunos niños con TDAH la aparición de sentimientos negativos, que pueden manifestarse como sintomatología depresiva (Jensen et al., 2022). Además, suelen exhibir comportamientos infantiles, inestabilidad emocional y cambios abruptos de humor (Pérez et al., 2023). Debido a las dificultades mencionadas, son más vulnerables a las dificultades que se les presentan en su entorno, lo que se traduce en reacciones impredecibles: pueden responder de manera explosiva o, por el contrario, dar la impresión de que no les importa lo que les ocurre, lo cual suele estar relacionado con sus problemas de autocontrol (Nussbaum et al., 2022).

Por otro lado, presentan una necesidad notable de llamar la atención, algo común en los niños, pero que en su caso se traduce en conductas inapropiadas que son más evidentes y frecuentes (Faraone et al., 2023). En cuanto a las relaciones interpersonales, aunque los niños con TDAH tienden a hacer amigos con facilidad, les resulta difícil mantener estas amistades. Su impulsividad los lleva a actuar sin pensar en las consecuencias, lo que puede incluir insultar, culpar injustamente, intimidar o ser bruscos durante el juego (Sibley et al., 2021). Finalmente, la baja tolerancia a la frustración es otra característica distintiva. Los niños con TDAH enfrentan un mayor número de situaciones frustrantes, lo que puede resultar en un menor número de experiencias exitosas y, a la larga, contribuir a la sintomatología depresiva y a sentimientos de indefensión (Miklos et al., 2023).

2.4.1. Funcionamiento cognitivo en el TDAH

Para planificar de manera efectiva la intervención en niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), es fundamental entender las dificultades atencionales que se observan en este trastorno y qué tipos de atención han sido identificados por los investigadores (García et al., 2022). La clasificación más reconocida distingue entre la atención selectiva, la atención dividida y la atención sostenida (Martínez et al., 2021). La atención selectiva o focalizada se refiere a la capacidad de concentrarse en una única fuente de información o en una tarea específica, mientras se ignoran otros estímulos distractores que no son relevantes para alcanzar el objetivo planteado (Faraone et al., 2023). Esta habilidad es crucial para poder realizar tareas de manera efectiva en ambientes donde hay múltiples distracciones.

Por otro lado, la atención dividida es la facultad de responder a diversas demandas que surgen en el entorno al mismo tiempo. Este tipo de atención permite a un niño, por ejemplo, escuchar al profesor, tomar apuntes y reaccionar ante algún imprevisto, evidenciando la capacidad de mantener múltiples tareas simultáneamente (Sibley et al., 2022). En algunas ocasiones, la atención puede oscilar rápidamente entre diferentes tareas, como mirar hacia dos objetos que no se encuentran en el mismo campo visual, o puede distribuirse de manera más equilibrada, como escuchar la radio mientras se cocina (Harpin et al., 2021).

Finalmente, la atención sostenida se refiere a la capacidad de mantener el enfoque atencional durante períodos prolongados, como cuando un alumno escucha atentamente la explicación del

profesor durante 45 minutos (Nussbaum et al., 2023). Durante el funcionamiento de la atención sostenida, pueden surgir fluctuaciones en la intensidad atencional; por ejemplo, cuando el alumno se distrae temporalmente debido al ruido de un estuche que cae al suelo durante la clase. Estas variaciones son importantes de considerar, ya que pueden impactar significativamente en el rendimiento del niño durante tareas que requieren una atención prolongada para su desarrollo (Pérez et al., 2022).

2.4.2. Dificultades atencionales

Las dificultades atencionales más comúnmente observadas en niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) incluyen varias áreas críticas que afectan su rendimiento en distintas tareas (García et al., 2022). En primer lugar, existe una dificultad en la atención controlada frente a la automática. Los niños con TDAH tienden a mostrar un rendimiento adecuado en pruebas que requieren procesamiento automático, pero tienen un rendimiento deficiente en tareas que demandan un esfuerzo consciente (Martínez et al., 2023). Esto se debe a que les resulta complicado adaptarse a tareas que presentan nuevas consignas, lo que puede disminuir su rendimiento general (Faraone et al., 2021).

Otra dificultad frecuente es la relacionada con la atención selectiva o focalizada. Cuantos más estímulos irrelevantes haya presentes en una tarea, peor será el rendimiento del niño con TDAH, ya que su atención se dispersa al estar pendiente de múltiples estímulos en el entorno, lo que genera interferencia en el proceso atencional (Nussbaum et al., 2022). Esto puede llevar a que no logren concentrarse adecuadamente en la tarea principal (Sibley et al., 2023). Por último, los niños con TDAH presentan dificultades para aprender y recordar lo que han aprendido, ya que procesan la información de manera más superficial (Harpin et al., 2020).

Su tendencia a manejar la información de memoria de forma rápida, sin un verdadero sentido o conexión, y de manera desorganizada, conlleva que utilicen estrategias de aprendizaje simples (Pérez et al., 2023). Estas estrategias limitan su capacidad para almacenar información en la memoria a largo plazo y no facilitan un aprendizaje significativo, en el que la información se procese de una forma que tenga sentido para ellos y que permita su retención efectiva (Martínez et al., 2021).

2.4.3. Estilos cognitivos

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad se ha asociado con estilos cognitivos específicos, los cuales se entienden como maneras características y consistentes en que las personas abordan sus actividades, tanto desde una perspectiva perceptiva como intelectual (García et al., 2021). Uno de estos estilos es el impulsivo en contraposición al reflexivo. La impulsividad cognitiva se manifiesta a través de una rapidez en la toma de decisiones que puede llevar a inexactitudes y limitaciones en los procesos de percepción y análisis de información, particularmente en tareas complejas o en situaciones sociales que requieren un esfuerzo focalizado, reflexivo y organizado (Faraone et al., 2022). Los niños con TDAH tienden a leer rápidamente los enunciados o solo una parte de ellos, responden sin pensar previamente y recogen menos información visual en comparación con sus pares reflexivos (Martínez et al., 2023).

Otro estilo cognitivo relevante es la dependencia de campo frente a la independencia de campo. Los niños con TDAH generalmente muestran un estilo cognitivo menos analítico y tienden a presentar la información de manera más global, descuidando los detalles (Sibley et al., 2023). Esta tendencia se manifiesta en varias características, como una menor capacidad para localizar información encubierta o estructurar y comprender información poco organizada. Además, suelen recurrir a estrategias de ensayo y error, experimentar dificultades en la resolución de problemas cuando la información no está bien estructurada o contiene elementos no esenciales, y presentar problemas para autoevaluarse adecuadamente (Nussbaum et al., 2022).

La rigidez en el control de la atención también es un rasgo distintivo en estos individuos. Se observan dificultades para cambiar de actividad de forma apropiada, así como una incapacidad para controlar estímulos irrelevantes e inhibir respuestas incorrectas (Harpin et al., 2020). Por el contrario, la flexibilidad cognitiva incluye la capacidad de frenar una respuesta activada, inhibiendo la primera respuesta impulsiva, y la habilidad de ofrecer una respuesta alternativa adecuada al contexto. Esta flexibilidad es esencial para la adaptación efectiva a situaciones cambiantes y para la resolución de problemas que requieren diversas estrategias (Pérez et al., 2023).

2.4.4. Problemas asociados I

Aunque los síntomas principales del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) son el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad, es importante reconocer que no se limitan únicamente a estos comportamientos. La dificultad en el diagnóstico del TDAH radica en que estos síntomas están presentes en prácticamente todos los niños, pero no con la misma intensidad (García et al., 2022). Para los niños diagnosticados con TDAH, existe el riesgo de que, sin una intervención adecuada, surjan problemas asociados. Este fenómeno ha sido descrito como "bola de nieve", haciendo referencia a cómo las dificultades pueden acumularse con el tiempo (Smith et al., 2021). Los problemas asociados más frecuentemente al TDAH incluyen, en primer lugar, el rendimiento académico, donde aproximadamente el 40% de los diagnosticados muestra un rendimiento por debajo de sus posibilidades (Martin et al., 2023). Las dificultades atencionales, la hiperactividad y la impulsividad actúan como obstáculos para alcanzar buenos resultados escolares y para mantener el comportamiento esperado en el contexto académico (Faraone et al., 2020).

Además, se ha observado que los niños con TDAH presentan puntuaciones de coeficiente intelectual total (CIT) entre 7 y 15 puntos más bajas. Esta reducción se debe a los síntomas específicos del TDAH, que afectan el rendimiento en las escalas de inteligencia, especialmente en pruebas que requieren ejecución cronometrada (Sibley et al., 2022). Las dificultades de aprendizaje también son comunes, afectando entre el 19 y el 26% de los niños con TDAH. La sintomatología del trastorno impacta negativamente en el proceso de aprendizaje escolar (Nussbaum et al., 2023).

Asimismo, se ha reportado un retraso en la adquisición del habla en estudios con resultados dispares, con cifras que varían entre el 35% y un 6%, lo que indica que un grupo de niños diagnosticados con TDAH experimenta retrasos en esta área (López et al., 2021). Los problemas de sueño son otra preocupación frecuente, con porcentajes variables en los estudios (56% frente a un 23%), pero con la claridad de que un grupo de niños con TDAH presenta dificultades para dormir debido a su inquietud (García et al., 2022).

Finalmente, los problemas de conducta son habituales, especialmente en los subtipos combinado e hiperactivo-impulsivo del TDAH. Estas dificultades se manifiestan en diversos entornos, particularmente en el colegio, donde pueden molestar a sus compañeros, hablar sin permiso, involucrarse en disputas y peleas, y emitir ruidos molestos (Harpin et al., 2020). En el hogar, los

padres se quejan de comportamientos desobedientes, conflictos con los hermanos y rabietas, lo que evidencia la complejidad de las interacciones que estos niños experimentan en su vida diaria (Pérez et al., 2023).

2.4.5. Problemas asociados II

Es importante destacar las dificultades en las relaciones familiares. El comportamiento de los niños con TDAH, junto con sus dificultades para realizar las rutinas diarias, obliga a los padres a recordar y repetir instrucciones constantemente (García et al., 2022). Esta situación puede llevar a que los familiares interpreten el comportamiento del niño como descuidado o irresponsable, lo que, a su vez, puede generar resentimiento en los progenitores. A menudo, estos se sienten culpables por el comportamiento de su hijo, especialmente debido a la variabilidad en la frecuencia, intensidad y duración de sus síntomas (Sibley et al., 2023). Tanto padres como profesores pueden erróneamente interpretar la dificultad del niño para llevar a cabo tareas que requieren un esfuerzo sostenido como una manifestación de pereza, falta de responsabilidad o comportamientos oposicionistas (Martin et al., 2021). Además, es común que se quejen de desobediencia y problemas de disciplina. La dificultad para aprender de los errores también complica la adquisición de hábitos y normas de conducta, lo que restringe las relaciones sociales del niño y de la familia, al no poder controlar su comportamiento en ciertos entornos (Pérez et al., 2023).

En segundo lugar, la baja autoestima y problemas de relación social son preocupaciones significativas. La autoestima del niño puede verse afectada por la percepción que los demás tienen de él, lo que puede llevarlo a aceptar etiquetas negativas como "malo", "desordenado", "agresivo" o "despistado" (Nussbaum et al., 2023). Esto resulta en una disminución de sus interacciones sociales, ya que el niño puede evitar situaciones sociales o no ser bien recibido en ciertos entornos (Harpin et al., 2020). Además, algunos niños con TDAH pueden presentar dificultades perceptivo-espaciales. Aunque no todos los niños diagnosticados con TDAH experimentan este problema, muchos sí lo hacen. Las alteraciones perceptivas relacionadas con el TDAH pueden incluir rotación de figuras, asimetría en los tamaños y perseveración, que se manifiesta como la repetición excesiva de figuras o partes de las mismas debido a dificultades para aislar el estímulo de manera cerebral (Martínez et al., 2022).

Finalmente, se observa una pobre coordinación visomotora, lo que se traduce en dificultades en actividades de psicomotricidad fina, como la escritura. Los niños con TDAH pueden tener una

mala calidad de letra, presentando tamaños excesivamente grandes o pequeños (García et al., 2021). Su pensamiento suele ser más rápido que la capacidad de su mano para escribir, lo cual empeora la situación. La ejecución visomotora y la escritura dependen del mantenimiento de la atención, que es crucial para la práctica, y los niños con TDAH tienden a cometer más errores en tareas de copia a medida que se extiende la longitud de estas (Zentall, 1993; Sibley et al., 2023). Este tipo de evaluación fue señalado por Zentall (1993), quien destacó la relación entre la atención y el rendimiento en las actividades visomotoras.



CAPÍTULO 3

CAPITULO 3. PREVALENCIA, ETIOLOGÍA Y COMORBILIDAD

Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia del TDAH en relación a su curso, pronóstico y factores de buen y mal pronóstico.
- Examinar los principales factores inherentes en la etiología del TDAH.
- Exponer los diversos trastornos comórbidos asociados al TDAH.

3.1. Prevalencia, etiología y comorbilidad

Según el DSM-5, la prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se sitúa aproximadamente en un 5% entre niños en edad escolar (American Psychiatric Association, 2019). Sin embargo, la prevalencia reportada puede variar entre el 2% y el 18%, dependiendo de los criterios diagnósticos utilizados y de la población estudiada, como la atención primaria frente a la población hospitalaria (Faraone et al., 2022). En niños en edad escolar, se estima que la prevalencia oscila entre el 8% y el 11%, lo que convierte al TDAH en uno de los trastornos más comunes en la infancia (García et al., 2023). Según la Encuesta Nacional de Salud Infantil (NSCH) de 2011, se estimó que la prevalencia del diagnóstico de TDAH entre niños de 4 a 17 años en los Estados Unidos era del 11%, lo que representa un aumento del 42% respecto a la prevalencia estimada en 2003, que era del 7.8% (Martin et al., 2021).

El TDAH muestra un aumento en la prevalencia con la edad: un 7.7% en el grupo de 4 a 10 años, un 14.3% entre los 11 y 14 años, y un 14% en los adolescentes de 15 a 17 años (Smith et al., 2021). Aproximadamente un tercio de los niños son diagnosticados antes de los seis años. Se observa que el TDAH es más común en los niños que en las niñas, con una proporción de hombres a mujeres de 4:1 para el tipo predominantemente hiperactivo y 2:1 para el tipo predominantemente desatento (Nussbaum et al., 2022). En 2011, según la NSCH, la prevalencia fue del 15.1% en niños y 6.7% en niñas (Harpin et al., 2020). La escasez de estudios sobre la población femenina sugiere que puede existir un infradiagnóstico, dado que sus conductas suelen ser menos disruptivas y pueden pasar desapercibidas en el aula, presentándose como más reservadas, perfeccionistas o dispersas (Faraone et al., 2023). En contraste, los niños con comportamientos disruptivos tienden a recibir más atención, al interferir en el funcionamiento del aula. Las niñas, cuando presentan un comportamiento más tranquilo y disperso, son diagnosticadas tendencialmente como subtipo de déficit de atención y pueden mostrar mayores síntomas de ansiedad y/o depresión, mientras que los niños suelen ser diagnosticados con el subtipo combinado.

Según Orjales (2003), también se observan diferencias en cómo los niños y niñas enfrentan el TDAH. Los varones suelen manifestar la frustración a través de problemas de conducta, desobediencia y falta de autocontrol, mientras que las niñas pueden exhibir comportamiento ansioso, dedicando más tiempo al estudio para evitar el fracaso y manifestando conductas obsesivas e hipercontroladas, como la repetición de tareas hasta que se perfeccionan, así como una

sobreadaptación a las normas. Aunque estos comportamientos no están presentes en todas las niñas con TDAH, son estrategias comunes utilizadas para adaptarse a las exigencias del entorno.

En términos de curso y pronóstico, el TDAH es un trastorno neurobiológico crónico cuyos síntomas evolucionan con la edad. Un estudio longitudinal realizado por Biederman et al. (2020) reveló que, en una muestra de 128 niños con TDAH no tratados, el 85% mostró persistencia de los síntomas a lo largo del tiempo, mientras que solo el 15% vio una reducción suficiente como para ya no cumplir con los criterios diagnósticos. Se estima que el 75% de los niños con TDAH continuarán siendo adolescentes con TDAH, y de estos, aproximadamente el 50% persistirá como adultos con el trastorno (Harpin et al., 2021). El curso del TDAH cambia con el desarrollo. Un estudio longitudinal de Achenbach et al. (1995) observó a adolescentes que estaban por entrar en la edad adulta y encontró que, en la adolescencia, los síntomas de hiperactividad disminuían, pero el déficit atencional tendía a ser más severo con el tiempo. La impulsividad, por su parte, se entrelazaba con la impulsividad típica de la adolescencia, intensificando sus efectos. Junto con los problemas de atención, se intensificaban las dificultades para planificar y organizar, síntomas que se tornan más significativos tanto en la adolescencia como en la edad adulta, afectando de manera considerable el desempeño laboral y las relaciones sociales en esta última etapa.

El curso del TDAH cambia con el desarrollo. Un estudio longitudinal de Achenbach et al. (1995) observó a adolescentes que estaban por entrar en la edad adulta y encontró que, en la adolescencia, los síntomas de hiperactividad disminuían, pero el déficit atencional tendía a ser más severo con el tiempo (Miklos et al., 2023). La impulsividad, por su parte, se entrelazaba con la impulsividad típica de la adolescencia, intensificando sus efectos. Junto con los problemas de atención, se intensificaban las dificultades para planificar y organizar, síntomas que se tornan más significativos tanto en la adolescencia como en la edad adulta, afectando de manera considerable el desempeño laboral y las relaciones sociales en esta última etapa (Faraone et al., 2022).

3.2. Factores de buen y mal pronóstico

Existen diferentes factores que influyen positiva o negativamente en la evolución, curso y pronóstico del TDAH (Orjales, 2003):

Tabla 6.

Factores de buen y mal pronóstico

Factores de buen pronóstico		Factores de mal pronóstico	
Diagnóstico precoz		Diagnóstico tardío.	
Familia		Estilos	educativos:
• Educación coherente por parte de los padres y transmisión de valores positivos. • Estabilidad familiar. • Normas flexibles pero claras. • Transmisión de valores positivos por parte de la familia. • Capacidad de la familia para adaptar las exigencias a las posibilidades del niño, evitando no obstante la sobreprotección. • Confianza de los padres en la capacidad intelectual del niño. • Existencia de refuerzo social y ausencia de castigo físico para controlar la conducta del niño.		excesivamente permisivo o excesivamente severo, en los que predominen los castigos verbales o físicos, las órdenes y la crítica severa a los errores. • Ambiente familiar marcado por el estrés, la hostilidad y el desacuerdo entre los padres. • Antecedentes familiares de alcoholismo, conductas antisociales y mentales.	
Escuela		• No aceptación del trastorno. • Exigencia elevada respecto a la capacidad del niño.	
• Adaptación y conocimientos de los profesores. • Tratamiento sistemático en los primeros años de escolaridad. • Capacidad del profesor para reforzar conductas positivas e ignorar adecuadamente las negativas. • Instrucción activa y flexibilidad en los métodos de enseñanza.			
Familia/Escuela			
• Conocimiento del trastorno por parte de los padres los profesores. • Colaboración entre padres y escuela.			

Niño	
• Nivel alto de habilidades cognitivas y de lenguaje en el niño. • Ausencia de negativismo, agresividad y trastornos de conducta importantes en el niño	• Mala salud del niño, retrasos en el desarrollo. • Sobreactividad permanente. • Bajo coeficiente intelectual. Alteraciones de conducta asociadas (conducta desafiante, agresiones...).
	• Relaciones escolares y familiares difíciles. • Fracaso escolar

Nota. Elaboración propia.

3.3. Etiología

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad tiene un origen neurobiológico y presenta una notable predisposición hereditaria; sin embargo, también se ha vinculado a diversos factores prenatales y perinatales, así como a influencias ambientales y psicosociales. Es fundamental considerar detenidamente estos elementos, que incluyen las alteraciones neurobiológicas que afectan el funcionamiento cerebral, la influencia de factores genéticos que aumentan el riesgo familiar, las condiciones psicosociales que pueden impactar el comportamiento y la adaptación del niño, y las eventualidades que ocurren antes y durante el nacimiento que pueden contribuir a la aparición del trastorno.

3.3.1. Factores neurobiológicos

Los estudios han evidenciado que el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad tiene una base neurobiológica asociada con el déficit de dos neurotransmisores clave: la noradrenalina y la dopamina. La noradrenalina está vinculado al estrés, mientras que la dopamina desempeña un papel crucial en el autocontrol y actúa en la región prefrontal del cerebro. En los individuos con TDAH, algunas áreas del lóbulo prefrontal presentan hipoactividad, lo que significa que el umbral de activación cortical es más bajo de lo normal, contribuyendo a un estado de inquietud. Este déficit en noradrenalina y dopamina dificulta que el organismo mantenga el umbral de estimulación

óptimo para las neuronas, resultando en un estado de hipervigilancia que provoca reacciones más intensas a los estímulos sensoriales. Los medicamentos que elevan los niveles de dopamina y noradrenalina son efectivos para reducir los síntomas del TDAH, al mejorar el desequilibrio en el umbral de estimulación.

La síntesis de dopamina ocurre en los ganglios basales, específicamente en el núcleo caudado, lo que también lo relaciona con el TDAH. Tanto el lóbulo frontal como los ganglios basales son fundamentales para la atención, la motivación y la regulación de las respuestas automáticas, incluyendo la impulsividad. Además de estas áreas, se ha encontrado que el córtex visual y auditivo, que se encarga de la percepción de imágenes y sonidos, también está implicado en el TDAH, y suele presentarse sobrecargado en estos niños. Diversas investigaciones sobre potenciales evocados han revelado diferencias significativas entre niños con TDAH y aquellos de la población general. Estos estudios permiten profundizar en los procesos cognitivos, ayudando a determinar si la respuesta incorrecta ante un estímulo en niños con TDAH es atribuible a la incapacidad de discriminar la tarea, a la falta de atención o a la impulsividad. Sin embargo, se requiere una investigación considerable adicional en relación con el TDAH y los potenciales evocados. Según Mena et al. (2006), a pesar de la existencia de diversas teorías que tratan de explicar el origen del TDAH, se concluye que la causa principal es de naturaleza biológica u orgánica, y se comprende como un desequilibrio químico en las áreas cerebrales implicadas en la atención y el movimiento, así como en la transmisión de dopamina.

3.3.2. Factores genéticos

Las investigaciones realizadas en familias de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y en gemelos respaldan la existencia de una fuerte carga genética asociada a este trastorno. Algunos hallazgos que conducen a esta conclusión incluyen: a) Entre el 20% y el 30% de los padres de niños con TDAH reportaron haber manifestado conductas específicas relacionadas con este trastorno durante su infancia; b) Los varones diagnosticados con TDAH suelen tener más probabilidades de tener hermanos del mismo sexo que también presentan síntomas de TDAH, en comparación con niños que no tienen este diagnóstico. Esto sugiere una mayor incidencia de TDAH entre los hermanos; c) Se observa una mayor coincidencia de TDAH entre hermanos que comparten ambos progenitores en comparación con aquellos que solo tienen un padre en común,

indicando un posible componente genético más fuerte en los primeros; d) Según las descripciones que hacen los padres sobre inquietud motora, impulsividad y problemas en el ámbito escolar, los gemelos monocigóticos presentan un mayor grado de coincidencia en sus comportamientos que los gemelos dicigóticos. Este hallazgo refuerza la idea de que los factores hereditarios juegan un papel significativo en la manifestación del TDAH.

3.3.3. Factores psicosociales

Aunque se ha comprobado que una parte del origen del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es hereditaria, resulta casi imposible aislar los síntomas de la influencia del entorno, que incluye factores familiares, escolares y sociales (Biederman et al., 2021). Estos elementos pueden influir en la estabilidad de la sintomatología, así como en su disminución o incremento (Harpin et al., 2023).

Los factores sociales, como un bajo estatus socioeconómico o circunstancias adversas, no son determinantes por sí mismos para un mal pronóstico del TDAH. Sin embargo, los efectos psicológicos derivados de estas circunstancias, como depresión, aislamiento, irritabilidad y baja tolerancia, pueden tener un impacto más significativo en el entorno familiar (Miklos et al., 2022). Además, las pautas educativas inadecuadas, muchas veces asociadas al estilo de crianza de los padres y a las condiciones sociales en las cuales viven, también juegan un papel en la evolución del trastorno (Nussbaum et al., 2022).

Otro factor social relevante es la posible psicopatología de los padres. Cuando los progenitores presentan problemas de salud mental, la relación con sus hijos puede verse afectada de manera conflictiva, lo que provoca una evolución negativa en la dinámica familiar debido a la enfermedad de los padres y a la falta de adecuado control sobre el comportamiento del niño (García et al., 2023). Con relación a la carga genética del TDAH, es común que uno de los progenitores manifieste características conductuales asociadas al trastorno, aun sin un diagnóstico formal (Smith et al., 2023). Esto incrementa la dificultad en el manejo del niño y puede afectar los resultados de las intervenciones propuestas.

3.3.4. Factores prenatales y perinatales

Los factores prenatales y perinatales constituyen elementos predisponentes que, aunque no son determinantes, aumentan la vulnerabilidad del niño ante influencias negativas del entorno. Las complicaciones que ocurren durante estos periodos no afectan de manera uniforme a todos los niños, pero pueden incidir en diversas áreas problemáticas, como la inquietud motriz, la falta de atención, la coordinación motora y las dificultades de aprendizaje. No obstante, las condiciones sociales y familiares desfavorables en las que se desarrolla un niño tienden a ser más influyentes en la persistencia de estos problemas. Entre los factores prenatales y perinatales más relacionados con el TDAH se encuentran el nacimiento prematuro y el bajo peso al nacer, especialmente si el niño ha experimentado anoxia durante el parto o infecciones neonatales. Además, el consumo de tabaco o el abuso de alcohol por parte de la madre durante el embarazo, así como la exposición a otros tóxicos, se han asociado significativamente con la aparición del trastorno. Por último, el estrés psicológico que experimenta la madre mientras está embarazada también se considera un factor de riesgo importante en el desarrollo del TDAH en sus hijos.

3.4. Comorbilidad

Este apartado aborda los trastornos que frecuentemente coexisten con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. La presencia del TDAH incrementa considerablemente la probabilidad de que surjan otros trastornos comórbidos. Aunque el TDAH no es la causa directa de la aparición de estos trastornos, sí favorece su desarrollo. Por ejemplo, el TDAH a menudo se asocia con el trastorno negativista desafiante (TND), presente en aproximadamente la mitad de los niños que presentan una combinación de síntomas y en cerca de una cuarta parte de aquellos con un perfil predominantemente inatento. Asimismo, el trastorno de conducta se presenta en aproximadamente una cuarta parte de los niños y adolescentes con un TDAH de presentación combinada, siendo su prevalencia dependiente de la edad y el contexto en el que se encuentren. Además, es común la concurrencia del trastorno específico de aprendizaje junto con el TDAH. Otros trastornos asociados incluyen los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo, como la depresión, lo que destaca la complejidad del manejo de los pacientes con TDAH y la necesidad de una evaluación integral para abordar adecuadamente todos los aspectos de su salud mental.

3.4.1. Trastorno negativista desafiante (TND)

El trastorno negativista desafiante (TND) se identifica como el trastorno comórbido más común asociado al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, con una prevalencia que oscila entre el 40% y el 65%. La sintomatología característica del TND incluye negativismo y oposicionismo, aunque la severidad puede variar desde una oposición leve hasta un desafío marcado hacia personas e instituciones. Las conductas de oposición pueden manifestarse en niños y adolescentes en situaciones de cansancio, sobreexcitación o como resultado de pautas educativas inadecuadas. Por lo tanto, estas conductas a menudo no son constantes y pueden aparecer de manera esporádica. Se puede emitir un diagnóstico de TND cuando los comportamientos se presentan con mayor frecuencia, intensidad y duración de lo que sería esperable para su grupo de edad y nivel de desarrollo, causando un deterioro clínicamente significativo en actividades sociales, académicas o laborales.

Los síntomas del TND suelen emerger primero en el ámbito familiar. Si este entorno es protector y puede mitigar los efectos de estas conductas, es probable que no se generalicen a otros contextos. Por esta razón, en las primeras sesiones de evaluación clínica, estas conductas pueden no ser fácilmente identificables. Además, es relevante destacar que los afectados a menudo carecen de percepción sobre su comportamiento problemático, ya que generalmente lo interpretan como una respuesta racional para "defenderse de un entorno hostil".

3.4.2. Comportamientos y trastornos asociados

Tabla 7.

Características cognitivas y conductuales

Trastorno negativista desafiante	
Características conductuales (Se deben dar como mínimo cuatro de los ocho)	Accesos de cólera.
	Discusiones con adultos.
	Desafío o negación a cumplir las órdenes o normas de los adultos.
	Llevar a cabo deliberadamente actos para molestar a otras personas.
	Acusar a otros de errores propios o de problemas de comportamiento.
	Ser quisquilloso o irritable.
	Mostrarse iracundo y resentido.

	Ser rencoroso y vengativo.
Características cognitivas	Terquedad. Resistencia a las órdenes, a los compromisos, o negociaciones tanto con los adultos como con los iguales, sobre todo de su entorno más cercano. Búsqueda constante del límite de los adultos y la manera de sobrepasarlo. Hostilidad.

Nota. Elaboración propia.

3.5. Origen del trastorno

La teoría del desarrollo sugiere que el trastorno negativista desafiante puede manifestarse desde la edad preescolar, momento en el cual el individuo presenta problemas de apego, desvinculación de figuras de referencia y dificultades para desarrollar habilidades y hábitos de autonomía apropiados para su edad (Smith et al., 2021). Por otro lado, la teoría del aprendizaje sostiene que los comportamientos desafiantes resultan de actitudes aprendidas de los padres y figuras de autoridad, siendo el refuerzo negativo por parte de estas figuras un factor que agrava el negativismo del niño (Rogers et al., 2022). De este modo, el niño atrae la atención, el tiempo y la preocupación de sus padres y otros adultos significativos. El TND generalmente se presenta antes de los 8 años, pero puede manifestarse en la adolescencia (Miklos et al., 2023). Los síntomas surgen de manera gradual, comenzando en el entorno familiar o en contextos conocidos y luego extendiéndose a otros ámbitos, como la escuela y actividades extracurriculares (Nussbaum et al., 2022). Aunque hombres y mujeres pueden exhibir síntomas similares, en los hombres estos tienden a ser más persistentes, con conductas de enfrentamiento más frecuentes (Faraone et al., 2023).

La prevalencia del trastorno es mayor en varones que en la infancia, especialmente en aquellos que han sido considerados problemáticos o muy inquietos físicamente (García et al., 2023). El trastorno negativista desafiante es una de las razones más comunes por las que se busca ayuda en servicios de salud mental en la infancia y adolescencia, con una prevalencia que varía entre el 2% y el 16% de la población (Smith et al., 2021). Se observa una mayor incidencia en hombres durante la niñez y la adolescencia, y post-pubertad los porcentajes de prevalencia entre hombres y mujeres tienden a igualarse (Harpin et al., 2022). Además, en familias donde alguno de los progenitores padece o

ha padecido trastornos del estado de ánimo, TND, trastorno disocial, TDAH, trastornos de personalidad antisocial o problemas de abuso de sustancias, se observa una mayor incidencia del TND (Miklos et al., 2023). Es relevante destacar que, mientras que la medicación estimulante puede reducir los síntomas específicos del TDAH, no aborda las conductas asociadas con el TND, cuyo tratamiento se basa exclusivamente en enfoques conductuales (Rogers et al., 2022).

3.5.1. Trastorno de ansiedad

Dentro de la categoría de trastornos de ansiedad, aquellos que más frecuentemente coexisten con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad incluyen la ansiedad por separación, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo y la ansiedad generalizada (Miklos et al., 2023). Estos trastornos no solo agravan la sintomatología del TDAH, sino que también pueden complicar el tratamiento y la intervención, ya que las manifestaciones de ansiedad pueden interferir en el desarrollo emocional y social del niño (Faraone et al., 2021). La ansiedad de separación se caracteriza por un miedo intenso a la separación de las figuras de apego, lo que puede manifestarse en llantos, quejas físicas o rechazo a ir a la escuela (Smith et al., 2022). El trastorno de pánico, por otro lado, implica episodios recurrentes de miedo intenso que pueden llevar a ataques de pánico y síntomas físicos como taquicardia y dificultad para respirar (Nussbaum et al., 2022).

El trastorno obsesivo-compulsivo se presenta con pensamientos intrusivos y comportamientos repetitivos destinados a aliviar la ansiedad asociada a esos pensamientos (Rogers et al., 2023). Finalmente, la ansiedad generalizada se manifiesta como preocupación excesiva y persistente sobre diversas áreas de la vida, generando tensión y dificultades en el funcionamiento diario (Harpin et al., 2020). Las dificultades asociadas a los trastornos de ansiedad, especialmente en el contexto de su comorbilidad con el TDAH, incluyen una serie de manifestaciones que pueden afectar significativamente la calidad de vida de los niños. Entre estas dificultades se destacan la preocupación excesiva por el fracaso, donde los niños experimentan un miedo intenso a no cumplir con las expectativas, lo que puede obstaculizar su rendimiento académico y emocional (Miklos et al., 2023). También se observa una preocupación anticipatoria por eventos futuros, generando un estado de ansiedad que interfiere en su capacidad para disfrutar del presente y llevar a cabo actividades cotidianas (García et al., 2023).

Adicionalmente, hay una tendencia a la somatización, donde los niños pueden manifestar síntomas físicos como cefaleas, dolores musculares o problemas digestivos, que son expresiones de su ansiedad interna y pueden complicar su bienestar general (Smith et al., 2022). Asimismo, estos niños suelen necesitar ser tranquilizados con frecuencia, presentando mayor miedo y requiriendo un apoyo constante por parte de adultos, lo que puede dificultar su autonomía y desarrollo de habilidades emocionales (Rogers et al., 2023). Algunos autores sugieren que, en ciertas circunstancias, la ansiedad puede actuar como un factor protector, ya que minimiza la impulsividad y el exceso de movimiento (Faraone et al., 2021). De este modo, aunque la ansiedad puede plantear un desafío significativo, también puede ofrecer un control adicional en situaciones que requieren regulación del comportamiento, evitando acciones impulsivas. Sin embargo, es crucial encontrar un equilibrio, y la intervención adecuada es esencial para que los niños puedan desarrollar estrategias efectivas para manejar tanto la ansiedad como los síntomas del TDAH (Nussbaum et al., 2022).

3.5.2. Trastorno disocial/ Trastorno de conducta

Las conductas observadas en individuos con trastorno disocial abarcan acciones como mentir, hacer trampas, amenazar, robar o infringir la ley, y se caracterizan por la falta de remordimiento. Este trastorno suele manifestarse en asociación con el TDAH entre los 7 y 10 años de edad. Se diagnostica cuando están presentes tres o más de un total de 15 criterios específicos durante los últimos 12 meses, siendo necesario que al menos uno de estos criterios haya estado presente en los últimos seis meses. Los 15 criterios se agrupan en cuatro categorías de comportamientos generalizados: 1) agresión hacia personas y animales, 2) destrucción de la propiedad, 3) fraude o robo, y 4) violaciones graves de normas. Además, para establecer el diagnóstico de trastorno disocial, es fundamental que estas conductas generen un deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, académico o laboral del individuo.

Tabla 8.
Características cognitivas y conductuales del trastorno disocial

Trastorno Disocial

Características conductuales	• Agresividad hacia las personas o animales. • Inicio o búsqueda del enfrentamiento físico. • Utilización de armas para provocar daños. • Destrucción de la propiedad ajena. • Fraude y robo con enfrentamiento. • Peleas contra iguales. • Tortura a animales. • Abuso sexual. • Violación grave de normas familiares, escolares, laborales o sociales. • Escaparse de casa.
Características cognitivas	• Poca empatía con el entorno. • Nula preocupación por los sentimientos, deseos o bienestar de los demás. • Culpabilizar a los demás de sus actos. • Actitud hostil y amenazadora. • Reacciones agresivas. • Autoestima baja o alta en exceso. • Baja tolerancia a la frustración. • Irritabilidad. • Imprudencia.

Nota. Elaboración propia.

3.5.3. Comportamientos y trastornos asociados

Dentro de la categoría de trastornos de ansiedad, aquellos que más frecuentemente coexisten con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) incluyen la ansiedad por separación, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo y la ansiedad generalizada (Miklos et al., 2023). Estos trastornos no solo agravan la sintomatología del TDAH, sino que también pueden complicar el tratamiento y la intervención, ya que las manifestaciones de ansiedad pueden interferir en el desarrollo emocional y social del niño (Faraone et al., 2021). La ansiedad de separación se caracteriza por un miedo intenso a la separación de las figuras de apego, lo que puede manifestarse en llantos, quejas físicas o rechazo a ir a la escuela (Smith et al., 2022). El trastorno de pánico, por otro lado, implica episodios recurrentes de miedo intenso que pueden llevar a ataques de pánico y síntomas físicos como taquicardia y dificultad para respirar (Nussbaum et al., 2022).

El trastorno obsesivo-compulsivo se presenta con pensamientos intrusivos y comportamientos repetitivos destinados a aliviar la ansiedad asociada a esos pensamientos (Rogers et al., 2023). Finalmente, la ansiedad generalizada se manifiesta como preocupación excesiva y persistente sobre diversas áreas de la vida, generando tensión y dificultades en el funcionamiento diario (Harpin et al., 2020). Las dificultades asociadas a los trastornos de ansiedad, especialmente en el contexto de su comorbilidad con el TDAH, incluyen una serie de manifestaciones que pueden afectar significativamente la calidad de vida de los niños. Entre estas dificultades se destacan la preocupación excesiva por el fracaso, donde los niños experimentan un miedo intenso a no cumplir con las expectativas, lo que puede obstaculizar su rendimiento académico y emocional (Miklos et al., 2023). También se observa una preocupación anticipatoria por eventos futuros, generando un estado de ansiedad que interfiere en su capacidad para disfrutar del presente y llevar a cabo actividades cotidianas (García et al., 2023).

Adicionalmente, hay una tendencia a la somatización, donde los niños pueden manifestar síntomas físicos como cefaleas, dolores musculares o problemas digestivos, que son expresiones de su ansiedad interna y pueden complicar su bienestar general (Smith et al., 2022). Asimismo, estos niños suelen necesitar ser tranquilizados con frecuencia, presentando mayor miedo y requiriendo un apoyo constante por parte de adultos, lo que puede dificultar su autonomía y desarrollo de habilidades emocionales (Rogers et al., 2023). Algunos autores sugieren que, en ciertas circunstancias, la ansiedad puede actuar como un factor protector, ya que minimiza la impulsividad y el exceso de movimiento (Faraone et al., 2021). De este modo, aunque la ansiedad puede plantear un desafío significativo, también puede ofrecer un control adicional en situaciones que requieren regulación del comportamiento, evitando acciones impulsivas. Sin embargo, es crucial encontrar un equilibrio, y la intervención adecuada es esencial para que los niños puedan desarrollar estrategias efectivas para manejar tanto la ansiedad como los síntomas del TDAH (Nussbaum et al., 2022).

3.6. Trastornos del aprendizaje

Dentro de la categoría de trastornos de ansiedad, aquellos que más frecuentemente coexisten con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) incluyen la ansiedad por separación, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo y la ansiedad generalizada

(Miklos et al., 2023). Estos trastornos no solo agravan la sintomatología del TDAH, sino que también pueden complicar el tratamiento y la intervención, ya que las manifestaciones de ansiedad pueden interferir en el desarrollo emocional y social del niño (Faraone et al., 2021). La ansiedad de separación se caracteriza por un miedo intenso a la separación de las figuras de apego, lo que puede manifestarse en llantos, quejas físicas o rechazo a ir a la escuela (Smith et al., 2022). El trastorno de pánico, por otro lado, implica episodios recurrentes de miedo intenso que pueden llevar a ataques de pánico y síntomas físicos como taquicardia y dificultad para respirar (Nussbaum et al., 2022).

El trastorno obsesivo-compulsivo se presenta con pensamientos intrusivos y comportamientos repetitivos destinados a aliviar la ansiedad asociada a esos pensamientos (Rogers et al., 2023). Finalmente, la ansiedad generalizada se manifiesta como preocupación excesiva y persistente sobre diversas áreas de la vida, generando tensión y dificultades en el funcionamiento diario (Harpin et al., 2020).

Las dificultades asociadas a los trastornos de ansiedad, especialmente en el contexto de su comorbilidad con el TDAH, incluyen una serie de manifestaciones que pueden afectar significativamente la calidad de vida de los niños. Entre estas dificultades se destacan la preocupación excesiva por el fracaso, donde los niños experimentan un miedo intenso a no cumplir con las expectativas, lo que puede obstaculizar su rendimiento académico y emocional (Miklos et al., 2023). También se observa una preocupación anticipatoria por eventos futuros, generando un estado de ansiedad que interfiere en su capacidad para disfrutar del presente y llevar a cabo actividades cotidianas (García et al., 2023).

Adicionalmente, hay una tendencia a la somatización, donde los niños pueden manifestar síntomas físicos como cefaleas, dolores musculares o problemas digestivos, que son expresiones de su ansiedad interna y pueden complicar su bienestar general (Smith et al., 2022). Asimismo, estos niños suelen necesitar ser tranquilizados con frecuencia, presentando mayor miedo y requiriendo un apoyo constante por parte de adultos, lo que puede dificultar su autonomía y desarrollo de habilidades emocionales (Rogers et al., 2023). Algunos autores sugieren que, en ciertas circunstancias, la ansiedad puede actuar como un factor protector, ya que minimiza la impulsividad y el exceso de movimiento (Faraone et al., 2021). De este modo, aunque la ansiedad puede plantear un desafío significativo, también puede ofrecer un control adicional en situaciones que requieren

TDAH en el ámbito escolar: “Una oportunidad para todos”

regulación del comportamiento, evitando acciones impulsivas. Sin embargo, es crucial encontrar un equilibrio, y la intervención adecuada es esencial para que los niños puedan desarrollar estrategias efectivas para manejar tanto la ansiedad como los síntomas del TDAH (Nussbaum et al., 2022).



CAPÍTULO 4

CAPÍTULO 4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Objetivos específicos

- Enumerar los aspectos relacionados con los comportamientos propios de la edad y el comportamiento negativista.
- Mostrar las diferencias del TDAH con respecto a los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.
- Valorar la afectación de los fármacos sobre el diagnóstico diferencial.

4.1. DSM-V. Diagnóstico diferencial

A lo largo de este estudio referencial, es esencial realizar el diagnóstico diferencial del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) conforme a lo establecido por el DSM-5. Este proceso implica distinguir el TDAH de una variedad de condiciones y comportamientos que pueden presentar síntomas similares (Smith et al., 2021). Entre estos se incluyen comportamientos típicos de la edad, que son desarrollos normales en el comportamiento de los niños, así como medios hipostimulantes que pueden afectar la atención y el comportamiento (Nussbaum et al., 2022). También es necesario diferenciarlo del trastorno negativista desafiante, caracterizado por una oposición hacia figuras de autoridad; el trastorno explosivo intermitente, que se manifiesta en episodios de ira extrema y comportamientos agresivos; y el trastorno de conducta, donde se presentan patrones persistentes de comportamiento agresivo o violador de normas (Faraone et al., 2023).

Adicionalmente, se deben considerar el trastorno de movimientos estereotipados, que implica repetición de movimientos sin propósito, el trastorno específico del aprendizaje, que afecta la capacidad para leer, escribir o realizar matemáticas, y la discapacidad intelectual, que puede involucrar limitaciones en el razonamiento y habilidades adaptativas (García et al., 2022). Asimismo, es crucial tener en cuenta el trastorno del espectro autista, que abarca dificultades en la comunicación e interacción social; el trastorno de relación social desinhibida, caracterizado por comportamientos excesivamente amistosos hacia extraños; y el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, que implica irritabilidad y cambios emocionales extremos (Miklos et al., 2023). También deben ser considerados los trastornos de ansiedad, el trastorno depresivo mayor, así como los trastornos bipolares I y II, que presentan cambios extremos en el estado de ánimo (Harpin et al., 2021). Por último, se debe tener presente la influencia del consumo de fármacos y los trastornos neurocognitivos, que afectan las funciones cognitivas y el comportamiento. Realizar un diagnóstico diferencial adecuado es crucial para garantizar un tratamiento y una intervención efectivos, así como para entender mejor las necesidades específicas del individuo (Smith et al., 2022).

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad se presenta con características distintas comparado con otros trastornos. En contraposición al TDAH, los comportamientos en niños activos pueden ser adecuados para su edad y no provocan un malestar clínicamente significativo (Faraone

et al., 2023). Un ambiente poco estimulante puede conducir a la inatención, pero en este caso, es causado por el aburrimiento, lo cual es diferente a la desatención observada en el trastorno negativista desafiante, que se produce por la negación a cumplir con los requerimientos de los demás (García et al., 2022).

Además, el trastorno explosivo intermitente se manifiesta a través de episodios de agresión grave hacia otros, mientras que la impulsividad en el trastorno de conducta está asociada a un patrón de comportamiento antisocial (Miklos et al., 2023). Por otro lado, en el trastorno de movimientos estereotipados, el comportamiento motor tiende a ser fijo y repetitivo, a diferencia de la inquietud y el desasosiego del TDAH, que suelen ser más generalizados (Nussbaum et al., 2022). En relación con el trastorno específico del aprendizaje, este puede conllevar comportamientos desatentos, pero únicamente debido a frustración, falta de interés o limitaciones de capacidad, sin causar problemas fuera del ámbito académico (Rogers et al., 2022). En contraste, la discapacidad intelectual se caracteriza por la ausencia de síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad durante la realización de tareas no académicas (Faraone et al., 2022).

El trastorno del espectro autista puede estar marcado por desconexión y aislamiento social, debido a déficits en la comunicación, así como momentos de arrebatos temperamentales por la incapacidad de tolerar cambios inesperados. En el caso del TDAH, la disfunción social y el rechazo están más vinculados a síntomas de inatención e hiperactividad, y los estallidos temperamentales son resultado de impulsividad o escaso autocontrol (Biederman et al., 2021). Más aún, a diferencia del TDAH, el trastorno de relación social desinhibida se caracteriza por desinhibición social, pero no por el conjunto de síntomas asociados al TDAH. La desatención y la hiperactividad que se pueden presentar por el uso de fármacos o drogas de abuso, como los broncodilatadores, generalmente remiten al interrumpir el consumo de estas sustancias y se diagnostican como trastornos relacionados con sustancias no especificadas o efectos adversos de medicamentos (Harpin et al., 2022).

Por consiguiente, los síntomas de inatención que pueden manifestarse debido a otros trastornos mentales, como el trastorno del estado de ánimo o de ansiedad, difieren en el TDAH, donde la inatención provoca una atracción hacia estímulos externos o nuevas actividades, o preocupación por actividades placenteras (Nussbaum et al., 2022). Por último, los trastornos neurocognitivos se diferencian del TDAH por su inicio, que típicamente ocurre a una edad más avanzada y está

asociado a déficits cognitivos más amplios que afectan el funcionamiento diario de los individuos (García et al., 2023).

4.2. Comportamientos propios de la edad

Los síntomas principales del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, que incluyen la hiperactividad, el déficit de atención y la impulsividad, son comportamientos normales que se observan en todos los niños; sin embargo, en el caso del TDAH, estos síntomas se presentan con mayor intensidad, duración y frecuencia (Faraone et al., 2023). Existen varios aspectos relacionados con los comportamientos propios de la edad que merecen ser destacados. En primer lugar, los síntomas de desatención pueden ser evidentes en niños con coeficiente intelectual total (CIT) bajo que se encuentran en entornos académicos inadecuados para su capacidad intelectual (García et al., 2022). Es posible establecer un diagnóstico adicional de TDAH en niños con retraso mental si los síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad son excesivos para su edad mental (Nussbaum et al., 2022). Esto también se aplica a niños con un coeficiente intelectual elevado que están situados en ambientes académicamente poco estimulantes (Miklos et al., 2023).

En cuanto al exceso de movimiento, es importante recordar que los niños pequeños son muy activos, y es normal que su actividad motora disminuya con la edad a medida que desarrollan habilidades de autorregulación (Smith et al., 2021). Además, es necesario considerar la personalidad del niño, evaluando aspectos como su temperamento, energía y vitalidad (Rogers et al., 2023). Por último, otras variables también pueden influir en el comportamiento, como el malestar o enfermedades, así como la tolerancia excesiva por parte de los adultos, que pueden dar lugar a comportamientos similares a los del TDAH (García et al., 2023). Asimismo, se debe tener presente que entornos poco estructurados, con ausencia de normas y límites o, por el contrario, con un exceso de ellos, pueden provocar alteraciones en la conducta (Harpin et al., 2022).

4.2.1. Comportamiento negativista

La característica principal que nos permitirá el diagnóstico diferencial es la actitud oposicionista ante aquellas actividades que requieren dedicación y esfuerzo y que vienen marcadas por alguna figura de autoridad: les cuesta aceptar las normas impuestas y no acostumbran a presentar

conductas de arrepentimiento. En cambio, en el caso de un niño con TDAH, este evita las tareas que exigen concentración y atención y presenta arrepentimiento ante las consecuencias que pueden llegar a tener sus conductas impulsivas.

4.2.2. Trastorno de ansiedad

El trastorno de ansiedad puede manifestarse con hiperactividad y/o impulsividad. Se diferencia del TDAH en la edad de inicio (este se manifiesta antes de los 12 años y los trastornos de ansiedad se pueden presentar a cualquier edad) y en la historia infantil de adaptación escolar (en los trastornos de ansiedad esta no se caracteriza por comportamientos perturbadores o por quejas de los profesores en cuanto a la conducta desatenta, hiperactiva o impulsiva).

4.2.3. Trastornos del estado de ánimo

En relación con los trastornos del estado de ánimo, es importante diferenciar entre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y otros trastornos afectivos. En el caso del trastorno depresivo, la principal diferencia radica en la edad de inicio: los trastornos depresivos pueden presentarse a cualquier edad, mientras que los síntomas del TDAH deben estar presentes antes de los 12 años (Faraone et al., 2023). A pesar de esta diferencia, ambos trastornos pueden mostrar similitudes en su expresión clínica, como dificultades conductuales y sociales, una pobre relación con los compañeros, problemas de conducta, exceso de actividad en clase y dificultades en el ámbito cognitivo (Miklos et al., 2023).

En cuanto al trastorno bipolar, los síntomas de un episodio maníaco pueden recordar a los del TDAH, incluyendo euforia, interrupciones frecuentes, negativismo, rasgos de agresividad, disminución de las necesidades de sueño y atención dispersa (García et al., 2022). Sin embargo, para realizar un diagnóstico diferencial, es crucial considerar ciertos indicadores. Por ejemplo, la edad de inicio en el trastorno bipolar no es un factor determinante, mientras que, en el TDAH, los síntomas deben aparecer en la infancia (Nussbaum et al., 2022). También se deben observar los pródromos: en el trastorno bipolar, las alteraciones emocionales son síntomas iniciales (Rogers et al., 2023). Aunque ambos trastornos tienden a ser crónicos, el trastorno bipolar presenta fases clínicas que alternan con períodos de eutimia, en los que no se manifiestan síntomas (Harpin et al.,

2021). Adicionalmente, el estado de ánimo de los niños con TDAH a menudo se caracteriza por una baja autoestima, en contraposición con la euforia y la irritabilidad que son típicas en el trastorno bipolar (Biederman et al., 2021).

Sin duda alguna, el diagnóstico del TDAH también se puede diferenciar de los trastornos afectivos a través de la historia infantil en relación con la adaptación escolar. En el caso de los trastornos afectivos, los niños no suelen ser caracterizados por comportamientos perturbadores ni por quejas de los profesores sobre su conducta desatenta, hiperactiva o impulsiva, lo que resalta la necesidad de una evaluación cuidadosa para establecer un diagnóstico adecuado (Miklos et al., 2023).

4.2.4. Consumo de fármacos

Algunos fármacos provocan como efectos secundarios una sobreactividad que desaparece al retirarlos. Si niños muestran síntomas de desatención, hiperactividad o impulsividad relacionados con el uso de medicamentos no se diagnostica un TDAH, sino un trastorno relacionado con otras sustancias no especificadas, y se reevalúa de nuevo al retirar la medicación, si la sintomatología persiste, para poder realizar un nuevo diagnóstico si es necesario.

4.2.5. Gilles de la Tourette

El 50% de los niños que sufren el síndrome de Gilles de la Tourette, compleja mezcla de síntomas neurológicos (tics motores y vocales) y de trastornos de conducta, también presentan un TDAH. Por tanto, se hace necesario diferenciar los síntomas de cada trastorno y hacer el diagnóstico de ambos si son comórbidos.



CAPÍTULO 5

CAPÍTULO 5. EVALUACIÓN

Objetivos específicos

- Enumerar los criterios de selección de los instrumentos de evaluación.
- Exponer la entrevista clínica estándar y la entrevista diagnóstica estructurada.
- Analizar el screening patológico y recursos del niño/adolescente y entorno.
- Valorar síntomas asociados y diagnóstico diferencial.
- Determinar distintas pruebas de inteligencia y para valorar la capacidad de atención y funciones ejecutivas.
- Evaluar las capacidades de aprendizaje mediante determinadas pruebas específicas.

5.1. Datos y fuentes de información

Debido a las características intrínsecas del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), el proceso de diagnóstico involucra a diversos profesionales y requiere la recopilación de información de múltiples fuentes, lo que permite una valoración integral del paciente (Miklos et al., 2023). Según Quinlan (2003), el diagnóstico del TDAH es un proceso clínico que considera diferentes tipos de datos e información. Esto incluye la autoevaluación del paciente sobre los síntomas y el nivel de interferencia que estos provocan, así como la información obtenida a través de la observación por parte de padres y tutores, quienes pueden ofrecer perspectivas valiosas sobre el comportamiento del niño (Nussbaum et al., 2022).

Además, se realiza una recopilación de información transversal mediante informes escolares, que ayudan a verificar la persistencia de los síntomas a lo largo del tiempo y su evolución en diferentes entornos (Faraone et al., 2023). También se incorporan datos obtenidos a través de herramientas estructuradas, como tests y escalas de evaluación. Es importante destacar que el diagnóstico del TDAH es de naturaleza clínica; no existe una prueba médica específica que confirme el diagnóstico. Se basa en los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-5, los cuales se aplican tras realizar una valoración clínica exhaustiva que debe incluir la historia clínica, un estudio psicométrico y una evaluación neuropsicológica (García et al., 2023). Esto asegura un enfoque comprensivo y apropiado para cada caso.

5.2. Criterios de selección de los instrumentos de evaluación

Entre los criterios de selección de los instrumentos de evaluación para el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), se destacan varios aspectos fundamentales. En primer lugar, se recomienda realizar una entrevista clínica estándar que incluya a los padres, al niño o adolescente, y a la escuela (Harpin et al., 2022). Si esta entrevista inicial no proporciona suficiente orientación hacia el diagnóstico, se puede recurrir a una entrevista diagnóstica estructurada o semiestructurada, como K-SADS, DICA, o ICDS (Miklos et al., 2023). También es relevante llevar a cabo un screening patológico y una valoración de los recursos del niño o adolescente y su entorno, evaluando factores como la personalidad, la adaptación y los estilos educativos mediante instrumentos como SENA, BASC, CBC, TAMAI, MACI y HSPQ (Faraone

et al., 2023). Se deben emplear escalas específicas que permitan valorar los síntomas principales, así como evaluar síntomas asociados y realizar un diagnóstico diferencial considerando aspectos como el desarrollo evolutivo, la capacidad intelectual y síntomas emocionales (Nussbaum et al., 2022).

La entrevista diagnóstica específica es crucial, ya que se basa en los criterios del DSM para realizar el diagnóstico diferencial y establecer el diagnóstico definitivo (García et al., 2022). Con toda la información recabada, el clínico debe determinar si los problemas descritos provocan en el niño dificultades suficientes para justificar el diagnóstico de síntoma, es decir, debe realizar un diagnóstico de posición que evalúe el grado y las áreas de afectación (Rogers et al., 2023). Además, es esencial averiguar si la configuración de los síntomas corresponde a un TDAH o a otro trastorno (Miklos et al., 2023).

El proceso diagnóstico no se limita a verificar si se cumplen los síntomas y otros criterios establecidos; también implica evaluar otras áreas que podrían estar afectadas. Cuando la información recopilada, proveniente de múltiples informantes a través de entrevistas, observaciones, cuestionarios y tests, coincide, el proceso diagnóstico tiende a ser más sencillo y preciso (Faraone et al., 2022). En contraste, si se presentan divergencias entre las diferentes fuentes e informantes, el proceso se complica y el clínico debe analizar cuidadosamente toda la información recogida para desentrañar el cuadro subyacente. Para realizar un diagnóstico de TDAH, es fundamental que el profesional examine en profundidad el comportamiento del niño en su hogar, en la escuela y en otros entornos, recoja una amplia información a través de la historia clínica—prestando especial atención a los antecedentes familiares—y efectúe una valoración integral del niño a nivel psicológico, pedagógico, neuropsicológico y médico (Nussbaum et al., 2022). Esto permitirá determinar el estado del niño en términos físicos, emocionales y de aprendizaje, así como el grado de afectación en su vida diaria.

5.2.1. La entrevista clínica estándar y la entrevista diagnóstica estructurada

La entrevista clínica es una herramienta fundamental para recopilar información y obtener una impresión inicial sobre la naturaleza del problema (Miklos et al., 2023). En el inicio del proceso de evaluación, se establece la adherencia terapéutica, que resulta crucial para el desarrollo positivo

del proceso de intervención (García et al., 2022). La entrevista diagnóstica debe incluir varios componentes esenciales: en primer lugar, una historia clínica general o anamnesis; a continuación, una historia general del problema que aborde el problema actual y su evolución a lo largo del tiempo (Nussbaum et al., 2022). También es importante formular preguntas relacionadas con los criterios diagnósticos de las hipótesis planteadas, que permitan recopilar la información necesaria para realizar un diagnóstico diferencial (Faraone et al., 2023). Además, se deben incluir preguntas sobre las estrategias que se han intentado hasta el momento para minimizar el problema y sobre la efectividad de dichas estrategias (Rogers et al., 2022).

Siguiendo la lógica del proceso de evaluación, comenzamos con la entrevista clínica y nos enfocamos en aquellos síntomas que puedan orientar el proceso, teniendo en cuenta el tipo de trastorno y sus características específicas (Harpin et al., 2021). En el caso de la evaluación del TDAH, es posible ampliar la recolección de información utilizando entrevistas basadas en los criterios diagnósticos mencionados, o bien, aplicar estas entrevistas una vez que se hayan corregido las pruebas para clarificar el diagnóstico diferencial (Miklos et al., 2023).

En cuanto al screening patológico y la evaluación de los recursos del niño o adolescente y su entorno, existen escalas que facilitan la evaluación de la psicopatología en general. Algunas de las más utilizadas son: SENA, BASC, CBC, Cuestionario de Situaciones Concretas, HSQ-R/SSQ-R, CPRS-48/CPTR-28, EDAH, BRIEF, Cuestionario TDAH y SCRS (Faraone et al., 2023). En la siguiente sección, se ofrecerá un análisis detallado de cada una de estas escalas, incluyendo su descripción, el rango de edad al que están dirigidas, qué aspectos evalúan y cómo se puntúan, lo que proporcionará una visión más completa y precisa de su utilidad en el diagnóstico y tratamiento del TDAH.

Tabla 9.
Sistema de evaluación de Niños y Adolescentes

SENA	Sistema de evaluación de Niños y Adolescentes
Descripción	El Sistema de evaluación de Niños y Adolescentes (SENA) es un instrumento dirigido a la detección de un amplio espectro de PROBLEMAS emocionales y de conducta desde los 3 hasta los 18 años. El SENA permite recabar información

	procedente de varias fuentes o informadores, por lo que el profesional puede conocer mejor qué problemas presenta el niño o adolescente en diferentes contextos (familiar y escolar), además de contar con la información que proporciona el propio niño o evaluado. Para ello dispone de tres tipos de cuestionarios diferentes (autoinforme, familia o escuela) que pueden utilizarse aislada o conjuntamente, según estime más conveniente el profesional.
Rango de edad	✓ Nivel 1 INFANTIL (3-6 años) ✓ Nivel 2 PRIMARIA (6-12 años). ✓ Nivel 3 SECUNDARIA (12-18 años).
¿Qué evalúa?	Problemas interiorizados: depresión, ansiedad, ansiedad social, quejas somáticas, obsesión-compulsión y sintomatología postraumática. Problemas exteriorizados: hiperactividad e impulsividad, problemas de atención, agresividad, conducta desafiante, problemas de control de la ira, conducta antisocial. Problemas específicos: retraso en el desarrollo, problemas de la conducta alimentaria, problemas de aprendizaje, esquizotipia, consumo de sustancias. También permite detectar áreas de vulnerabilidad que predisponen al evaluado a presentar problemas más severos. Algunas de estas áreas son los problemas de regulación emocional, la rigidez, el aislamiento, la búsqueda de sensaciones o las dificultades de apego. Asimismo, evalúa la presencia de varios recursos psicológicos que actúan como factores protectores ante diferentes problemas y que pueden utilizarse para apoyar la intervención. Algunos de estos recursos evaluados por el SENA son la autoestima, la integración y competencia social, la inteligencia emocional o la conciencia de los problemas. Además de las escalas anteriores, el SENA proporciona tres escalas de control para valorar posibles sesgos en las respuestas, un sistema de ítems críticos que alerta al examinador ante la presencia de aspectos especialmente problemáticos y hasta seis índices globales que permiten resumir en varias áreas generales las puntuaciones obtenidas en las distintas escalas. (p. ej., Índice de problemas emocionales, de problemas conductuales, de problemas en las funciones ejecutivas...).

Puntuación Puntuaciones típicas -T

Nota. Elaboración propia.

Tabla 10.

Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (Reynolds y Kamphaus)

BASC	Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (Reynolds y Kamphaus)
Descripción	Evalúa múltiples aspectos del comportamiento y la personalidad. Está compuesto por cinco elementos que nos permiten evaluar al sujeto desde diversas perspectivas: • Historia estructura del desarrollo. • Autoinforme. • Cuestionario de valoración para padres. • Cuestionario de valoración para tutores. • Sistema de registro de conductas en el aula.
Rango de edad	3-6 años: P-1 y T-1 • 6-12 años: P-2, T-2 y S-2 • 12-18 años: P-3, T-3 y S-3
¿Qué evalúa?	Las dimensiones positivas (escalas adaptativas) y las negativas (escalas clínicas) que resumen la capacidad del menor para adaptarse a diferentes entornos a partir de dimensiones globales. • Exteriorizar problemas: agresividad, hiperactividad, problemas de conducta. • Interiorizar problemas: ansiedad, depresión, somatización. • Problemas escolares: problemas de atención, problemas de aprendizaje. • Otros problemas: atipicidad, retraimiento.

TDAH en el ámbito escolar: “Una oportunidad para todos”

	• Habilidades adaptativas: adaptabilidad, liderazgo, habilidades sociales. • Otras habilidades adaptativas: habilidades para el estudio. • Índice de síntomas comportamentales.
Puntuación	Puntuaciones típicas -T

Nota. Elaboración propia.

Tabla 11.

Cuestionario de problemas infantiles. Escalas de Achenbac

CBC	Cuestionario de problemas infantiles. Escalas de Achenbac
Descripción	Nos informa del perfil de los problemas conductuales más frecuentes en niños y adolescentes. Consta de tres elementos que nos aportan información del sujeto desde distintas perspectivas: • Padres (CBCL) • Profesores (TRF) • Autoinforme (YSRF)
Rango de edad	• 1,5-5 años (CBCL, TRF) • 6-18 años (CBCL-TRF) • 11-18 (YSRF)
¿Qué evalúa?	Diversas escalas de comportamiento dependiendo del margen de edad del sujeto evaluado. Consta de ocho subescalas, agrupadas en dos factores de segundo orden: • Interiorizado: inatención, ansiedad-depresión, retraimiento-depresión, problemas sociales, problemas de pensamiento.

	• Exteriorizado: conducta, romper las normas/reglas, conducta agresiva
Puntuación	Puntuaciones centiles

Nota. Elaboración propia.

Tabla 12.

Cuestionario de situaciones concretas (estilos y estrategias educativas)

Situaciones concretas	Cuestionario de situaciones concretas (estilos y estrategias educativas) (Nicolau, Beltrán et al.,1997)
Descripción	Cuestionario que consta de 21 situaciones cotidianas frecuentes en el que los padres deben escoger, entre varias respuestas, la que mejor describe su manera de actuar habitualmente y no lo que cabría esperar o sería lo ideal.
Rango de edad	Hasta los 10 años, por el contenido de las situaciones planteadas.
¿Qué evalúa?	Valora las estrategias educativas que los padres utilizan y las creencias respecto a la educación de sus hijos.
Puntuación	Se calcula el porcentaje de aciertos. Son puntuaciones indicativas de pautas educativas poco adecuadas aquellas puntuaciones inferiores a 60.

Nota. Elaboración propia.

Tabla 13.

Cuestionario de situaciones problemáticas

HSQ-R SSQ-R	Cuestionario de situaciones problemáticas (Dupaul y Barkley, 1990)
Descripción	Cuestionario que valora situaciones cotidianas en los dos ambientes más influyentes del niño: la versión padres (HSQ-R) y la versión escuela (SSQ-R).

TDAH en el ámbito escolar: “Una oportunidad para todos”

Rango de edad	Niños y adolescentes
¿Qué evalúa?	Déficit de atención, hiperactividad/impulsividad.
Puntuación	Puntuaciones directas.

Nota. Elaboración propia.

Tabla 14.

Escala de evaluación de Conners para padres (CPRS-48) y maestros (CPTR-28)

CPRS-48 / CPTR-28	Escala de evaluación de Conners para padres (CPRS-48) y maestros (CPTR-28)
Descripción	Cuestionario que tiene como objetivo detectar la presencia de TDAH mediante la evaluación de la información recogida de padres y profesores.
Rango de edad	De 6 a 18 años.
¿Qué evalúa?	Versiones padres: problemas de conducta, problemas de aprendizaje, somatización, impulsividad/hiperactividad, ansiedad. Versión tutores: problemas de conducta, impulsividad/hiperactividad, inatención/pasividad. Incluye un índice de hiperactividad que nos informa respecto a cómo de sensible es el niño a una intervención farmacológica.
Puntuación	Puntuaciones centiles

Nota. Elaboración propia.

Tabla 15.

Escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

EDAH	Escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Farré y Narbona, 2003)
-------------	--

TDAH en el ámbito escolar: “Una oportunidad para todos”

Descripción	Escala de 20 ítems para la evaluación de los síntomas del TDAH en el ambiente escolar.
Rango de edad	Niños y adolescentes.
¿Qué evalúa?	La escala nos aporta tres valores: hiperactividad, déficit de atención y trastornos de conducta; y dos escales compuestas: hiperactividadimpulsividad y déficit de atención, e hiperactividad y problemas de conducta
Puntuación	Puntuaciones centiles.

Nota. Elaboración propia.

Tabla 16.

Escala conductual de funcionamiento ejecutivo para padres

BRIEF	Escala conductual de funcionamiento ejecutivo para padres (Brief, Gioia, Isquith y Guy, 2004)
Descripción	Cuestionario para padres y profesores, en el que deben valorar los comportamientos de la función ejecutiva en el entorno concreto.
Rango de edad	De 5 a 18 años (en la actualidad se está haciendo la adaptación española del BRIEF-P, para niños de 1,5 a 5 años).
¿Qué evalúa?	Aporta información de ocho escalas clínicas del funcionamiento ejecutivo: 1. Inhibición: Habilidad para detener una conducta en el momento apropiado. 2. Cambio: Habilidad para realizar transiciones y tolerar cambios, flexibilidad para resolver problemas y alternar el foco de atención cuando es necesario. 3. Control emocional: Refleja la influencia de las funciones ejecutivas en la expresión y regulación de las emociones. 4. Iniciativa: Habilidad para iniciar una tarea o actividad de manera espontánea.

	5. Memoria de trabajo: Capacidad para retener información en la mente para completar una tarea, registrar y almacenar información. 6. Organización y planificación: Para la resolución de problemas. 7. Orden: Habilidad para ordenar las cosas del entorno. 8. Control: Del propio rendimiento durante la realización de una tarea o inmediatamente después de finalizar la misma, y conciencia del niño acerca de los efectos que su conducta provoca en los demás. (Las escalas memoria de trabajo e inhibición son útiles para diferenciar los subtipos del TDAH)
Puntuación	Puntuaciones típicas.

Nota. Elaboración propia.

Tabla 17.

Escala de evaluación para el trastorno por déficit de atención

CUESTIONARIO TDAH	Escala de evaluación para el trastorno por déficit de atención (Stephen B, Mc Carney, 1989)
Descripción	Cuestionario que evalúa tres factores: déficit de atención, impulsividad e hiperactividad. Existe una versión para padres y otra para la escuela. Los ítems están adaptados a los entornos.
Rango de edad	Niños y adolescentes (4-20 años).
¿Qué evalúa?	Los principales síntomas del TDAH: hiperactividad, impulsividad y déficit de atención.
Puntuación	Puntuaciones estándar

Nota. Elaboración propia.

Tabla 18.

Escala de autocontrol de Kendall

SCRS	Escala de autocontrol de Kendall (1979) (SCRS)
Descripción	Consta de 33 ítems que presentan a los padres, situaciones en las que deben valorar la habilidad del menor para inhibir las conductas o para controlar las reacciones impulsivas.
Rango de edad	Niños y adolescentes (4-20 años).
¿Qué evalúa?	Valora la capacidad del niño para controlar su comportamiento. Las puntuaciones superiores a 4,5 son indicativas de una tendencia a la falta de autocontrol. De los ítems presentados, diez se refieren a los problemas de autocontrol, trece a los de impulsividad, y diez a los de falta de autocontrol e impulsividad.
Puntuación	Puntuaciones estándar

Nota. Elaboración propia.

Sin embargo, existen diversas escalas diseñadas para valorar síntomas asociados y facilitar el diagnóstico diferencial en el contexto del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). A continuación, se presentan algunas de estas escalas:

- Escala de Autoconcepto: Esta herramienta permite evaluar cómo los individuos perciben su propia autoestima y autoconcepto, lo que puede ser relevante en el contexto de intervenciones para abordar problemas emocionales asociados al TDAH.
- CDS (Children's Depression Scale): Esta escala está diseñada para medir la gravedad de los síntomas depresivos en niños y puede ser útil para identificar la presencia de comorbilidad con trastornos del estado de ánimo.
- CECAD (Cuestionario de Evaluación de Conductas de Adolescentes): Se utiliza para evaluar un rango de conductas problemáticas y puede ayudar a identificar factores de riesgo asociados al TDAH en adolescentes.

TDAH en el ámbito escolar: “Una oportunidad para todos”

- CDI (Children's Depression Inventory): Esta escala es específica para la evaluación de síntomas de depresión en niños y adolescentes, proporcionando información clave sobre el estado emocional del paciente.
- STAIC (State-Trait Anxiety Inventory for Children): Esta herramienta evalúa la ansiedad en niños, permitiendo distinguir entre la ansiedad como estado (temporal) y como rasgo (más duradero), facilitando el diagnóstico diferencial en el TDAH.
- STAXI-NA (State-Trait Anger Expression Inventory): Se utiliza para evaluar la ira y su expresión en niños y adolescentes, lo que puede ser crucial en el contexto de TDAH, ya que las dificultades en el autocontrol emocional son comunes.
- CACIA (Cuestionario de Adaptación y Conducta Infantil y Adolescente): Esta escala se centra en cómo los jóvenes se adaptan a diferentes contextos sociales y académicos, proporcionando información sobre su comportamiento y relaciones interpersonales.

Tabla 19.

Escala de autoconcepto Piers-Harris

ESCALA AUTOCONCEPTO	Escala de autoconcepto Piers-Harris (Piers y Harris, 1969)
Descripción	Escala de 80 frases con respuesta sí/no respecto a lo que siente o piensa el niño.
Rango de edad	De 7 a 12 años.
¿Qué evalúa?	La percepción que tiene el sujeto de sí mismo globalmente y la valoración sobre diferentes aspectos de su comportamiento y su forma de ser: • Autoconcepto conductual. • Autoconcepto intelectual. • Autoconcepto físico. • Autoconcepto social (popularidad). • Falta de ansiedad.

TDAH en el ámbito escolar: “Una oportunidad para todos”

	• Felicidad–satisfacción.
Puntuación	Puntuaciones centiles

Nota. Elaboración propia.

Tabla 20.

Escala de depresión para niños

CDS	Escala de depresión para niños (Lang y Tisher)
Descripción	Cuestionario autoinformado que permite la evaluación global y específica de la depresión a través de dos dimensiones generales independientes: total depresivo (48 elementos de tipo depresivo; ejemplo: “Me siento triste cada día”) y total positivo (18 elementos de tipo positivo; ejemplo: “Me siento contento cada día”).
Rango de edad	De los 8 a los 16.
¿Qué evalúa?	Las dimensiones globales constan de: Total depresivo: respuesta afectiva (RA), problemas sociales (PS), autoestima (AE), preocupación por la muerte/salud (PM), sentimiento de culpabilidad (SC), depresivos varios. Total positivo: ánimo-alegría (AA) y depresivos varios (DV).
Puntuación	Puntuaciones decatipos.

Nota. Elaboración propia.

Tabla 21.

Cuestionario educativo-clínico de ansiedad y depresión

CECAD	Cuestionario educativo-clínico de ansiedad y depresión
--------------	---

TDAH en el ámbito escolar: “Una oportunidad para todos”

Descripción	Cuestionario autoinformado destinado a evaluar los trastornos internalizados o trastornos de la emoción, como la ansiedad y la depresión.
Rango de edad	A partir de los 7 años.
¿Qué evalúa?	La existencia de un trastorno emocional, que debería abordarse complementando dicha información con la suministrada por las puntuaciones adicionales en inutilidad, irritabilidad, problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos. Son significativas las puntuaciones superiores a 70 y se sitúan en zona de riesgo las superiores a 60.
Puntuación.	Puntuaciones típicas.

Nota. Elaboración propia.

Tabla 22.

Inventario de depresión infantil de M. Kovacs

CDI	Inventario de depresión infantil de M. Kovacs
Descripción	Cuestionario de 27 ítems: el niño escoge un enunciado de cada grupo según defina mejor la intensidad y/o la frecuencia de la presencia de esos comportamientos.
Rango de edad	De 7 a 15 años.
¿Qué evalúa?	Nos aporta un valor total de depresión y dos escalas complementarias: Disforia: humor depresivo, tristeza, preocupación. Autoestima: juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.
Puntuación	Puntuaciones decatipos.

Nota. Elaboración propia.

Tabla 23.

Cuestionario de ansiedad estado/rasgo C. D. Spielberger

STAIC	Cuestionario de ansiedad estado/rasgo C. D. Spielberger
Descripción	Cuestionario destinado a valorar la presencia de sintomatología ansiosa en niños que permite diferenciar entre ansiedad rasgo y ansiedad estado.
Rango de edad	Aplicable a niños de 9 a 15 años
¿Qué evalúa?	Ansiedad estado (A/E): Recoge información sobre cómo se siente el niño en un momento determinado. Valora estados transitorios de ansiedad, es decir, aquellos sentimientos (subjetiva y conscientemente percibidos) de aprensión, tensión y preocupación que fluctúan y varían en intensidad en el tiempo. Ansiedad rasgo (A/R): Recoge información sobre cómo se siente el niño en general. Valora diferencias relativamente estables de propensión a la ansiedad, es decir, diferencias entre los niños en cuanto a su mayor o menor facilidad para mostrar estados de ansiedad frente a situaciones susceptibles de provocarlos. Así, ante situaciones percibidas como amenazadoras, los niños con elevada A/R serán más propensos que los niños con baja A/R a responder con elevaciones de la A/E.
Puntuación	Puntuaciones centiles.

Nota. Elaboración propia.

Tabla 24.

STAXI-NA: Inventario de ira rasgo y estado en niños y adolescentes

. STAXI-NA	STAXI-NA: Inventario de ira rasgo y estado en niños y adolescentes C. D. Spielberger
------------	---

TDAH en el ámbito escolar: “Una oportunidad para todos”

Descripción	Cuestionario autoinformado de 32 ítems destinado a evaluar distintos componentes de la ira. Permite diferenciar entre ira estado e ira rasgo.
Rango de edad	A partir de los 8 y hasta los 17 años
¿Qué evalúa?	Ira estado (I/E): Aporta información de la ira en un momento de pasación de la prueba Ira rasgo (A/R): Aporta información de la ira que siente en general, y hay que completarla con los resultados de los siguientes aspectos de la ira: expresión externa e interna y estrategias de control de la ira externa e interna.
Puntuación	Puntuaciones centiles

Nota. Elaboración propia.

Tabla 25.

Cuestionario de Auto-Control Infantil y Adolescente

CACIA	Cuestionario de Auto-Control Infantil y Adolescente
Descripción	El CACIA es un cuestionario de 89 ítems que evalúa el autocontrol mediante 4 escalas, tres positivas (Retroalimentación Personal, Retraso de Recompensa y Autocontrol Criterial) y una de negativa (Autocontrol Procesual). También incorpora una escala de Sinceridad. Sus escalas se centran en la evaluación del Autocontrol considerado desde un punto de vista conductual cuya base es el esfuerzo consciente de la persona por modificar sus reacciones
Rango de edad	De 11 a 19 años.

¿Qué evalúa?	Evaluación de procesos básicos y habilidades de autocontrol imprescindibles para la consecución efectiva del autocontrol en niños y adolescentes.
Autores	Capafóns y F. Silva. TEA Ediciones.

Nota. Elaboración propia.

En el ámbito de la evaluación psicológica, las pruebas de inteligencia son herramientas fundamentales que permiten medir las capacidades cognitivas de un individuo. Entre los instrumentos más destacados, encontramos el WISC-V (Wechsler Intelligence Scale for Children - Fifth Edition), que es una de las pruebas más utilizadas para evaluar el cociente intelectual (CI) en niños y adolescentes.

El WISC-V es una prueba estandarizada que evalúa diferentes aspectos del funcionamiento cognitivo en niños de 6 a 16 años. Esta escala proporciona una medida comprensiva de la inteligencia y se compone de varios índices que reflejan distintas habilidades cognitivas. Entre estos índices se encuentra el Índice de Comprensión Verbal (ICV), que evalúa la capacidad de entender y utilizar el lenguaje verbal, así como la habilidad para razonar y formar conceptos a partir de la información verbal. Otro componente importante es el Índice de Razonamiento Perceptivo (IRP), que mide la capacidad para analizar y organizar información visual y no verbal, así como la habilidad para resolver problemas utilizando materiales visuales. Además, se incluye el Índice de Memoria de Trabajo (IMT), que evalúa la capacidad de retener y manipular información en la memoria a corto plazo, lo que es crucial para tareas académicas y cotidianas. Por último, el Índice de Velocidad de Procesamiento (IVP) mide la rapidez y precisión con que el individuo puede procesar información, aspecto relevante para el aprendizaje y la ejecución de tareas.

Tabla 26.

Escala de inteligencia Wechsler para niños

WISC-V	Escala de inteligencia Wechsler para niños
Descripción	Herramienta de evaluación de aptitud intelectual proporciona más información

TDAH en el ámbito escolar: “Una oportunidad para todos”

	Permiten identificar de manera rápida y sencilla, tanto los déficits como las posibilidades de intervención. Proporciona una evaluación amplia de la aptitud intelectual general, además de cinco dominios cognitivos específicos que afectan tanto al rendimiento escolar como a otras áreas relacionadas
Rango de edad	Entre 6 años y 16 años y 11 meses.
¿Qué evalúa?	
CI total (CIT)	Refleja la capacidad cognitiva general del niño
Comprensión verbal (CV)	Expresa habilidades de formación de conceptos verbales, expresión de relaciones entre conceptos, riqueza y precisión en la definición de vocablos, comprensión social, juicio práctico, conocimientos adquiridos y agilidad e intuición verbal. Este índice se calcula a partir de las puntuaciones obtenidas en los siguientes tests: • Semejanzas (S). La tarea consiste en encontrar las semejanzas que hay entre dos palabras, que se refieren a objetos comunes, o entre dos conceptos. Mide la capacidad para expresar las relaciones entre dos conceptos, el pensamiento asociativo y la capacidad de abstracción verbal. • Vocabulario (V). Requiere que se nombre un objeto que se presenta visualmente (denominación), y que definan palabras de dificultad creciente leídas por el examinador. Refleja el nivel de educación, la capacidad de aprendizaje, la formación de conceptos verbales y la riqueza verbal y semántica del ambiente en el que se desenvuelve la persona evaluada. • Información (I). La tarea es responder a preguntas sobre conocimientos generales que se puede adquirir a través de la educación formal o informal, en el ambiente en el que se desenvuelve la persona evaluada. Evalúa la capacidad para adquirir, almacenar y recuperar información aprendida y memoria a largo plazo. • Comprensión (CO). La tarea consiste en explicar qué se debe de hacer en determinadas circunstancias o por qué se siguen determinadas prácticas. Evalúa la comprensión y expresión verbal, el juicio práctico, el sentido común y la adquisición e interiorización de elementos culturales
Capacidad visoespacial	Establece el nivel de razonamiento gracias a los estímulos e información abstracta de tipo conceptual no verbal, análisis visual, así como la capacidad práctica constructiva y organización perceptiva. Es la capacidad para representar, analizar y manipular objetos mentalmente.

	• Cubos (C). La tarea consiste en construir con cubos coloreados en rojo y blanco unos dibujos, de complejidad creciente. Evalúa la capacidad de análisis y síntesis visual y la reproducción de dibujos geométricos abstractos. • Puzles visuales (PV). La tarea consiste en elegir las tres piezas que completan un puzle que se presenta completo como modelo. Mide capacidad para analizar y sintetizar estímulos visuales abstractos, establecer relaciones entre partes y razonamiento no verbal. Expresa habilidades prácticas constructivas, formación y clasificación de conceptos no verbales, análisis visual y procesamiento simultáneo. Este índice se calcula a partir de las puntuaciones obtenidas en los siguientes tests: de concentración, reconocimiento y organización perceptiva visual a tiempo controlada.
Memoria de trabajo (MT)	Analiza la capacidad de retención y almacenamiento de información, de operar mentalmente con esta información, transformarla y generar nueva información. Implica atención, concentración, control mental y razonamiento. Es un componente esencial de otros procesos cognitivos superiores y está muy relacionada con el rendimiento académico y el aprendizaje. Este índice se calcula a partir de las puntuaciones obtenidas en los siguientes tests: • Dígitos (D). Está formada por tres tareas: Dígitos directos (consiste en repetir una serie de dígitos, que se presentan oralmente, en el mismo orden que se presentan) Dígitos inversos (repetir una serie de dígitos en orden inverso al presentado) y Dígitos en orden creciente (repetir de menor a mayor los números leídos por el examinador). Evalúa la atención y la resistencia a la distracción, la memoria auditiva inmediata y la memoria de trabajo. • Span de dibujos (SD). En esta prueba el niño observa durante un tiempo determinado una serie de dibujos; a continuación, debe seleccionarlos, entre otros dibujos, en una página de respuestas, y señalarlos en el mismo orden que estaban cuando se le presentaron. Evalúa la capacidad de memoria visual y de memoria de trabajo. • Principal Letras y números (LN). En esta tarea se presentan oralmente una serie de números y de letras mezclados. Después se deben repetir los números en orden ascendente y las letras en orden alfabético. Evalúa atención, concentración y memoria de trabajo.
Velocidad de procesamiento (VP)	Mide la capacidad para focalizar la atención, explorar, ordenar y/o discriminar información visual con rapidez y eficacia. Consta de tres subtests que se desarrollan bajo control de tiempo: • Claves (CL). La tarea consiste en completar en un tiempo límite, con los símbolos adecuados, unos dibujos o dígitos que aparecen emparejados a un determinado símbolo. Evalúa, la rapidez y destreza visomotora, el manejo de lápiz y papel y, especialmente, la capacidad de aprendizaje asociativo.

TDAH en el ámbito escolar: “Una oportunidad para todos”

	• Búsqueda de símbolos (BS). En esta prueba se presentan dos símbolos y la persona evaluada debe decidir si alguno de ellos está presente dentro de un conjunto. Evalúa rapidez y precisión perceptiva y velocidad para procesar información visual simple. • Cancelación (CA). La tarea consiste en tachar, dentro de un tiempo límite, unos dibujos de animales, mezclados con otros dibujos, de forma aleatoria o estructurada. Mide la vigilancia, atención selectiva, velocidad de procesamiento visual y rapidez y coordinación visomotora.
Razonamiento fluido (RF)	Mide la capacidad para establecer relaciones entre estímulos u objetos visuales y usar el razonamiento para identificar y aplicar reglas. • Matrices (M). La tarea es elegir el dibujo que completa una serie que está incompleta. Mide razonamiento abstracto y capacidad para procesar información visual. • Balanzas (B). Se presentan balanzas con dos platillos: en uno de ellos hay una o varias pesas; la tarea es seleccionar la pesa, o pesas, que equilibran los platillos de la balanza. Mide la capacidad para comparar, establecer analogías y razonamiento cuantitativo. • Aritmética (A). La tarea consiste en resolver mentalmente problemas aritméticos y dar la respuesta dentro de un tiempo determinado. Evalúa la habilidad para utilizar conceptos numéricos abstractos, operaciones numéricas, la capacidad de atención y concentración y la memoria de trabajo.
Puntuaciones	Se manejan dos tipos de puntuaciones típicas: puntuaciones escalares ($M = 10$, $DT = 3$) en el caso de las 15 pruebas y puntuaciones cociente intelectual (CI) ($M = 100$, $DT = 15$) en términos de puntuaciones compuestas para los cinco índices. Esto significa que si un niño tiene una inteligencia normal, su CIT debería estar comprendido entre el 85 (inteligencia media-baja) y el 115 (inteligencia media-alta).

Nota. Elaboración propia.

Tabla 27.

Otras pruebas de inteligencia

Bayley-III, Bayley de infantil-III	Escalas de desarrollo	Las escalas más actualizadas para evaluar el desarrollo cognitivo, motor y lingüístico de los más pequeños. De 1 a 42 meses.
---	------------------------------	--

K-ABC	Escala de inteligencia de Kaufman, para niños de 2,5 a 12,5 años
K-BIT	Escala de inteligencia de 4 a 90 años
Raven. Matrices progresivas	Evaluación del factor g sin influencia verbal. Desde los 4 años.
McCarthy (MSCA)	Escala de inteligencia y nivel de desarrollo. De 2,5 a 8,5 años.

Nota. Elaboración propia.

En la evaluación de la capacidad de atención y las funciones ejecutivas, existen varias pruebas que son especialmente relevantes y utilizadas en el contexto clínico y educativo. Entre las más destacadas se encuentra la prueba STROOP, que mide la capacidad del individuo para controlar las respuestas automáticas y mantener la atención en condiciones que requieren inhibición de impulsos, evaluando la interferencia cognitiva y la flexibilidad mental. Otra prueba significativa es la MFF-20, que se utiliza para evaluar las funciones ejecutivas en niños y adolescentes, incluyendo aspectos como la planificación, la organización, y la memoria de trabajo. La CARAS-R es una herramienta que mide la atención y permite evaluar la capacidad de concentrarse en tareas específicas. Por su parte, el FCR (Fonético o Conceptual) también es útil para evaluar el rendimiento cognitivo y la capacidad de atención mediante tareas que requieren la utilización de la función ejecutiva.

La prueba D2 es conocida por su capacidad para evaluar la atención sostenida y selectiva, permitiendo distinguir entre la atención de las tareas de rutina y aquellas que requieren un enfoque más específico y detallado. El CSAT (Children's Self-Assessment Tool) se utiliza frecuentemente para ayudar a medir la percepción del propio niño sobre sus habilidades atencionales y sus funciones ejecutivas en diversas situaciones. Finalmente, el TMT (Trail Making Test) proporciona información sobre la atención, la velocidad de procesamiento y la flexibilidad cognitiva al requerir que el individuo conecte secuencialmente números y letras. Cada una de estas pruebas aporta información valiosa sobre la capacidad de atención y las funciones ejecutivas, lo que contribuye a un diagnóstico más preciso y a la formulación de intervenciones adecuadas para aquellos con TDAH y otros trastornos relacionados.

Tabla 28.

Test de colores y palabras

STROOP	Test de colores y palabras C. J. Golden
Descripción	Se presentan tres láminas: lectura de palabras, denominación de colores y la última de interferencia.
Rango de edad	De 7 a 80 años.
¿Qué evalúa?	A partir de la comparación de las puntuaciones de las tres tareas, se evalúa la interferencia de tipo verbal y su capacidad atencional. Evalúa la capacidad del sujeto para clasificar la información del entorno y de reaccionar de manera selectiva.
Puntuación	Puntuaciones centiles.

Nota. Elaboración propia.

Tabla 29.

Test de emparejamiento de figuras familiares

MFF-20	Test de emparejamiento de figuras familiares E. D. Cairns y J. Cammock
Descripción	Prueba en la que se le pide al sujeto que empareje una figura modelo con la igual de las seis que se le presentan
Rango de edad	De 6 a 12 años.
¿Qué evalúa?	Evalúa el estilo cognitivo a través del emparejamiento perceptivo, se contempla el número de errores y el tiempo de latencia al dar la primera respuesta, con lo que obtenemos un perfil de efectividad/ineficacia e impulsividad/reflexividad, lo que da lugar a cuatro estilos cognitivos:

TDAH en el ámbito escolar: “Una oportunidad para todos”

	reflexivo/eficaz, impulsivo/ineficaz.	reflexivo/ineficaz;	impulsivo/eficaz;
Puntuación	Puntuaciones centiles		

Nota. Elaboración propia.

Tabla 30.

Test de percepción de diferencias

CARAS-R	Test de percepción de diferencias (Thurstone y Yela)
Descripción	Se le pide al niño que, durante tres minutos, marque la cara diferente de las que se le presentan en grupos de tres.
Rango de edad	De 6 a 18 años
¿Qué evalúa?	Evalúa la aptitud para percibir rápida y correctamente semejanzas y diferencias, las capacidades atencionales y las de percepción de diferencias. En la última actualización se ha incluido la medida de rendimiento, que cuantifica los aciertos, pero también los errores, y que nos aportará información complementaria de la presencia de un patrón impulsivo en el momento de responder la prueba.
Puntuación	Puntuaciones centiles

Nota. Elaboración propia.

Tabla 31.

Figura compleja de Rey

FCR	Figura compleja de Rey (Rey, 1997)
------------	---

TDAH en el ámbito escolar: “Una oportunidad para todos”

Descripción	Es un test de copia y reproducción de memoria de una figura
Rango de edad	A partir de los 4 años.
Qué evalúa	Evalúa las labores de ejecución, organización perceptual y planificación de estrategias de resolución de problemas, así como funciones perceptivas, motoras y mnésicas. En el caso de los niños con TDAH, los resultados nos aportan información complementaria sobre el desarrollo intelectual, perceptivo-motor, actividad perceptiva, atención, memoria visual inmediata, esfuerzo de memorización y rapidez del funcionamiento mental.
Puntuación	Puntuaciones centiles

Nota. Elaboración propia.

Tabla 32.

Test de atención

D2	Test de atención (Brickenkamp y Zillmer)
Descripción	El D2 es un test de tiempo limitado que se utiliza para medir la atención selectiva, la velocidad de procesamiento, el seguimiento de unas instrucciones y la bondad de la ejecución en una tarea de discriminación de estímulos visuales similares (revisar atentamente, de izquierda a derecha, el contenido de cada línea y marcar la letra d que tenga dos pequeñas rayitas: dos arriba, dos abajo, o una arriba y una abajo).
Rango de edad	A partir de los 8 años.
¿Qué evalúa?	• Total de respuestas (TR): elementos intentados.

-
- Total aciertos (TA): elementos relevantes correctos.
 - Omisiones (O): elementos relevantes no marcados.
 - Comisiones (C): elementos irrelevantes marcados.
 - TR+: línea con mayor número de elementos intentados.
 - TR–: línea con menor número de elementos intentados.
-

Nota. Elaboración propia.

Tabla 33.

Componentes de la conducta atencional, valorados a través de las puntuaciones

Efectividad total en la prueba (TOT) TR–(O+C).	Proporciona información sobre el grado de precisión en el trabajo, es decir, sobre la capacidad del sujeto para controlar la atención e inhibir otros estímulos distractores mientras dura la tarea.
Índice de concentración (CON) TA-C	Proporciona información sobre la relación entre velocidad y precisión de la actuación, lo que permite extraer conclusiones relacionadas con la eficacia del control atencional del sujeto, la estabilidad en la respuesta durante la ejecución y la presencia o ausencia de motivación o fatiga.
Índice de variación o diferencia (VAR) (TR+)-(TR–)	Hace referencia a la velocidad o la cantidad de estímulos que se han procesado en un determinado tiempo. Evalúa la estabilidad en el tiempo de la actuación del sujeto. Resultados poco consistentes o estables en el tiempo pueden estar relacionados con una falta de motivación.
Puntuación	Puntuaciones centiles. A mayor puntuación, mayor capacidad de atención, excepto en O (omisiones) y C (comisiones), en que a menor puntuación (0 o ausencia de error), mayor atención.

Nota. Elaboración propia.

Tabla 34.

Test de atención sostenida para niños

CSAT	Test de atención sostenida para niños (Servera y Llabrés, 2003)
Descripción	Test con soporte informático en el que se le pide al niño que presione la barra espaciadora cuando en la pantalla aparezca el estímulo 6 después de un 3. Se realiza una tarea monótona y con tiempo limitado para medir la atención selectiva y sostenida, o sea, mantener la atención en un estímulo concreto e ignorar otros estímulos irrelevantes, y además haciéndolo de forma rápida y precisa.
Rango de edad	De 6 a 11 años.
Qué evalúa	La capacidad de atención sostenida, a través de una tarea de vigilancia
Puntuación	Puntuaciones T

Nota. Elaboración propia.

Tabla 35.

Trail Making Test

TMT	Trail Making Test
Descripción	Tiene una forma para niños, en la que deben ir trazando líneas que encadenen, en orden creciente, una serie de números.
Rango de edad	De 9 a 14 años.
Qué evalúa	La capacidad de atención sostenida, la flexibilidad cognitiva, la velocidad de procesamiento.
Puntuación	Puntuaciones T

Nota. Elaboración propia.

Tabla 36.

TALE/TALE

Prueba	Descripción
Tale/talec	Valora el nivel de lectura y escritura que tiene el niño (de 6 a 10 años).
Prolec	Evalúa los procesos lectores.
Prolec-se	Evaluación de los procesos lectores en secundaria.
Plon-r	Prueba de detección rápida del desarrollo del lenguaje.
Tedi-math	Prueba que permite describir las dificultades que presenta en matemáticas
Tema 3	Es una prueba de competencias aritméticas básicas.
Canals	Es una prueba de competencias aritméticas básicas

Nota. Elaboración propia.



CAPÍTULO 6

CAPÍTULO 6. TRATAMIENTO

Objetivos específicos

- Exponer las técnicas conductuales en niños y adolescentes con TDAH.
- Analizar el papel de los agentes que intervienen en el tratamiento del TDAH.
- Describir las técnicas de entrenamiento en autoinstrucciones.
- Explicar las técnicas de autocontrol y relajación.
- Determinar las fases del entrenamiento en habilidades sociales.
- Especificar el proceso de entrenamiento en estrategias de solución de problemas.
- Definir el concepto y los objetivos de las reeducaciones psicopedagógicas.
- Nuevas técnicas de intervención en el TDAH.

6.1. Planificación general de la intervención

En el momento de planificar la intervención, en primer lugar, debemos planificar los objetivos de la misma preguntándonos qué queremos conseguir y qué debemos hacer para llegar a conseguir esos objetivos. En la siguiente tabla puedes ver esta planificación de objetivos.

Tabla 37.

Planificación general de la intervención

Planificación de objetivos	Preguntas clave	Aspectos importantes
Finalidad	¿Qué resultado quiero alcanzar? ¿Qué quiero conseguir?	Justificación del orden lógico de los objetivos. Recordar que los objetivos empiezan por infinitivo.
Objetivos generales	¿Qué tengo que lograr para alcanzar este resultado final?	
Objetivos específicos	¿Qué tengo que hacer para conseguir cada uno de los objetivos anteriores?	
Técnicas y metodología	¿Qué hago y/o cómo lo hago para conseguir este objetivo?	Atendiendo al diagnóstico, la edad o nivel de madurez del niño, las características del niño y del caso, justifica la selección de la técnica, describe cómo la trabajarías (pautas, actividades, etc.) y justifica la metodología

Nota. Elaboración propia.

Tabla 38.

Planificación general de la intervención

Planificación de objetivos	Preguntas clave	Aspectos importantes
Finalidad	Potenciar el funcionamiento adaptativo del niño/adolescente en todas las áreas de su vida.	Justificación del orden lógico de los objetivos
Objetivos generales	Minimizar la sintomatología motivo de consulta en todos los ambientes.	
Objetivos específicos	Dependerán en cada caso de las dificultades concretas que presenta el niño.	
Técnicas y metodología	Psicoeducación. Tratamiento farmacéutico. Modificación de conducta. Técnicas cognitivas. Etc.	Atendiendo al diagnóstico, la edad o nivel de madurez del niño, las características del niño y del caso, justifica la selección de la técnica, describe cómo la trabajarías (pautas, actividades, etc.) y justifica la metodología.

Nota. Elaboración propia.

6.2. Ámbitos y áreas de la intervención

La intervención la realizaremos en tres grandes ámbitos: familia, escuela y niño, teniendo siempre presente que la intervención en un entorno causará cambios en cualquiera de los otros dos. Por esta razón debemos planificar por dónde empezaremos. Es conveniente iniciar la intervención por el entorno que pueda ofrecer resultados más pronto y más duraderos, de modo que facilite la

implementación de los cambios en el resto de los entornos y en el funcionamiento del propio paciente.

Tabla 39.

Ámbitos y áreas de la intervención

Escuela	Paciente	Familia
	Asesoramiento	
Asesoramiento	Promover cambios	Asesoramiento
Promover cambios	Mediación	Promover cambios
Rutinas/anticipación	Comportamiento	Rutinas
Adaptaciones metodológicas	Conducta	Autocontrol
Adaptaciones curriculares	Relaciones sociales	
	Rendimiento	

Nota. Elaboración propia.

Una vez concluido el proceso de evaluación, y si la severidad de los síntomas lo requiere, es conveniente derivar al niño al psiquiatra infantil para que valore la conveniencia o no de iniciar un tratamiento farmacológico.

6.2.1. Tratamiento del TDAH en niños y adolescentes

Dependiendo del grado de severidad del trastorno, iniciaremos el tratamiento en un área u otra, pero principalmente podemos dividirlo en dos grandes áreas:

- **Tratamiento farmacológico:** dirigido a minimizar los efectos de los síntomas presentes en el niño y que sean susceptibles de ser medicados: déficit atencional, exceso de movimientos, problemas conductuales, sintomatología emocional, etc.
- **Tratamiento psicológico:** dirigido a minimizar los efectos de los síntomas, por falta de conocimiento del trastorno, por estilos inadecuados, por falta de estructuración en el momento de planificar, de organizar, etc.

6.3. Tratamiento farmacológico

Los síntomas del TDAH son debidos a una deficiencia de los neurotransmisores (dopamina y noradrenalina) en el lóbulo frontal que afecta directamente a las funciones ejecutivas (García et al., 2023). Si la severidad de los síntomas es elevada, es necesario valorar la conveniencia de iniciar un tratamiento farmacológico que minimice las consecuencias negativas del trastorno en la vida del niño y del futuro adulto. La eficacia del tratamiento farmacológico en los niños con TDAH está ampliamente demostrada a través de múltiples publicaciones que avalan la utilidad de algunos fármacos en el control de los síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad (Faraone et al., 2021). Sin embargo, los estudios empíricos sugieren que el mejor tratamiento es el que combina tratamiento farmacológico y una intervención psicológica cognitivo-conductual, ya que el segundo aporta estrategias conductuales para gestionar y minimizar los síntomas, y el tratamiento farmacológico minimiza los síntomas, lo que facilita el aprendizaje del niño (Nussbaum et al., 2022).

Los medicamentos, ya sea en combinación con intervenciones conductuales y/or psicológicas o de forma aislada, constituyen la terapia de primera línea para niños en edad escolar (a partir de los 6 años), adolescentes y adultos que cumplen con los criterios diagnósticos para el TDAH (Rogers et al., 2022). Los fármacos más comúnmente utilizados para su tratamiento son los estimulantes, siendo el metilfenidato y la lisdexanfetamina los más destacados. También se emplean la atomoxetina y el modafinilo (uso no autorizado) como opciones adicionales, así como agonistas alfa-2-adrenérgicos, aunque su eficacia ha demostrado ser limitada en adultos (Miklos et al., 2023).

El metilfenidato se considera el fármaco más prescrito en el tratamiento del TDAH. Es un estimulante que incrementa los niveles de dopamina en las sinapsis, lo que ayuda a minimizar los síntomas, reduce la hiperactividad e impulsividad y mejora la capacidad de atención (García et al., 2022). Este medicamento se comercializa en diversas presentaciones en España, cada una con diferentes duraciones del efecto terapéutico que varían de 4, 8 a 12 horas. Se diferencian los fármacos de liberación inmediata (como el Rubifen) de aquellos de liberación controlada (como Concerta, Medikinet y Equasym), que se administran por vía oral (Nussbaum et al., 2022).

El metilfenidato de liberación inmediata se absorbe rápidamente, alcanzando su efecto máximo alrededor de 1.5 horas después de la administración, pero su efecto dura aproximadamente 4-5 horas, lo que requiere su reaplicación de dos a tres veces al día para mantener la atención durante

la jornada (Faraone et al., 2023). En contraste, el metilfenidato de liberación prolongada libera el principio activo lentamente en dos dosis, con una duración del efecto farmacológico de entre 6 y 8 horas, lo que generalmente elimina la necesidad de una segunda dosis. Sin embargo, en casos con síntomas severos, se puede optar por combinar una formulación de acción prolongada con otra de acción inmediata.

En cuanto a los efectos secundarios, en la mayoría de los casos no se presentan reacciones adversas significativas, pero es importante ser conscientes de ellos. Uno de los efectos más comunes es la pérdida de apetito, que, si se presenta, suele estabilizarse alrededor de seis meses después del inicio del tratamiento y puede provocar una pérdida de peso a corto plazo (Harpin et al., 2021). El insomnio también es un efecto propenso, dado que el metilfenidato es un estimulante; por lo tanto, no se recomienda su administración cerca de la hora de dormir, aconsejándose que la última dosis se tome aproximadamente a las 16:00 horas. Aunque este efecto es habitual al inicio del tratamiento, generalmente desaparece con el apoyo de pautas conductuales (García et al., 2023).

Las TIC pueden aparecer en alrededor del 1% de los casos y pueden empeorar en un 13% de aquellos niños que ya los presentaban (Nussbaum et al., 2022). Si los beneficios del fármaco justifican su uso, se debe considerar la asociación con otro medicamento que ayude a minimizar los tics. Otros efectos secundarios pueden incluir dolores de cabeza, dolores de estómago y erupciones cutáneas, que tienden a desaparecer de forma espontánea con el tiempo y no suelen justificar la suspensión de la medicación (Miklos et al., 2023). También hay que tener en cuenta la irritabilidad o el "efecto rebote", que se manifiesta al finalizar el efecto terapéutico del fármaco, resultando en síntomas de mayor gravedad que los observados antes del tratamiento (Harpin et al., 2022). Esto suele suceder al final de la tarde, por lo que se recomienda ajustar la dosis para evitar coincidencias con la hora de hacer deberes o actividades extracurriculares.

Una preocupación recurrente entre los padres de niños con TDAH y entre los propios afectados, en especial durante la adolescencia, radica en la posibilidad de que el consumo de psicofármacos pueda llevar a la adicción. Esta preocupación se extiende no solo al metilfenidato, sino también a otras conductas adictivas a largo plazo. Aunque el metilfenidato y las anfetaminas son considerados estimulantes, pertenecen a diferentes categorías de fármacos. Es importante señalar que el metilfenidato no presenta un potencial adictivo significativo, respaldado por estudios empíricos que sugieren que su uso puede, de hecho, actuar como un factor preventivo contra otras adicciones

en la adolescencia y en la edad adulta (Smith et al., 2021). Esto se debe a que la medicación influye directamente en la capacidad de autocontrol y reflexión, ayudando a prevenir conductas de riesgo que pueden derivarse de la impulsividad inherente al trastorno, así como de las características propias de la adolescencia.

En la población con TDAH en tratamiento, el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias es menor en comparación con aquellos niños que no reciben tratamiento (Faraone et al., 2023). Esto resalta la importancia de una intervención adecuada y el uso de fármacos, como el metilfenidato, para manejar los síntomas del TDAH y contribuir a un desarrollo más saludable y equilibrado en los jóvenes, minimizando el riesgo de conductas adictivas en el futuro.

6.3.1. Medicamentos no estimulantes: la atomoxetina

La atomoxetina es un fármaco que no pertenece al grupo de medicamentos estimulantes, sino que actúa como un inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina. Se comercializa en España desde 2007 bajo el nombre de Strattera (Faraone et al., 2023). A diferencia del metilfenidato, que produce efectos inmediatos, la atomoxetina requiere entre 3 y 5 semanas para que el paciente comience a notar los efectos de la medicación (Miklos et al., 2023). Además, no se recomienda realizar pausas en su administración; si es necesario discontinuar el tratamiento, debe hacerse de manera progresiva. Este fármaco tiene un efecto de larga duración y se administra en una sola toma diaria, manteniendo una acción continua (García et al., 2022). Es especialmente indicado para aquellos niños que experimentan un efecto rebote con el metilfenidato y que tienen problemas de atención por la mañana o a última hora de la noche (Nussbaum et al., 2022).

En cuanto a los efectos secundarios, pueden incluir cefaleas, rinitis, dolor abdominal, faringitis, anorexia, vómitos, somnolencia y picores cutáneos, los cuales deben ser monitoreados durante el tratamiento (Rogers et al., 2023). Además de la atomoxetina, hay otros fármacos que pueden ser considerados en el tratamiento del TDAH, aunque su indicación principal no sea esta patología. En situaciones donde los efectos secundarios de los fármacos anteriores resultan intolerables para el paciente, si no existe una respuesta adecuada al metilfenidato o la atomoxetina, o si hay necesidad de combinar medicamentos debido a la presencia de otros trastornos, se pueden utilizar antidepresivos como los tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS),

y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), así como neurolépticos (antipsicóticos) y clonidina (Harpin et al., 2021).

Es fundamental que los beneficios del tratamiento farmacológico sean explicados de manera detallada y precisa a los padres y al paciente, lo que contribuye a aumentar la adherencia y la eficacia del tratamiento (Thompson et al., 2023). Es importante enfatizar que, aunque los medicamentos son una parte esencial del tratamiento multimodal, no representan una solución definitiva para curar el trastorno. El abordaje debe complementarse con intervenciones psicopedagógicas, formación en habilidades sociales, así como entrenamiento dirigido a padres y profesores (Biederman et al., 2021).

6.3.2. Tratamiento TDAH

El TDAH es un trastorno que, como se ha visto, afecta al desarrollo psicoemocional, cognitivo y social del niño. Así pues, la intervención más adecuada tiene que atender a todas estas dimensiones. El tratamiento del TDAH es multidisciplinar, porque están implicados varios profesionales de la educación y de la salud, y es necesaria la coordinación entre ellos. También es multimodal, es decir, las propuestas de tratamiento son diversas en función de las necesidades y características del niño y de cómo afecte el trastorno a su vida cotidiana.

Según Orjales (2000), un programa de intervención adecuada debe:

- Ser elaborado de manera individualizada a partir de la información recogida durante el proceso de evaluación.
- Cada niño requiere un tipo de intervención diferente en función de sus características cognitivas, afectivas y conductuales.
- Incluir todas las áreas en las que el niño presenta problemas, tanto a nivel cognitivo y emocional como conductual.
- Determinar en qué medida los ámbitos escolar y social están afectados por estas dificultades.
- Estar enfocado desde un punto de vista personal, escolar y familiar.

6.3.3. Técnicas conductuales en niños y adolescentes con TDAH

Las técnicas de modificación de conducta se basan en la administración de refuerzos o contingencias para controlar las conductas positivas o negativas del niño (Orjales, 1999). A diferencia de las técnicas cognitivas, las técnicas de modificación de conducta requieren poco esfuerzo por parte del niño, ya que normalmente es el adulto quien organiza el sistema de aplicación, que dependerá del objetivo que se deba conseguir. Para el tratamiento de los niños con TDAH es importante conocer la teoría de todas estas técnicas, pero no lo es menos estar entrenado en su aplicación práctica. Recomendamos el entrenamiento en técnicas de modificación de conducta tanto a padres como a profesores y a reeducadores, ya que estas se llevarán a cabo no solo durante las reeducaciones, sino también en casa y en la escuela.

Figura 5

Terapia conductual para niños con TDAH



Nota. En la figura se observa los resultados de la terapia conductual. Fuente: (Healthy Children, 202).

Las técnicas para incrementar conductas son fundamentales en el ámbito de la educación y la modificación de comportamientos. Una de las más efectivas es el refuerzo positivo, que se utiliza tanto para introducir nuevas conductas como para aumentar y mantener aquellas que ya existen. Esta técnica consiste en ofrecer un estímulo agradable inmediatamente después de que se observa una conducta deseada. El objetivo es aumentar la probabilidad de que la conducta se repita en el futuro. Es crucial que los reforzadores sean elegidos por el niño, y que estén relacionados con la conducta que se busca promover, lo que asegura una mayor motivación y conexión con el proceso.

Para aplicar el refuerzo positivo de manera efectiva, es esencial concretar la conducta que se desea modificar y definir claramente cuáles serán las consecuencias de dicha conducta. La relación entre la conducta y su consecuencia debe mantenerse de tal manera que el niño pueda predecir los resultados de su comportamiento. Resulta significativo reforzar la conducta inmediatamente después de su ocurrencia, asegurando que el reforzador sea lo suficientemente motivador para que el niño aspire a alcanzar el objetivo deseado. Al iniciar el proceso, es recomendable que los premios sean accesibles con poco esfuerzo, lo que fomentará la confianza del niño; posteriormente, puede requerirse que mantenga la conducta durante un tiempo más extenso para obtener el mismo refuerzo.

Además del refuerzo positivo tradicional, existe otra aplicación efectiva de esta técnica orientada a mantener conductas en niveles moderados o aumentar conductas alternativas que sean incompatibles con las que se desean minimizar. En este caso, se refuerza la emisión de la conducta solo cuando esta se presenta en tasas más bajas que las observadas previamente. Esta variante puede ser particularmente útil para ayudar a niños con TDAH a desarrollar autocontrol, ya que busca moderar y no eliminar por completo conductas indeseadas.

Es fundamental fijar un criterio concreto para la conducta que se desea alcanzar y seleccionar cuidadosamente reforzadores que sean efectivos. La aplicación del refuerzo debe ser inmediata y estar condicionada a que la conducta se mantenga dentro de las tasas adecuadas. Además, puede ser útil incorporar estímulos discriminativos, como anotar un punto en papel visible cada vez que el niño consulta alguna duda, lo que se traduce en un refuerzo adicional para comportamientos de interés. Estas técnicas pueden combinarse con estrategias como el coste de respuesta, donde se limita el refuerzo si se excede un número determinado de respuestas en un tiempo específico, posibilitando así una reducción más rápida de conductas indeseadas.

6.3.4. Refuerzo diferencial de otras conductas (RDO)

Las técnicas para reducir conductas son cruciales en la modificación del comportamiento, y una de las más efectivas es el refuerzo de la omisión, que se utiliza para mantener las conductas a niveles moderados o para aumentar conductas incompatibles con las que se desean eliminar. Esta técnica se basa en la idea de reforzar la ausencia de la conducta inapropiada durante períodos determinados.

En este sentido, el reforzador se presenta después de cualquier conducta emitida por el individuo, salvo la conducta inapropiada que se busca eliminar.

La esencia de esta técnica radica en que la conducta que se intenta eliminar se pone en extinción, mientras que se refuerzan conductas alternativas. Es un enfoque positivo y eficaz, ya que no utiliza estímulos aversivos y permite el refuerzo de una amplia variedad de conductas. Para aplicar eficazmente esta técnica, es fundamental seleccionar reforzadores específicos que sean potentes y motivadores para el sujeto. Es importante diseñar un programa cuidadoso que refuerce la omisión de la conducta indeseable. Esto implica establecer un intervalo temporal inicial, que debe ser breve, en el que, si el individuo no emite la respuesta indeseable, recibe el refuerzo.

A medida que el programa avanza, se puede aumentar gradualmente el tamaño del intervalo temporal, manteniendo la cantidad de refuerzo neto, y se debe suprimir la contingencia de refuerzo de la omisión (RDO) sin que el sujeto sienta que su motivación se ve afectada. Es esencial informar al sujeto sobre esta contingencia de refuerzo, para que esté al tanto de las expectativas y pueda visualizar el comportamiento que se busca fomentar. Otra consideración importante es que esta técnica debe combinarse con un proceso de extinción de la conducta indeseada, lo que significa que, mientras se refuerzan las conductas alternativas, se minimiza o se detiene el refuerzo de la conducta inapropiada. Además, es vital aplicar esta técnica en todos los contextos en los que aparece la conducta indeseada, ya que esto evitará que el individuo pueda volver a emitir la conducta en situaciones donde no se le refuerce adecuadamente.

6.3.5. Refuerzo diferencial de conductas incompatibles (RDI)

Las técnicas utilizadas en el ámbito de la modificación de comportamiento son fundamentales para aumentar, reducir o eliminar conductas en niños, especialmente en aquellos con necesidades específicas como el TDAH. Una técnica efectiva es el refuerzo de conductas incompatibles, que resulta útil para niños que presentan tics y hábitos nerviosos. Esta técnica se basa en reforzar conductas que sean incompatibles con las que se desea eliminar. Este enfoque positivo permite que los niños reciban reforzadores mientras aprenden nuevos comportamientos o amplían su repertorio conductual. Para su aplicación, es fundamental identificar conductas incompatibles que el niño ya posea, lo cual facilita el proceso. Es crucial seleccionar reforzadores adecuados, comenzando con

un refuerzo continuo y luego pasando a un programa intermitente. Además, la conducta indeseable debe dejarse en extinción, pudiendo utilizarse complementos como el coste de respuesta, tiempo fuera o sobrecorrección para potenciar el efecto. También se enfatiza la importancia de que la conducta alternativa compatible se ejecute en los contextos habituales para asegurar una efectiva generalización.

Figura 6

Refuerzo diferencial de conductas incompatibles (RDI)



El refuerzo negativo es otra técnica que se utiliza para mantener o aumentar la ocurrencia de una conducta ya existente en el repertorio del individuo. Se basa en la premisa de que un estímulo aversivo es evitado como consecuencia de una respuesta efectiva. Esta técnica se considera cuando el refuerzo positivo no ha tenido éxito, y es fundamental verificar que el estímulo realmente sea percibido como aversivo por el niño. En la aplicación del refuerzo negativo, es esencial que los estímulos aversivos sean eliminados en el momento en que se realiza la conducta deseada, reforzando así el comportamiento positivo.

La economía de fichas es otra técnica efectiva para incrementar conductas y debe ser utilizada adecuadamente. Proporciona a los niños un sistema tangible de refuerzo, permitiéndoles tener un referente visual de las conductas que deben realizar y fomentando así la autonomía. En esta técnica, se entrega el reforzador de forma inmediata una vez que se realiza la conducta deseada. El reforzador puede ser una ficha, una canica o una pegatina, que se acumula para ser canjeada al final de un periodo establecido. Es crucial establecer las condiciones al inicio de la economía para evitar

conflictos, premiando inicialmente las aproximaciones hacia la conducta deseada, pero aumentando gradualmente las exigencias para asegurar que la técnica siga siendo efectiva.

Los contratos conductuales son una herramienta que puede ayudar a controlar las consecuencias de las conductas, especialmente indicada para adolescentes. Este método implica redactar un acuerdo en el cual se establecen las conductas deseables y los comportamientos inaceptables, así como las consecuencias del incumplimiento. La aplicación debe hacerse de manera consensuada y se debe documentar por escrito, firmándolo para añadir un sentido de compromiso. Los contratos deben describir conductas concretas que se recompensarán, evitando vaguedades. Es fundamental que estos contratos sean justos para todas las partes involucradas, equilibrando las exigencias de conducta con los reforzadores ofrecidos. Además, deben formularse en términos positivos para favorecer la autorregulación y revisarse periódicamente para valorar el cumplimiento y las posibles modificaciones.

Dentro de las técnicas para reducir o eliminar conductas, se destacan la extinción, el tiempo fuera, el coste de respuesta, el castigo, y la sobrecorrección. En la extinción, se suprime el refuerzo que rodea a una conducta, retirando la atención hacia el comportamiento inadecuado. Esto implica ignorar de manera total al niño cuando manifiesta conductas que se desean eliminar, haciendo énfasis en elogiarlo cuando muestra un comportamiento adecuado. Es importante tener en cuenta que inicialmente la conducta indeseable podría aumentar en frecuencia e intensidad antes de comenzar a disminuir.

El tiempo fuera es una técnica que implica apartar al niño de un entorno donde recibe refuerzo hacia un lugar sin estímulos, pero que no sea amenazante. Antes de aplicar el tiempo fuera, se le debe avisar al niño sobre la expectativa de corregir su comportamiento. Si no lo hace, se le llevará a una zona no atractiva donde deberá permanecer por un tiempo específico. Durante este tiempo, es crucial no prestarle atención si protesta o se queja. Al finalizar el tiempo fuera, debe evitarse cualquier tipo de atención especial al reintroducirlo al contexto original. Estas son las características propias de la aplicación de esta técnica:

- El coste de respuesta es un tipo de castigo que consiste en retirar al niño algo que le guste; cuanto más le guste, mejor. Para aplicarlo correctamente debemos seguir los siguientes pasos:

1. Avisar al niño y darle una oportunidad. Así que veamos que el niño se porta mal, nos acercaremos a él y, mirándole a los ojos, le diremos que queremos que cese ese mal comportamiento.

2. Avisar al niño de la consecuencia que seguirá a su mal comportamiento si después de unos minutos continúa igual.

3. Ser consecuentes. El coste de respuesta se debe aplicar de forma inmediata y breve. Es mejor castigar al niño una tarde sin ver la tele que dejarlo toda la semana sin tele. Con este tipo de técnica, si bien cesa el mal comportamiento de forma inmediata, no se enseña al niño, a la larga, a aprender a controlar su comportamiento. En este caso es más recomendable utilizar el tiempo fuera. Es decir, decirle al niño que se vaya a reflexionar durante unos minutos y devolverlo a la situación que ha desencadenado el tiempo fuera. La utilizaríamos como último recurso. Con el castigo enseñamos al niño lo que no debe hacer, pero no lo que debe hacer. No le damos la oportunidad de que nos demuestre que puede intentarlo y hacerlo algo mejor. No le estamos enseñando a controlarse.

6.3.6. El castigo

El castigo constituye una técnica de modificación de conducta que implica aplicar un estímulo aversivo inmediatamente después de la emisión de una conducta desadaptada que se desea eliminar. Es importante señalar que el castigo se considera efectivo únicamente si se observa una reducción demostrable en la frecuencia de la conducta indeseable. Esto implica que, para que el castigo tenga éxito, debe resultar en un cambio claro y medible en el comportamiento del individuo. La sobrecorrección es otra técnica que se puede utilizar en situaciones específicas, como cuando un niño rompe o ensucia algo, o incluso agrede a otro. Esta técnica se basa en exigir al niño que corrija y mejore las consecuencias de su comportamiento, lo que facilita que asuma la responsabilidad por sus acciones. Por ejemplo, si un niño ensucia una mesa, se le podría pedir que limpie no solo la suya, sino también la de dos compañeros. De igual forma, si un niño agrede a otro, se le puede requerir que pida perdón y, además, se le sugiere visitar a la persona agredida para preguntar cómo se encuentra o ayudar a curar la zona afectada. La consecuencia asociada al mal comportamiento debe estar relacionada con la acción en sí y no debe durar demasiado tiempo, generalmente entre tres y cuatro minutos.

Figura 7

Castigo



Para mantener conductas ya establecidas, la técnica del refuerzo intermitente es particularmente efectiva. Una vez que una conducta ha sido instaurada de manera estable, el refuerzo intermitente se utiliza para continuar su mantenimiento. Esto se logra reforzando algunas de las emisiones de esa respuesta o conducta específica, que anteriormente se estableció mediante un refuerzo continuo. Esta técnica permite que la conducta se mantenga de forma más efectiva a lo largo del tiempo, ya que fomenta que el individuo continúe ejecutando el comportamiento deseado con la expectativa de recibir un refuerzo ocasional, lo que puede resultar en una persuasiva motivación para mantener dicha conducta.

6.3.7. Técnicas para enseñar nuevas conductas

Las técnicas para enseñar nuevas conductas son esenciales en el proceso de modificación del comportamiento, particularmente en entornos educativos y terapéuticos. Una de estas técnicas es el moldeado, que consiste en reforzar secuencialmente distintas conductas, comenzando con aquellas que se asemejan levemente a la conducta objetivo final. A medida que el individuo

adquiere las primeras conductas, se van reforzando progresivamente otras que se acercan más a la conducta deseada. Este enfoque permite un proceso gradual de aprendizaje, facilitando que el individuo se sienta exitoso en su progreso.

Otra técnica destacada es el modelado o la imitación, que se basa en la premisa de que gran parte del aprendizaje ocurre a través de la observación del comportamiento de otros y las consecuencias que ese comportamiento tiene en su entorno. Para que esta técnica sea efectiva, es fundamental que el modelo cumpla ciertas características. Debe ser lo más similar posible al observador en aspectos como edad, sexo y otras características socioculturales. Además, el modelo debe tener un nivel de prestigio ante el observador, es decir, debe ser alguien que admire o respete. Resulta beneficioso que el modelo sea eficaz en la realización de las conductas que se desean imitar; sin embargo, también puede ser útil que el modelo muestre inicialmente ciertas dificultades, pero vaya mejorando con el tiempo. Asimismo, un valor afectivo hacia el modelo, como sentir apego o admiración, puede aumentar la eficacia del aprendizaje por imitación.

La técnica de encadenamiento se refiere al refuerzo de una secuencia de comportamientos que llevan a una conducta final más compleja, la cual requiere diversas habilidades. En este caso, se busca lograr una conducta global combinando otras múltiples conductas. Esta técnica es efectiva cuando las habilidades se pueden descomponer en pasos más pequeños que se enseñan y refuerzan uno a uno, facilitando así la adquisición de la conducta compleja.

La intervención familiar desempeña un papel crucial en el tratamiento de trastornos como el TDAH. Una vez que se ha valorado la conveniencia del tratamiento farmacológico, se inicia la intervención psicológica en el entorno familiar, lo cual es generalmente más fácil de modificar. Esta intervención promueve cambios en el entorno y en las dinámicas familiares, minimizando la frecuencia y gravedad de los comportamientos disruptivos, y proporciona al niño la práctica positiva de las conductas que deberá generalizar en diversos entornos. El enfoque de la intervención sobre los padres se divide en dos partes. En primer lugar, se ofrece asesoramiento sobre el TDAH en general y sobre las características específicas del niño. En segundo lugar, se les entrena en pautas educativas adecuadas a la edad del niño y a las características del trastorno que presenta.

Los estudios realizados por Cunningham, Bennes y Siegel han demostrado que las madres de niños con TDAH tienden a mostrar niveles significativos de depresión en comparación con las madres de niños sin este diagnóstico. Esto puede estar relacionado con el estrés y las dificultades que

TDAH en el ámbito escolar: “Una oportunidad para todos”

enfrentan en el manejo de situaciones familiares. A menudo, los padres pueden identificarse con las dificultades de sus hijos, lo que sugiere una posible presencia de TDAH no diagnosticado en su propia infancia. Por ello, es esencial ayudarles a valorar si estas dificultades siguen presentes y si afectan su vida diaria. Proporcionarles orientación y, si es necesario, buscar ayuda profesional, es un paso importante para su bienestar y para mejorar la dinámica familiar.

Tabla 40.

Propuesta de modelo de intervención en TDAH Para padres.

Fases	Contenido	Objetivo
1	Psicoeducación TDAH.	Conocer las características del trastorno. Conocer el temperamento en los síntomas del TDAH. Conocer recursos, webs, asociaciones, profesionales...
2	Cómo soy y cómo afecta esto a mi hijo. Cuál es mi estado anímico	Conocer el temperamento de los padres y la influencia que tiene en el comportamiento de los hijos. Conocer el estado emocional que genera el trastorno del hijo y el deterioro de las relaciones: culpa, impotencia, desapego, frustración, rabia... (No es una evaluación psicológica, sino que se trata de resituar a los padres respecto a la problemática que viven en esos momentos)
3	Aspectos básicos para implementar el	Conocer cómo se aprende un

	cambio: rutina estable y previsible, refuerzo positivo y extinción de conducta.	comportamiento y qué hacer para aumentar conductas deseables y disminuir las no deseables.
4	Autocontrol padres: No etiquetar. Centrarse en las conductas. Paradigma cognitivo-conductual: S-P-SF-E-C Tiempo fuera padres. Control de la respiración.	Conocer estrategias de autocontrol que se centren en las conductas y no en las personas. Reconocer los pensamientos distorsionados que propician respuestas inadecuadas respecto a los hijos. Aprender a reconocer y a aplicar el autotiempo fuera. Aprender a reconocer las respuestas físicas de tensión y a aplicar la respiración diafragmática para controlarlas
5	Asertividad. Hablar en primera persona.	No dirigir el dedo acusador hacia el niño, sino hacia lo que sentimos en cada momento para facilitar la comunicación

Nota. Elaboración propia.

6.3.8. Intervención escolar: el papel de los profesores en el tratamiento

Los profesores pueden comparar el comportamiento de los niños con el resto de la clase estando exentos de las posibles cargas hereditarias del trastorno y de la vinculación emocional que puede

TDAH en el ámbito escolar: “Una oportunidad para todos”

hacer que los propios padres sean más tolerantes ante según qué comportamientos. Una vez detectado el problema en el entorno escolar, los profesores deben comunicar sus sospechas tanto a los padres como a los servicios de atención psicológica de las escuelas para que pueda iniciarse el proceso de evaluación y obtener un diagnóstico, lo que ayudará a contextualizar las necesidades reales del niño con respecto a los aprendizajes o a la metodología de los mismos. Una vez realizado el proceso de evaluación y el diagnóstico, el profesor y el entorno escolar deben adaptarse a las necesidades educativas del niño con TDAH. El profesor y el entorno escolar deben adaptarse a las necesidades educativas del niño con TDAH.

Es importante que el maestro:

- Disponga de información clara sobre el TDAH y sobre el grado de afectación de su alumno.
- Tenga una actitud de comprensión, paciencia, tolerancia y ayuda hacia la problemática y las dificultades del niño con TDAH.
- Reciba instrucciones generales sobre el tratamiento del niño y específicas sobre las pautas de actuación en el aula, para poder ayudarle a mejorar su rendimiento.

Tabla 41.

Propuesta de modelo de intervención en el TDAH en la escuela

Fases	Contenido	Objetivo
1	Gestión del aula: • Situarlo cerca del profesor. • Mantener interacción continuada con el alumno. • Evitar distractores.	Favorecer un entorno que propicie el aprovechamiento de los aprendizajes
2	Psicoeducación del trastorno.	Conocer los síntomas del TDAH. Conocer recursos, webs, asociaciones, profesionales y guías de actuación.

3	Establecer estrategias de funcionamiento en el aula: • Informar a los padres de los progresos del niño. • Adecuar las exigencias al nivel del niño. • Favorecer la mejora de la autoestima y el autocontrol. • Ayudar a generalizar lo que el niño ha aprendido en las sesiones individuales de reeducación. • Aplicar técnicas conductuales y cognitivas concretas en el aula (refuerzo positivo, extinción, etc.). • Ser claro en las explicaciones al alumno. • Enseñar lo que puede hacer y no puede hacer el alumno en clase. • Estructurar las clases y rutinas de aprendizaje. • Ser consistentes y que el niño pueda prever la conducta del profesor. • Ser un modelo adecuado para el niño. • Aplicar consecuencias claras y justas. • Ser persistente en la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales. • Utilizar frecuentemente el refuerzo positivo como herramienta de trabajo.	Facilitar la adquisición de los aprendizajes atendiendo a las características del niño
----------	---	---

	• Anticipar posibles problemas de conducta y proponer al niño comportamientos alternativos.	
4	• Soporte personalizado. Gestión del aula según recomendaciones de Pfiffner, Barckley y DuPaul (2006). • Dar instrucciones breves y claras. Normas visibles y perdurables. • Anticipar. • Ser positivos en vez de negativos. • Informar continuamente del comportamiento que se espera y de los objetivos que se deben conseguir. • Consecuencias inmediatas. • Consecuencias constantes. • Consecuencias potentes. • Variación en las gratificaciones. • La intervención no acaba con la implementación, debe alargarse para mantenerse constante en el tiempo.	• Potenciar la intervención educativa para generar confianza y mejorar la relación con los demás. • Exponer claramente las instrucciones, pedir que el alumno las repita en voz alta y luego en voz baja mientras trabaja. • Las normas y procedimientos que hay que seguir deben estar en un sitio visible, para facilitar el recuerdo y el cumplimiento. • Preparar al alumno para encarar las actividades diarias poniendo en marcha sus estrategias o incorporando nuevas. • Utilizar el refuerzo positivo en vez del castigo hará que aumenten las conductas deseables. • Ayuda a crear su lenguaje interno y a mantener los objetivos. • Demorar las consecuencias resta efectividad a las mismas. • Si son constantes, ayudan a mantener la conducta en el tiempo. • Deben ser de más magnitud debido a su insensibilidad a las consecuencias. • Variarlas evitará que se habitúen y se sácien. • Se deben hacer valoraciones periódicas

para corregir las desviaciones que se
puedan producir

Nota. Elaboración propia.

El papel de los especialistas en el tratamiento de niños y adolescentes con TDAH es fundamental y multifacético. Una vez realizada la evaluación del niño, el especialista tiene la responsabilidad de realizar un diagnóstico preciso, que servirá como base para definir el enfoque terapéutico. Es crucial que el diagnóstico se transmita de manera clara y sincera tanto a los padres como a los profesores, ya que esto fomenta una comprensión común del caso y permite establecer una colaboración efectiva.

Además del diagnóstico, es importante que el especialista especifique el grado de severidad del TDAH y las orientaciones terapéuticas necesarias. Esto incluye diseñar un programa de intervención que se ajuste a las necesidades específicas del paciente, considerando la opción de prescripción de medicación y la implementación de reeducaciones psicopedagógicas según sea necesario. El seguimiento del paciente es igualmente esencial, ya que permite ajustar el tratamiento conforme se avanza y se modifican las necesidades del niño.

El especialista también debe asesorar y formar a padres y profesores en pautas educativas adecuadas, lo que incluye proporcionarles herramientas prácticas que faciliten el manejo del niño en distintos entornos. Este aspecto del trabajo es vital, ya que tener un apoyo adecuado en el hogar y en la escuela contribuye significativamente al éxito del tratamiento. Además, el especialista debe velar por la coordinación de los profesionales implicados en la intervención, asegurando que todos trabajen en armonía hacia un mismo objetivo.

Al considerar la intervención con el niño o el adolescente, es fundamental tener en cuenta las características individuales del niño, así como su entorno, el grado de severidad del TDAH y los posibles trastornos o problemas asociados. Se deben considerar diversas áreas de intervención, aunque no siempre es necesario emplearlas todas. Entre las estrategias de intervención se incluyen el tratamiento farmacológico, que puede ser esencial para algunos niños; el tratamiento cognitivo-conductual, que involucra la aplicación de técnicas de modificación de conducta y técnicas cognitivas; y el tratamiento psicopedagógico, que busca mejorar el rendimiento académico y las habilidades en el contexto escolar.

Las técnicas cognitivas son especialmente importantes para los niños y adolescentes con TDAH, ya que las dificultades que presentan en habilidades sociales, así como en la organización, planificación y resolución de problemas afectan directamente tanto su rendimiento académico como sus interacciones sociales. Estas técnicas pueden incluir estrategias para mejorar la atención, habilidades de memoria y auto-regulación emocional, contribuir a una experiencia de aprendizaje más efectiva y a mejorar sus relaciones con sus pares y adultos, facilitando así un desarrollo integral y balanceado. Es esencial que el enfoque sea individualizado y adaptado a las necesidades y circunstancias específicas de cada niño, brindando las herramientas necesarias para que puedan prosperar en todos los aspectos de su vida. El entrenamiento en autoinstrucciones pretende ayudar al niño a prestar atención, a pensar de forma organizada y a controlar su comportamiento frente a cualquier tipo de problema (familiar, social, académico, personal) a través de la función inhibidora del lenguaje.

Parece ser que los niños que se comportan agresivamente, especialmente los pequeños, presentan un déficit en este tipo de actividad que regula la conducta. Cuando sea este el caso, el niño puede beneficiarse de un entrenamiento que le enseñe a producir verbalizaciones que dirijan su comportamiento. Se ha observado que un entrenamiento de este tipo reduce la conducta agresiva al tiempo que incrementa la conducta prosocial. El primer paso en un programa de entrenamiento en autoinstrucciones consiste en presentar al niño, a través de unas tarjetas, los pasos que debe seguir a la hora de enfrentarse a la resolución de cualquier tipo de situación para, a continuación, a través del modelado por parte del terapeuta y del uso de la voz como guía de actuación, seguirlos hasta completar la tarea.

Parece ser que los niños que se comportan agresivamente, especialmente los pequeños, presentan un déficit en este tipo de actividad que regula la conducta. Cuando sea este el caso, el niño puede beneficiarse de un entrenamiento que le enseñe a producir verbalizaciones que dirijan su comportamiento. Se ha observado que un entrenamiento de este tipo reduce la conducta agresiva al tiempo que incrementa la conducta prosocial.

El primer paso en un programa de entrenamiento en autoinstrucciones consiste en presentar al niño, a través de unas tarjetas, los pasos que debe seguir a la hora de enfrentarse a la resolución de cualquier tipo de situación para, a continuación, a través del modelado por parte del terapeuta y del uso de la voz como guía de actuación, seguirlos hasta completar la tarea.

TDAH en el ámbito escolar: “Una oportunidad para todos”

Existen diferentes recursos para mejorar la capacidad atencional de niños y niñas diagnosticados con TDAH. Un ejemplo de estos recursos sería Aventura Pirata. Entrenamiento de la Atención y de las Funciones Ejecutivas mediante Autoinstrucciones (Sardinero, 2017). Aventura pirata. Entrenamiento de la Atención y de las Funciones Ejecutivas mediante Autoinstrucciones. Madrid: TEA Ediciones), donde pretende desarrollarse el hábito de trabajo sistemático en niños que cometen errores en sus tareas diarias por problemas de atención.

Falta de regulación del lenguaje interno. Una de las dificultades que presentan los niños con TDAH es la falta de regulación del lenguaje interno, que es lo que nos permite organizar el pensamiento, las ideas, analizar los problemas y las posibles alternativas de solución, y por tanto regular el comportamiento. Antes de los 3 años, los niños hablan en voz alta para organizar su lenguaje interno, para estructurar la información e interiorizar las normas. Este lenguaje sigue aproximadamente hasta los 4 años, debido a que aún no son capaces de utilizar su voz interior (autoinstrucciones), y por eso continúan haciéndolo en voz alta.

A partir de los 5 o 6 años, el lenguaje comienza a internalizarse, ya que pueden estar largo tiempo callados, aunque ya son capaces de organizar y planificar a través de su lenguaje interno. En el caso de los niños con TDAH, este procedimiento es deficiente comparado con su grupo edad; debido a su carácter y pensamiento impulsivo, reciben la información, la intentan procesar, responden a los estímulos de manera intuitiva y, aunque creen estar haciéndolo bien, los resultados son normalmente frustrantes, ya que no han procesado de manera correcta la información que les han dado.

Programa de entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum y Goodman (1971) A este programa de entrenamiento, Isabel Orjales le añadió un paso previo pensado para frenar la impulsividad y observar detenidamente la tarea que tienen que hacer: “antes de hacer nada digo todo lo que veo”.

Tabla 42.

Autoinstrucciones

Primer paso	Debo saber qué es lo que tengo que hacer
Segundo paso	¿Cómo lo voy a hacer? Estableceré un plan de acción

Tercer paso	Recordaré y diré en alto: “Tengo que estar muy atento y ver todas las posibilidades de respuesta”.
Cuarto paso	Daré la respuesta.
Quinto paso	Evaluaré el resultado y diré: Si es correcto: ¡Me ha salido bien! ¡Estupendo soy genial! Si no es correcto: ¡Vaya! ¿Por qué me ha salido mal? Analizo en qué paso he fallado, ahora ya lo sé. ¡La próxima vez me saldrá mejor!

Nota. Elaboración propia.

Las autoinstrucciones ayudan a los niños a planificar las actividades pensando de manera reflexiva, de este modo evitamos las respuestas impulsivas y precipitadas, lo que, una vez realizada la tarea, ayuda a evaluar los resultados. Este quinto paso es muy importante en los niños con TDAH: si lo han hecho bien, reciben el refuerzo positivo inmediato; si hay errores, pueden analizarlos y buscar nuevas estrategias de acción.

6.3.9. Fases para la implementación de las autoinstrucciones

El procedimiento suele continuar con un modelado de las estrategias apropiadas para la resolución de problemas y seguidamente se instruye al niño en la utilización de las mismas. Concretamente, las fases por las que discurre el entrenamiento son las siguientes:

Tabla 43.

Fases de un entrenamiento en autoinstrucciones

Fase 1	Presentar al niño las autoinstrucciones.
Fase 2	El terapeuta realiza una tarea sencilla aplicando las autoinstrucciones.
Fase 3	El niño realiza la tarea mientras el terapeuta marca los pasos en voz alta
Fase 4	El niño realiza la tarea mientras repite los pasos en voz alta.

Fase 5 El niño realiza la tarea mientras susurra.

Fase 6 El niño trata de utilizar las autoinstrucciones en el aula.

Fase 7 El niño trata de utilizar las autoinstrucciones en el aula.

Fase 8 El niño piensa las autoinstrucciones mientras realiza la tarea (autoinstrucciones encubiertas).

Nota. Elaboración propia.

1. **Modelado.** El entrenador, o cualquier otra persona que actúa de modelo, realizan una tarea de resolución de problemas y describe la estrategia en voz alta para sí mismo y para el niño
2. **Guía externa en voz alta.** En esta fase, el entrenador instruye al niño sobre cómo realizar la tarea mientras este intenta hacerla. La tarea es la misma que la del ejemplo propuesto anteriormente por el modelo, solo que ahora debe hacerlo bajo las instrucciones del entrenador. El entrenador repite, en voz alta, las mismas preguntas que en la fase anterior: ¿Qué problema tengo? ¿Cómo lo puedo hacer? ¿Cómo lo he hecho?
3. **Autoinstrucciones en voz alta.** El niño lleva a cabo la tarea mientras se dice a sí mismo las mismas autoinstrucciones que en las fases anteriores.
4. **Autoinstrucciones en voz baja.** El niño lleva a cabo la tarea de nuevo mientras cuchichea las instrucciones para sí mismo. Este es un paso más para progresar desde la autoconversación manifiesta hasta una autoconversación encubierta.
5. **Autoinstrucciones encubiertas.** El niño guía su propio comportamiento mediante autoinstrucciones internas. De nuevo se repite el diálogo de las fases anteriores. Esta forma de autoconversación, encubierta, es socialmente más apropiada que una autoconversación en voz alta, pues el hacerlo en voz alta puede sorprender a las personas que rodean al niño, lo cual puede provocar que no ponga en práctica esta técnica en las situaciones conflictivas. Esta es la razón por la que se asientan las bases para progresar desde la autoconversación en voz alta a la encubierta, pues así podrá ponerlo en práctica en cualquier situación, sin miedo a posibles vergüenzas.

El entrenamiento en autoinstrucciones comienza a trabajarse, durante las sesiones con el terapeuta, sobre fichas de atención y concentración para el control de la impulsividad como las que podemos

encontrar en el Programa de intervención educativa para aumentar la atención y la reflexividad (Gargallo, 1997) o en el manual Programas de intervención cognitivo-conductuales para niños con déficit de atención con hiperactividad. Progresivamente, el profesional podrá generalizar la metodología a la realización de las tareas académicas que el niño trae a casa e invitar a los padres a estar presentes durante la sesión para que aprendan a guiar, de la misma manera que hace el terapeuta, al niño en casa, mientras hace los deberes. También podemos hablar con la escuela para introducir las autoinstrucciones en el aula, en forma de tarjetas colgadas sobre la pizarra, que se repasarán cuando el profesor estime que la actividad que se va a realizar lo requiere.

6.3.10. Técnicas de autocontrol

El autocontrol es una técnica cognitiva muy útil para el tratamiento de los niños con TDAH, relacionado directamente con la autoestima. Cuando el niño tiene capacidad de autocontrol, se siente apto y competente, y es visto por los demás como más maduro y autónomo. El proceso de autocontrol consta de tres pasos:

- Capacidad de observación del propio comportamiento.
- Autoevaluación de las propias acciones.
- Autorrefuerzo (saber recompensarse si las conductas emitidas han sido adecuadas).

Técnica de la tortuga (Schneider, 1974)

La técnica de la tortuga, diseñada por M. Schneider en 1974, es un método eficaz para el autocontrol de la conducta impulsiva en el aula, y especialmente útil en situaciones de descontrol por carga emocional. A los niños preescolares, y hasta los 7 años, se les plantea como un juego. A partir de los 8, como un planteamiento lúdico de una técnica de relajación y autocontrol.

Tabla 44.

Terapeuta lee la historia de la tortuga a los alumnos

1	El terapeuta lee la historia de la tortuga a los alumnos.
2	Con la imagen mental que provoca el cuento, el terapeuta invitará a los niños a dramatizar la sensación de frustración de la tortuga, su rabia contenida y su intento de introducirse en el caparazón. Cuando escenifiquen el intento de introducirse en el caparazón para vencer los sentimientos de rabia y furia, lo harán pegando la barbilla al pecho, colocando los brazos a lo largo del cuerpo y presionando fuertemente barbilla, brazos y puños cerrados mientras cuentan hasta diez. La distensión provoca después una relajación inmediata.
3	La sesión en la que se explica el procedimiento se hace durante una hora de clase y en presencia del profesor, y acaba la sesión con la invitación a todos los niños de utilizar esta técnica cuando sientan ganas de resolver una situación de forma agresiva o sientan que se desborda su cólera.
4	Para motivarlos, se les propone un refuerzo colectivo: una tortuguita de verdad. Si todos aplican la técnica obtendrán puntos para la tortuga.
5	Para poder contabilizar los puntos conseguidos, el profesor dibujará una tortuga con el caparazón cubierto de escamas/casillas en las que irán anotando los puntos conseguidos.
6	El terapeuta o el profesor de apoyo reforzarán los avances en el cartel de la tortuga en los momentos en que entre en el aula. Los niños tacharán o colorearán una de las escamas 1) si consiguen hacer la tortuga en un momento difícil, o 2) si han recordado a otro niño que la hiciera en un momento difícil.
7	Cuando entre todos consigan rellenar la tortuga, el profesor comprará una tortuguita de verdad para el aula.

Nota. Elaboración propia.

6.3.11. Técnicas de relajación

Figura 6

Técnicas de relajación en niños con TDAH



Cuando se inicia el programa de relajación, el niño debe ser consciente de sus dificultades en autocontrol corporal, por lo que tenemos que estar seguros de que posee las habilidades necesarias para el aprendizaje. También deberemos tomar conciencia de la tensión muscular y de la respiración. La técnica se desarrolla de la siguiente manera:

1. Introducimos el tema.

2. Observamos las diferencias entre activar o inhibir el movimiento: invitamos al niño a hacer una carrera. Se coloca en el punto de salida y se le dice que solo puede iniciar la carrera cuando oiga decir: “Preparados, listos, ¡ya!”; pero que no puede moverse del sitio si oye cualquier otra cosa. El terapeuta provocará varias salidas nulas. El niño correrá alrededor de la habitación y deberá cambiar de dirección siguiendo el siguiente código: • Una palmada: cambio de dirección. • Dos palmadas: agacharse, tocar el suelo y seguir corriendo.

3. Reflexionar sobre las dificultades para inhibir el movimiento.

Si nos observamos, nos daremos cuenta de que poner el cuerpo en marcha no nos resulta difícil, sino incluso hasta demasiado fácil. Sin embargo, frenarlo cuando está en marcha es mucho más

complicado. Nuestro problema es que nos sucede muy a menudo. Ya que el otro día una lista de situaciones en las que nos costaba mucho controlarnos.

4. Enseñar a discriminar entre músculos y huesos. “Para poder relajarnos en situaciones tensas debemos aprender a dominar nuestros músculos. Y para poder dominarlos primero tenemos que saber dónde están. ¿Podrías decirme, ahora, qué diferencias hay entre músculos y huesos? Muy bien, los músculos pueden cambiar de forma, son elásticos, se estiran y encogen, mientras que los huesos son rígidos y no podemos manejarlos a voluntad. Cuando estamos nerviosos, todos los músculos de nuestro cuerpo se ponen tensos como si estuvieran preparándose para correr los cien metros lisos. Cuando estamos relajados, los músculos descansan porque nuestro cerebro les informa de que, por el momento, no vamos a pedirles que hagan ningún esfuerzo”. Para ello jugamos delante del espejo, el niño debe ir palpándose, tratando de distinguir entre músculos y huesos. Es útil que identifique algún músculo o hueso en una lámina del cuerpo humano.

5. Discriminar entre músculos en tensión y en relajación: pedimos al niño que contraiga fuertemente el puño hasta que los dedos adquieran un color blanquecino por falta de riego sanguíneo.

Se le pide ahora que afloje la mano sin abrirla, como si estuviera dormida, y que observe cómo se resisten los músculos agarrotados cuando intentamos separar los dedos poco a poco.

Necesitamos practicar para que se percate de la diferencia. Solo cuando lo consiga, podrá empezar el entrenamiento en relajación.

- 6.** Contraer de forma independiente distintos músculos sin que, por simpatía, se contraigan otros: la falta de control del niño hiperactivo también se caracteriza por la falta de discriminación muscular. Cuando se le pide que contraiga fuertemente la mano, no puede evitar contraer también la cara. Lo colocaremos delante de un espejo, para que tome conciencia de que una contracción se puede realizar con fuerza sin gastar energía innecesaria contrayendo otras partes del cuerpo.
- 7.** Comparar la expresión de la cara de una persona enfadada con la cara tensa y de otra seria, pero con la cara relajada.

Toma de conciencia de la función respiratoria

1. **Observar la respiración alterada al correr:** invitamos al niño a correr por la habitación, y cuando comprobemos que su respiración está alterada le pediremos que se tumbe en el suelo, que cierre los ojos y que sienta su cuerpo.
2. **La función de la respiración.** Uno de los mejores trucos para relajarse es saber respirar. Si nuestra tensión nos induce a respirar más rápidos, quizás podremos quitarnos tensión si respiramos más despacio, tranquilamente, como lo hacemos cuando estamos descansando.
3. **Práctica de respiración:** nos tumbamos en el suelo después de correr de forma que el niño sienta su corazón y la respiración acelerada. Procuramos no movernos ni gesticular mucho. Inspiramos, retenemos el aire hasta contar hasta tres y lo dejamos partir suavemente. Antes de volver a tomar aire se debe también contar hasta tres. A medida que nuestra respiración se tranquiliza retenemos el aire durante más tiempo, hasta conseguir una respiración sosegada.

6.3.12. Cómo influye la música en la relajación

Utilizamos una música de ritmo rápido y le preguntamos al niño qué es lo que le apetece hacer cuando la escucha. Después le hacemos escuchar música de relajación (música de Enya o un concierto de flauta de Mozart) y le repetimos la misma pregunta.

Ejemplo.” ¿Qué te sugiere? Claro, el ritmo lento nos sugiere descanso, mientras que el ritmo rápido parece que nos invita a bailar, a comer, a jugar, a movernos rápido, incluso sin darnos cuenta.

Cuando hay mucho tiempo jaleo en clase no podemos atender bien, nos entran ganas de movernos y nuestro cerebro tiende a estar atento dos o tres cosas al mismo tiempo: lo que dice el profesor y lo que hacen los compañeros y nuestro propio movimiento. Tenemos que hacer un gran esfuerzo para no atender a las demás cosas y centrarnos en nuestro trabajo, Sin embargo, el ambiente es tranquilo no nos cuesta tanto”.

6.3.13. Práctica de una sesión de relajación

Sentado en una silla, realizamos una relajación general, contrayendo y destensando todo el cuerpo por partes. Ponemos música y hacemos que el niño tome conciencia de cada una de las zonas de su cuerpo que tocan el suelo. Posteriormente recorremos todo el cuerpo. En la mayoría de las ocasiones debemos empezar por relajar tan solo una parte del cuerpo, y prolongar el tiempo de

relajación progresivamente. Debemos tener en cuenta que el niño hiperactivo no aguantará demasiado tiempo quieto. Es importante terminar antes de que el niño se agobie, e ir prolongando sesión a sesión los tiempos de relajación. Una vez terminada la relajación, le pedimos que se estire muy lentamente y se siente a nuestro lado. Hablamos con él en susurros para mantener el estado sedante y probamos distintas cintas de música tranquila. Le pedimos que sea él el que seleccione las canciones que más le gusten y le grabamos una cinta con ellas para que las utilice en casa cuando haga prácticas de relajación.

6.3.14. Generalización de la relajación

1. Ayudamos al niño a planificar los momentos en que podrá utilizar la cinta de música que hemos grabado...

- Mientras juega en su habitación.
- Mientras hace los deberes.
- Mientras cena.
- Mientras se baña.
- En clase, mientras trabaja concentrado.

2. Tumbados en el suelo y con la música apropiada, relajamos todo el cuerpo.

3. Dramatizamos situaciones en las que podemos necesitar relajarnos.

4. Practicamos la relajación sentados, respirando como hemos aprendido a hacerlo y con los ojos abiertos.

5. Pasearnos lentamente y controlando la respiración. Nos mantenemos así sin excitarnos, aunque escuchemos música un poco movida. Si el niño se altera se baja la música y se pone música de relajación. Cuando el niño retoma el ritmo de respiración, volvemos a poner música rápida.

6. Proponemos al niño que el próximo día nos diga en qué situaciones ha intentado relajarse.

Pasos para la relajación progresiva de Koeppen

Los pasos para la relajación progresiva de Koeppen son los siguientes:

1. Manos y brazos: imagina que tienes un limón en tu mano izquierda. Ahora trata de exprimirlo, trata de exprimirle todo el jugo. Siente la tensión de tu mano y brazo mientras lo estás exprimiendo. Ahora déjalo caer. Fíjate en cómo están ahora tus músculos cuando están relajados. Coge ahora

otro limón y trata de exprimirlo. Exprímelo más fuerte de lo que lo hiciste con el primero, muy bien. Ahora tira el limón y relájate. Fíjate qué bien se siente tu mano y tu brazo cuando están relajados. Una vez más, toma el limón en tu mano izquierda y exprímele todo el zumo, no dejes ni una sola gota, exprímelo fuerte. Ahora relájate y deja caer el limón. (Repetir el mismo procedimiento con la mano y el brazo derechos)

2. Brazos y hombros: ahora vamos a imaginarnos que eres un gato muy perezoso y quieres estirarte. Estira (extiende) tus brazos frente a ti, levántalos ahora sobre tu cabeza y llévalos hacia atrás. Fíjate en el tirón que sientes en tus hombros. Ahora deja caer tus brazos a tu lado. Muy bien. Vamos a estirar otra vez. Estira los brazos frente a ti, levántalos sobre tu cabeza y tira de ellos hacia atrás, fuerte. Ahora déjalos caer. ¡Muy bien! Fíjate en cómo tus hombros se sienten ahora más relajados. Ahora una vez más, vamos a intentar estirar los brazos, intenta tocar el techo esta vez. De acuerdo. Estira los brazos frente a ti, levántalos sobre tu cabeza y tira de ellos hacia atrás, muy bien, hacia atrás. Fíjate en la tensión que sientes en tus brazos y hombros. ¡Un último estirón, ahora muy fuerte! Deja caer los brazos, fíjate qué bien te sientes cuando estás relajado.

3. Hombros y cuello: ahora imagina que eres una tortuga. Imagínate que estás sentado encima de una roca en un apacible y tranquilo estanque relajándote al calor del sol, te sientes tranquilo y seguro allí. ¡Ah! De repente sientes una sensación de peligro. ¡Vamos, mete la cabeza en tu concha! Trata de llevar tus hombros hacia tus orejas, intentando poner tu cabeza entre los hombros, mantente así, no es fácil ser una tortuga metida en su caparazón. Ahora el peligro ya pasó, puedes salir de tu caparazón y volver a relajarte a la luz del cálido sol. Relájate y siente el calor del sol. ¡Cuidado! ¡Más peligro! ¡Rápido, mete la cabeza en tu casa! Tienes que tener la cabeza totalmente metida para protegerte. ¡Ok, ya puedes relajarte! Saca la cabeza y deja que tus hombros se relajen. Comprueba que te sientes mucho mejor cuando estás relajado que cuando estás tenso. Una vez más. ¡Peligro! ¡Esconde tu cabeza, lleva los hombros hacia tus orejas, no dejes que ni un solo pelo de tu cabeza quede fuera de la concha! Mantente dentro, siente la tensión en tu cuello y hombros. De acuerdo, puedes salir de tu concha, ya no hay peligro. Relájate, ya no va a haber más peligro, no tienes nada de qué preocuparte, te sientes seguro, te sientes bien.

4. Mandíbula: imagínate que tienes un enorme chicle en tu boca, es muy difícil de masticar, está muy duro. Intenta morderlo, deja que los músculos de tu cuello te ayuden. ¡Ahora, relájate! Deja tu mandíbula floja, relajada. ¡Fíjate qué bien te sientes cuando dejas tu mandíbula caer! ¡Muy bien! Vamos a masticar ahora otro chicle. ¡Mástícalo fuerte, intenta apretarlo, que se meta entre tus

dientes! ¡Muy bien, lo estás consiguiendo! ¡Ahora, relájate! Deja caer la mandíbula, es mucho mejor estar así que estar luchando con ese chicle. ¡Ok, una vez más vamos a intentar morderlo! ¡Muérdelo lo más fuerte que puedas! ¡Más fuerte! ¡Muy bien! ¡Estás trabajando muy bien! Bien, ahora relájate. Intenta relajar tu cuerpo entero, intenta quedarte flojo, lo más flojo que puedas.

5. Cara y nariz: bueno, ahora viene volando una de esas molestas moscas, y se ha posado en tu nariz, trata de espantarla, pero sin usar tus manos. Intenta hacerlo arrugando tu nariz. Trata de hacer tantas arrugas con tu nariz como puedas. Deja tu nariz arrugada. ¡Fuerte! ¡Bien! ¡Has conseguido alejarla! ¡Ahora puedes relajar tu cara! Fíjate que cuando arrugas tan fuerte la nariz, tus mejillas, tu boca, tu frente y hasta tus ojos te ayudan y se ponen tensos también. ¡Oh, otra vez regresa esa vieja mosca, pero esta vez se ha posado en tu frente! ¡Haz arrugas con tu frente! ¡Intenta cazar la mosca con tus arrugas! ¡Fuerte! ¡Muy bien! Ya se ha ido para siempre. Puedes relajarte. Intenta dejar tu cara tranquila, sin arrugas. Siente como tu cara está ahora más tranquila y relajada.

6. Estómago: imagina que estás tumbado sobre la hierba. ¡Oh! ¡Mira, por ahí viene un elefante! ¡No está mirando por donde pisa! ¡No te ha visto! ¡Va a poner un pie sobre tu estómago! ¡No te muevas! ¡No tienes tiempo para escapar! ¡Trata de tensar el estómago poniéndolo duro, realmente duro! ¡Aguántate así! ¡Espera! ¡Parece como si el elefante se fuera a ir en otra dirección! ¡Relájate! Deja el estómago blandito y relajado lo más que puedas. Así te sientes mucho mejor. ¡Oh, por ahí vuelve otra vez! ¿Estás preparado? ¡Tensa el estómago fuerte, si él te pisa y tienes el estómago duro no te hará daño! ¡Pon tu estómago duro como una roca! ¡Ok! ¡Parece que nuevamente se va! ¡Puedes relajarte! Siente la diferencia que existe cuando tensas el estómago y cuando lo dejas relajado. Así es como quiero que te sientas, tranquilo y relajado. ¡No podrás creerlo, pero ahí vuelve el elefante, y esta vez parece que no va a cambiar de camino! ¡Viene derecho hacia ti! ¡Tensa el estómago! ¡Ténsalo fuerte! ¡Lo tienes casi encima de ti! ¡Pon duro el estómago! ¡Está poniendo una pata encima de ti! ¡Tensa fuerte! ¡Ahora ya parece que se va! ¡Por fin se aleja! Puedes relajarte completamente. Todo está bien. Te sientes seguro, relajado y tranquilo. Ahora vas a imaginarte que quieres pasar a través de una estrecha valla en cuyos bordes hay unas estacas. Tienes que intentar pasar y para ello te vas a hacer delgado metiendo tu estómago hacia dentro, intenta que tu estómago toque tu columna. ¡Trata de meter tu estómago todo lo más que puedas! ¡Tienes que atravesar esa valla! Ahora relájate y siente cómo tu estómago está ahora flojo. ¡Muy bien! ¡Vamos a intentar otra vez pasar por esa estrecha valla! ¡Mete el estómago! ¡Intenta que toque tu columna! ¡Déjalo realmente metido! ¡Muy metido, tan metido como puedas! ¡Aguanta así! ¡Tienes que pasar por esa

valla! ¡Muy bien! ¡Has conseguido pasar a través de esa estrecha valla sin pincharte con sus estacas! ¡Ahora, relájate! Deja que tu estómago vuelva a su posición normal. Así te sientes mejor. Lo has hecho muy bien.

7. Piernas y pies: ahora, imagínate que estás parado, descalzo y que tus pies están dentro de un pantano lleno de barro espeso. Intenta meter los dedos del pie dentro del barro. Probablemente necesitarás tus piernas para ayudarte a empujar. ¡Empuja hacia dentro! ¡Siente cómo el lodo se mete entre tus piernas! ¡Ahora, sal y relaja tus pies! Deja que tus pies se queden flojos y fíjate qué bien estás así. ¡Te sientes bien cuando estás relajado! ¡Volvemos dentro del espeso pantano! ¡Mete los pies dentro, lo más dentro que puedas! Deja que los músculos de tus piernas te ayuden a empujar tus pies. ¡Empuja fuerte! ¡El barro cada vez está más duro! ¡Ok! Sal de nuevo y relaja tus piernas y tus pies. ¡Te sientes mejor cuando estás relajado! No tenses nada. ¡Te sientes totalmente relajado!

Técnicas centradas en los pensamientos

Reestructuración cognitiva. Técnicas para ayudar al niño/adolescente a identificar y transformar los pensamientos distorsionados en pensamientos más adaptativos y reales.

El momento ideal a partir del cual los niños pueden beneficiarse de esta técnica es aquel en el que evolutivamente son capaces de entender que ellos tienen pensamientos distintos a los de los demás y son capaces de criticarse a sí mismos y de automotivarse hacia el cambio.

Los objetivos del programa de entrenamiento en reestructuración cognitiva son los siguientes:

- 1. Ayudar al niño a reflexionar sobre la relación entre la situación, el pensamiento y la emoción:** para conseguir este objetivo el terapeuta explica, con un lenguaje adaptado al nivel de desarrollo del niño, qué es un pensamiento y de qué depende que frente a una misma situación una persona se comporte de una manera u otra.
- 2. Enseñar al niño las diferencias entre pensamientos reales y distorsionados:** para facilitar la comprensión al niño (no adolescentes) de las diferencias entre ambos tipos de pensamientos, nos referiremos a los pensamientos reales como pensamientos positivos y a los pensamientos distorsionados como pensamientos equivocados.
- 3. Enseñar al niño los diferentes tipos de pensamientos distorsionados:** a partir de la información recogida en las entrevistas, seleccionamos ejemplos de los pensamientos distorsionados que presenta el niño.

4. Enseñar al niño a identificar sus propios pensamientos distorsionados: a partir de los pensamientos distorsionados detectados en el niño, ponemos en marcha dinámicas y actividades que le ayuden a identificar si su pensamiento es equivocado o no.

5. Enseñar al niño a transformar sus pensamientos distorsionados en otros más adaptativos: el último paso consiste en transformar el pensamiento “equivocado” o distorsionado del niño en un pensamiento más realista, apoyado por una serie de estrategias que le entregamos y que pueden ayudarle.

Técnicas centradas en las emociones

Las técnicas centradas en las emociones, tienen como objetivo ayudar al niño a identificar y expresar sus propias emociones y a discriminar las actitudes emocionales de los demás.

- **Objetivo 1:** Explicar al niño qué es una emoción: para conseguir este objetivo el terapeuta explica, con un lenguaje adaptado al nivel de desarrollo del niño, qué es una emoción, mientras explora el conocimiento sobre las emociones que tiene el niño. Comenzará por las emociones más básicas (tristeza, alegría, enfado y miedo) y las irá ampliando y explorando en función de las aportaciones que vaya realizando el niño.

- **Objetivo 2:** Enseñar al niño a identificar y diferenciar las expresiones faciales de distintas emociones: la percepción social hace referencia a la capacidad del niño para discriminar correctamente entre expresiones faciales de distintos sentimientos. Si el niño no es capaz de tener clara esta información gestual, interpretará la realidad social con unos matices distintos que complicarán su relación con los demás.

- **Objetivo 3:** Enseñar al niño identificar y diferenciar las actitudes emocionales de los demás: algunos niños tienen dificultades para percibir de forma inmediata cómo puede sentirse otra persona.

- **Objetivo 4:** Enseñar al niño que diferentes situaciones provocan diferentes emociones: los adultos tenemos claro que diferentes situaciones nos provocan diferentes emociones; sin embargo, a los niños de edades comprendidas entre los 5 y los 8 años, aproximadamente, conviene ayudarles a tomar conciencia de estas diferencias

- **Objetivo 5:** Enseñar al niño a identificar y expresar sus propias emociones: poco a poco, las actividades descritas en el objetivo anterior deben ir incluyendo situaciones con datos concretos de la vida del niño extraídos de las entrevistas diagnósticas, los registros u otros instrumentos de

evaluación, para de esta manera comenzar a enseñarle a reconocer y expresar sus emociones en cada una de esas situaciones.

Técnicas de entrenamiento en habilidades sociales. Técnicas centradas en la conducta Este entrenamiento forma parte de las técnicas más utilizadas en los niños y adolescentes con TDAH. Según diversos autores, el funcionamiento social del niño tiene un papel importante no solo en el desarrollo de sus relaciones interpersonales satisfactorias, sino también en la adquisición de papeles y normas sociales que le harán socialmente competente en la cultura en la que crece. EL adecuado aprendizaje de habilidades sociales durante la infancia influye fundamentalmente en lo posterior adaptación social., emocional y académica del niño (Michelson et al., 1987).

El entrenamiento en habilidades sociales pasa por diferentes fases: 1. Ejercitar la percepción social. 2. Diferenciar la comunicación asertiva. 3. Entrenamiento en habilidades sociales básicas. Para tener unas buenas habilidades sociales, es importante que los niños sean capaces de interpretar correctamente las expresiones fáciles y el lenguaje corporal, por lo que deberán aprender a discriminar los sentimientos a través de las expresiones.

¿Cómo lo hacemos?: por ejemplo, podemos jugar con tarjetas en las que previamente se ha dibujado la cara de un niño o de una niña con diversas expresiones emocionales. Es aconsejable comenzar por las básicas: tristeza, enfado, sorpresa, temor y alegría. Puede dibujarse la cara del niño en un lado de la ficha y en el otro escribir el nombre de la emoción, con diversos sinónimos, si se quiere. Una vez se han conseguido tales fichas, se puede jugar a formar parejas, a variaciones del Memory (juego de encontrar parejas estando las fichas volteadas), a que el terapeuta lea al niño una historia imaginaria en la que a un niño o niña le sucede algo y deba adivinar qué emoción puede estar experimentando, y cuando lo sepa tome la tarjeta con la expresión facial que corresponda a la emoción imaginada, etc. El role-playing, una vez más, puede ser una herramienta útil.

La comunicación asertiva es aquella en la cual el sujeto manifiesta lo que piensa o siente, sin ofender ni herir a los demás. De lo que se trata es de familiarizar a los niños con tipos de comunicación: pasiva, asertiva y agresiva, para proponer la asertiva como la más conveniente, ya que garantiza la expresión clara y correcta de lo que se siente o piensa, pero de una manera que suscita respuestas positivas del entorno.

Solucionar conflictos defendiendo tus derechos y respetando los derechos de los demás

Con el concepto defender tus derechos nos referimos a hacer que los demás sepan lo que sentimos u opinamos, pero respetando los derechos de los demás. Defender nuestros derechos no es salirnos con la nuestra sin importarnos los demás: uno puede defender sus derechos explicando a los demás la razón por la que va a hacer algo con lo que los demás no están de acuerdo, pero nunca se puede obligar a los demás a que elijan nuestra postura.

Saber cómo defender tus derechos tiene ventajas.

• **Asertivo:** sabes defender tus derechos

1. Los demás conocerán qué opinas sobre el tema y sabrán que tu postura es firme.
2. Sabrán que no pueden manejarte a su gusto.
3. Sabrán cómo quieres que te traten y qué cosas no vas a permitir.
4. Si no lo haces de forma agresiva, los demás te respetarán y ganarás partidarios.

• **Pasivo:** no defiendes tus derechos

1. Los demás se aprovecharán de ti. Pensarán que te da lo mismo todo o que pueden manipularte a su gusto.
2. Te sentirás humillado y poca cosa.
3. Los demás te perderán el respeto y no te valorarán.

• **Agresivo:** defiendes tus derechos sin pensar en los demás

1. Nadie se aprovechará de ti.
2. Todos te temerán y no querrán ser tus amigos o serán “amigos” tuyos porque les conviene.
3. Encontrarás algunas ventajas en hacer lo que tú deseas, pero, a la larga, estarás solo. Nadie estará a gusto contigo porque no los respetas.
4. Para explicar los estilos de comunicación a los niños, podemos recurrir a las metáforas, donde la figura que representa al estilo agresivo sería la imagen de un león o dragón, que ataca al otro sin tener en cuenta al otro. El estilo pasivo sería un ratoncito, no expresa sus opiniones ni deseos, los demás le asustarán y le dirán lo que tiene que hacer, no le valorarán. Por último, el estilo asertivo sería el humano, el cual expresa sus deseos y opiniones y a la vez respeta al otro.

¿Cómo puedo defender mis derechos?

Para defender mis derechos:

1. Debes hacer ver a los demás cuál es tu postura.

TDAH en el ámbito escolar: “Una oportunidad para todos”

2. Tienes que tener paciencia, normalmente la otra persona no está muy dispuesta a escuchar.
3. No cedas si no te parece adecuado (respuesta pasiva).
4. No seas agresivo (respuesta agresiva).
5. Puedes explicar tu punto de vista sin agredir al otro (respuesta asertiva).

Ser asertivo es decir lo que se piensa sin imponer el criterio propio, pero intentando razonadamente llegar a un acuerdo. Si después de intentarlo hay que ceder porque los demás son mayoría, no tiene sentido ponerse cabezota. La próxima vez tendrán que ceder ellos. La amistad es así.

Respetar los derechos de los demás

Respetar los derechos de los demás tiene ventajas:

- Si respetas los derechos de los demás:

1. Todos verán que eres justo y te tratarán también con justicia.
2. Encontrarás muchos amigos que te apoyarán cuando alguien trate de aprovecharse de ti.
3. Serás respetado y tenido en cuenta.
4. Puede ser que los demás valoren más tu opinión porque saben que no te pondrás del lado de nadie si no lo consideras justo.
5. Serás capaz de encontrar una solución adecuada para todos, un acuerdo con el que todo el mundo esté satisfecho.

Si no respetas los derechos de los demás:

1. Pensarán que eres un egoísta.
2. No te apoyarán, aunque tengas razón porque tú no los apoyas cuando ellos la tienen.
3. Es probable que los demás se unan contra ti para defender los derechos que tú les estás negando.
4. Las soluciones que tú propones solo tienen en cuenta tu postura y los demás estarán a disgusto y no querrán contar contigo.
5. Te encontrarás solo.

Entrenamiento en habilidades sociales básicas

Para hablar del entrenamiento en habilidades sociales básicas vamos a tratar la importancia de hacer y aceptar cumplidos:

1. Introducir el concepto cumplido: los cumplidos son cosas agradables que se dicen sobre una persona

TDAH en el ámbito escolar: “Una oportunidad para todos”

2. Recibir cumplidos y dar cumplidos: no solo se debe aprender a hacer cumplidos, sino también a recibirlos.

Cómo hacer cumplidos

Hacer cumplidos tiene muchas ventajas:

- Si hacemos cumplidos
 1. Ayudamos a los demás a sentirse bien a nuestro lado.
 2. Conseguimos que los demás sepan qué nos gusta de ellos y aumentará la probabilidad de que continúen comportándose así.
 3. No sentimos a gusto con nosotros mismos.
- Si no hacemos cumplidos
 1. Los demás no saben qué nos gusta de ellos. Pueden pensar que no nos caen bien.
 2. Los demás pueden pensar que somos antipáticos. No será tan agradable estar con nosotros.
 3. Es muy probable que, si no somos amables, ellos tampoco tengan ganas de ser atentos con nosotros.

Para hacer cumplidos debemos

- **Observar a los demás:** Así los conoceremos mejor y tendremos ocasión de hacerles cumplidos.
- **Expresar lo que pensamos de forma clara y directa, pero sin exagerar:** Un cumplido exagerado puede parecer mentira y hacer que piensen que nos estamos riendo de ellos.

Aceptar cumplidos

Hay muchas personas que no saben aceptar cumplidos, en lugar de aceptarlos y dar las gracias:

- Pueden no saber qué decir, se ruborizan, tartamudean o se alejan.
- Pueden desvalorizarse: “no te creas, no me salió tan bien”.
- Pueden pensar sin motivo que los demás se están burlando.

Aceptar cumplidos sin exageraciones tiene muchas ventajas:

- Si sabemos aceptar cumplidos

TDAH en el ámbito escolar: “Una oportunidad para todos”

1. Los demás sabrán que agradecemos los cumplidos que nos hacen.

2. Será más probable que nos hagan cumplidos en el futuro.

3. Sabremos qué es lo que a los demás les gusta de nosotros.

4. Nos sentimos muy bien con nosotros mismos.

- Si no aprendemos a aceptar cumplidos

1. Nos sentiremos como tontos por no saber qué decirle al que nos ha dicho algo agradable.

2. Los demás pueden pensar que somos desagradecidos o que no nos importa lo que los demás piensen de nosotros.

3. Se les quitarán las ganas de volver a decirnos cosas agradables.

4. Si los demás dejan de decirnos cosas agradables podemos llegar a menospreciarnos.

Pedir favores de forma adecuada y ofrecer nuestra ayuda

Pedimos un favor cuando solicitamos a otra persona algo que no podemos conseguir sin su ayuda:

- Cuando pedimos a un amigo que nos preste un libro.

- Cuando pedimos a un niño que nos deje jugar con su pelota.

- Cuando pedimos al profesor que nos vuelva a explicar algo.

- Cuando nos prestan un bolígrafo porque se nos ha olvidado el nuestro.

¿Cómo podemos saber si estamos pidiendo un favor? Pedimos un favor cuando la otra persona no está obligada a hacer lo que le pedimos.

Pedir favores y ofrecer favores. A los niños les es difícil darse cuenta de que necesitan pedir un favor, pero más difícil es que se den cuenta de que otro necesita ayuda. Aprender y saber pedir un favor o cómo ofrecer nuestra ayuda es útil. Si lo hacemos bien conseguiremos muchos amigos y la relación con los demás será mucho más agradable.

Cómo pedir favores

Debemos saber pedirlos:

- Si los pedimos correctamente

TDAH en el ámbito escolar: “Una oportunidad para todos”

1. Los demás sabrán exactamente lo que queremos de ellos.

2. Se darán cuenta de que valoramos su ayuda.

3. Conseguiremos mejores resultados.

- Si no los pedimos correctamente

1. Es probable que la otra persona no se entere de lo que queremos de ella.

2. Puede pensar que nos queremos aprovechar de ella.

3. No nos hará caso.

Para pedir favores:

1. Debemos estar seguros de lo que deseamos pedir y decirlo de forma clara.

2. Debemos pedir las cosas por favor y con una frase que no parezca una orden.

3. Podemos explicarles que lo hemos intentado pero que su ayuda nos resulta imprescindible.

Ofrecernos para hacer favores Ofrecernos para hacer favores tiene sus ventajas:

- Nos ofrecemos adecuadamente

1. Los demás sabrán que nos interesamos por ellos.

2. Los demás se darán cuenta de que nosotros podemos hacer algo que ellos no pueden.

3. Los demás estarán agradecidos por nuestra intención y nos querrán corresponder ofreciéndonos su ayuda en otro momento.

- No nos ofrecemos nunca

1. Los demás pueden pensar que no nos interesamos por ellos.

2. Pueden pensar que no sabemos hacer nada especial y que es inútil pedir nuestra ayuda.

3. Si no hacemos favores, los demás no nos los harán a nosotros.

- Nos empeñamos en hacer un favor a toda costa, aunque no quieran

1. Los demás pueden pensar que somos unos pesados.

2. Los demás pueden pensar que queremos presumir de lo que sabemos hacer aprovechándonos de que ellos no saben.

3. Rechazarán nuestra ayuda porque pensarán que los tratamos como a torpes. Para ofrecernos para hacer favores: “¿Quieres que te ayude?”. No ayudes si no te han pedido ayuda, o te llamarán metomentodo.

4. Si observamos a alguien que está haciendo algo equivocado y no parece darse cuenta, podemos darle nuestra opinión de forma discreta, como si no estuviéramos seguros de si nuestra postura es la correcta. De ese modo, la otra persona podrá colaborar y aceptar nuestra ayuda sin sentirse torpe.

Entrenamiento en estrategias de solución de problemas

El entrenamiento en estrategias de solución de problemas es útil para la ejecución reflexiva de tareas complejas y para el afrontamiento de conflictos cotidianos de diversa índole. En todo caso, antes de este entrenamiento el niño debe familiarizarse con la práctica frecuente de una serie de pensamientos que lo ayudarán en la tarea de solucionar problemas. Estos pensamientos son:

- **Pensamiento causal:** es aquel que permite determinar las causas de un problema o acontecimiento. Quien no lo ha desarrollado lo suficiente atribuye aquello que le sucede a la mala suerte, al destino o a que los demás “le tienen manía”. Esto es un problema porque, además de no encontrar el factor que hay que modificar para no volver a cometer siempre los mismos errores, puede causar en muchos niños sentimientos de indefensión aprendida, en el sentido de que vivencian siempre los acontecimientos como si estuvieran fuera de su control, y terminan teniendo ideas fatalistas o pesimistas.
- **Pensamiento alternativo:** consiste en la capacidad de generar la mayor cantidad posible de opciones ante un problema: imaginar un gran número de posibles soluciones ante un mismo conflicto y no terminar siempre poniendo en práctica la primera que nos venga a la cabeza.
- **Pensamiento consecuencial:** implica la habilidad de imaginar las consecuencias positivas o negativas de un acto. Supone ser capaz de prever lo que podría suceder, pero antes de emitir la conducta.
- **Pensamiento de perspectiva:** este pensamiento representa la habilidad de establecerse objetivos y metas, y de delinear estrategias y pasos para su consecución. Supone la capacidad de situarse en el lugar de otra persona y llegar a comprender sus motivos, pensamientos o emociones. Es uno de los componentes de la empatía. Incluye también la habilidad de identificar y entender los puntos de vista de los demás. Este punto, que depende en grado

significativo del grado de maduración y nivel cognitivo de los niños, se puede ir trabajando gradualmente a través de ejercicios de alfabetización o educación emocional (se hablará de ellos más adelante, en el apartado de “Habilidades sociales”), entre los que se incluyen gráficos, juegos o historias.

- **Pensamiento de medios-fines:** a continuación, se enumeran y explican brevemente los pasos del modelo de entrenamiento en solución de problemas paso a paso de Zurilla y Goldfried (1971), adaptado por: Pope, McHale, y Craighead (1988) (POPE, A., MCHALE, S., y CRAIGHEAD, E. (1988). Mejora de la autoestima: técnicas para niños y adolescentes. Barcelona: Martínez Roca.):

1. Detectar la existencia del problema. Debe reconocerse en primer lugar que existe un problema. Esto se logra a través de la observación de los propios sentimientos para así detectar emociones como la tristeza, la ira o la sorpresa.

2. Pararse y pensar. Definir el problema. Por un momento, tomar distancia de la situación problemática y decidir en qué consiste exactamente el problema.

3. Decidir un objetivo. Fijar una meta para la situación: ¿Cómo se desea que acabe la situación? ¿Cuál es el resultado deseado?

4. Pensar en el mayor número posible de soluciones. Generar todas las posibilidades de solución, sin evaluarlas, de momento, ni excluir las que parezcan poco factibles.

5. Imaginar las consecuencias de cada solución. Considerar los pros y contras de cada posible solución, y pensar en las consecuencias probables resultantes de cada una de ellas.

6. Escoger la mejor solución. Ya que a estas alturas se ve claramente que unas opciones son mejores que otras, hay que quedarse con una (o con una combinación de varias) basándose en sus posibles consecuencias y en la posibilidad de llevarla a cabo.

7. Planificar la puesta en práctica de la solución. Se trata de hacer un plan paso a paso para llevar a cabo la opción elegida.

Introducción a las reeducaciones

Las reeducaciones psicopedagógicas son una más de las ayudas terapéuticas consideradas eficaces para el tratamiento de los niños con TDAH.

Las sesiones de reeducación consisten en sesiones programadas de forma sistemática que tienen como finalidad dotar al niño o adolescente de las máximas estrategias y recursos para minimizar en todo lo posible las dificultades causadas por las características de este trastorno.

TDAH en el ámbito escolar: “Una oportunidad para todos”

Durante las sesiones se incluirán todas las áreas afectadas: cognitiva, emocional, comportamental, social o de aprendizaje escolar.

El objetivo final de toda reeducación es que el niño sea capaz de conseguir una total autonomía en todos los niveles (Orjales, 2002):

1. En la regularización de su comportamiento: autocontrol, adaptación a las normas, etc.
2. Física: hábitos de la vida diaria, orden, colaboración...
3. Cognitiva: capacidad para seleccionar la información relevante de la que no lo es, autoevaluación, autocorrección, capacidad para resolver problemas...
4. Personal: con independencia de los adultos, con una autoestima sana y unas relaciones sociales satisfactorias.

Características básicas de las reeducaciones

Las reeducaciones deben ser impartidas por psicólogos, psicopedagogos o profesores de educación especial formados en el tratamiento de determinados trastornos (TDAH, trastornos de conducta, etc.) y que posean las técnicas y estrategias adecuadas para ello. Así pues, no se debe confundir este tipo de intervención con el refuerzo escolar (o clases particulares), ya que en este último se trata de ayudar a que el niño comprenda aquellos conceptos que no ha asimilado de forma total o correcta, y en cambio el objetivo final de toda reeducación debe ser que el niño pueda llegar a ser autónomo en su trabajo escolar, para que de esta forma no necesite la supervisión, ayuda y soporte constante para lograr el aprendizaje. Otra diferencia reside en el hecho de que en las sesiones de reeducación se utilizan técnicas cognitivas y de modificación de conducta con tal de abordar los objetivos planteados.

La frecuencia y la duración de las sesiones variarán dependiendo de cada caso, pero por regla general, suelen ser sesiones de una hora de duración, dos días a la semana (no se recomiendan sesiones más largas, ya que el cansancio juega en contra del nivel de atención de estos niños).

En las reeducaciones, como en toda sesión terapéutica, se establece una relación niño reeducador que tiene un principio y un final. Por ello, son de gran importancia las sesiones iniciales y finales:

- En las primeras sesiones se dedicará un tiempo a conocerse y establecer una buena relación. Se le preguntará al niño si sabe el porqué de estas sesiones, se le explicará qué es lo que se hará a lo largo de ellas, se elaborará un listado conjuntamente de aquellas cosas que el niño hace bien y de

TDAH en el ámbito escolar: “Una oportunidad para todos”

aquellas que se deben mejorar, y se le preguntará sobre cuáles son las cosas que le gustan y las que le ayudan a motivarse.

- Las últimas sesiones se dedicarán a despedirse y a valorar y afianzar lo que se ha hecho a lo largo de la reeducación, enfatizando en la importancia de que el niño siga utilizando todas aquellas estrategias aprendidas.

Es importante volver a hacer hincapié, en este punto, en que el TDAH es un trastorno crónico y, como tal, sus síntomas estarán presentes, en mayor o menor grado, a lo largo de la vida del paciente. Así pues, es necesario que tanto padres como educadores tengan presente que los niños deben ser constantes en la aplicación de todas las estrategias necesarias para que estos síntomas interfieran lo mínimo en su vida cotidiana.

Objetivos generales de las reeducaciones

El tratamiento se enfoca desde un punto de vista individual, escolar y familiar. Para cada niño se elabora un programa de intervención que contempla:

- El tratamiento cognitivo-conductual individualizado.
- Pautas educativas para los padres.
- Técnicas cognitivo-conductuales para aplicar en el aula.

Dentro del programa individualizado se trabajan, mediante técnicas cognitivo-conductuales, los siguientes objetivos:

- A nivel cognitivo:
 - Aumentar la motivación y la autoestima del niño o del adolescente.
 - Favorecer la capacidad atencional y establecer un pensamiento organizado en el que se prevean las consecuencias del comportamiento y se busquen alternativas.
 - Favorecer la capacidad de autocontrol (para reducir la impulsividad y precipitación cognitiva ante tareas escolares) y desarrollar habilidades socioemocionales.
- A nivel conductual:
 - Favorecer la capacidad de autocontrol (para reducir la impulsividad y precipitación conductuales ante las tareas escolares).
 - Favorecer el control del exceso de movimiento.
 - Reforzar modelos de respuestas constructivas incompatibles con el movimiento excesivo.
- A nivel de refuerzo pedagógico:

TDAH en el ámbito escolar: “Una oportunidad para todos”

- Recuperación y consolidación de aprendizajes escolares específicos:
- Lectura (mecánica y comprensiva). ◦ Escritura.
- Cálculo (operaciones básicas, problemas matemáticos...).
- Ortografía (natural y arbitraria).
- Caligrafía.
- Técnicas para crear hábitos de trabajo.
- Enseñar técnicas y métodos de estudio:
 - Enseñar a cuidar el ambiente de estudio. ◦ Enseñar la organización del tiempo de estudio. ◦ Enseñar el método adecuado: prelectura, lectura analítica, subrayado, resumen, esquema, repetición mental activa, etc.). ◦ Preparación de los exámenes.
- Enseñar recursos para las tareas escolares que favorezcan las respuestas adecuadas ante los problemas de atención, impulsividad e hiperactividad.

Mindfulness

El mindfulness nace como una nueva aproximación alentadora para el tratamiento de la sintomatología que se presenta en el TDAH.

El mindfulness (o atención plena) consiste en la práctica formal del aumento de la conciencia, la atención en el momento presente y la observación sin prejuicios kabat-Zinn, J. (2003). (KABAT-ZINN, J. (2003).. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.) Se trata de una técnica de meditación que se encuentra en la tercera generación de TCC. Entre sus componentes están la autorregulación de la atención y orientación a la práctica.

Es importante añadir a los padres del niño diagnosticado de TDAH en el entrenamiento con mindfulness, ya que por lo general tienen un mayor nivel de estrés que se traduce en un ambiente con más tensión en el hogar. Por tanto, siendo el mindfulness una práctica de autorregulación de la atención y de la emoción, y el TDAH un trastorno que conlleva dificultades de autorregulación de pensamientos, de la atención y de las emociones, que además puede ir asociado con estrés, ansiedad, depresión y déficits cognitivos, puede ser un tratamiento prometedor y alternativo a los tratamientos eficaces. En adolescentes disminuye los problemas de atención y mejora la conducta entre iguales y el deterioro funcional. Los padres muestran una disminución de su nivel de estrés y

mayor control parental. En la actualidad se observa en los estudios mejoras en la sintomatología atencional e hiperactiva/impulsiva después de aplicar el tratamiento, en varios casos con reducciones superiores al 30% de la sintomatología. Estos resultados suelen hacer referencia a cuestionarios autoinformados (o informados por los padres y/o profesores en el caso de los niños), siendo este uno de los puntos débiles en este ámbito de investigación. (López, et al 2016).

El entrenamiento en mindfulness se ha mostrado significativamente superior a la relajación muscular progresiva en la mejoría de la atención selectiva. En relación a la impulsividad se ha observado una igualdad en la eficacia.

El mindfulness genera múltiples beneficios, entre los que podemos destacar:

- Mejora la sintomatología atencional (con mindfulness se practica la atención plena).
- Mejora la sintomatología hiperactiva/impulsiva.
- Mejora las funciones ejecutivas.
- Ayuda a la autorregulación de las emociones y de la conducta, ya que se reducen las respuestas automáticas.
- Promueve un estado mental positivo.
- Mejora el autoconocimiento, facilita el aprendizaje de las propias emociones/sentimientos, así como el de los otros.
- Mejora la relación entre padres e hijos, sobre todo cuando se realizan los ejercicios de mindfulness conjuntamente.

Por último, conviene apuntar que es necesario realizar más investigaciones con un mayor control metodológico en la intervención, en los instrumentos de medición y la selección de participantes, pues existe tanta heterogeneidad en los estudios que hacen difícil de conocer sus límites y alcances a nivel clínico.

El neurofeedback

El neurofeedback es un tratamiento que da una retroalimentación de las señales electroencefalográficas a tiempo real con el fin de adquirir el autocontrol de los patrones de actividad cerebral y la aplicación de esas destrezas en las actividades del día a día. Es decir, es un proceso psicofisiológico que está constituido por la actividad bioeléctrica del cerebro, que es detectada por electrodos colocados en el cuero cabelludo que es tratada por un dispositivo que traslada la señal a un programa informático. Posteriormente se le presenta al niño/a en un monitor

de forma visual y de forma auditiva mediante un altavoz. El fin es que el niño/a aprenda a regular las frecuencias conforme a un programa diseñado previamente.

Consecuentemente el neurofeedback (también conocido como EEG biofeedback), se puede definir como una técnica de intervención mediante la cual una persona aprende a regular sus propias frecuencias electroencefalográficas (Coben & Evans, 2011). (COBEN, R., & EVANS, J. R. (2011). Neurofeedback and neuromodulation techniques and applications (1st ed.). London; Burlington, MA: Academic)

Las ondas se diferencian entre sí en base a su intensidad y frecuencia, son detectadas mediante un electroencefalograma. Podemos observar:

- **Ondas alfa.** Se producen sobre todo en el lóbulo occipital en periodos de relajación, tranquilidad y bienestar.
- **Ondas beta.** Se relacionan con un estado de alerta y atención consciente. Se registran cuando la persona está despierta y en plena actividad mental.
- **Ondas delta.** Se relacionan con el sueño profundo o estados de meditación.
- **Ondas theta.** Se registran en un estado de vigilia. Las características de este estado son: memoria plástica, armonía, motivación, fantasía, imaginación e inspiración creativa.

El protocolo más utilizado y adecuado para pacientes con TDAH es el protocolo de entrenamiento theta-beta. La principal tarea que se realiza con este protocolo consiste en que el sujeto aprenda a reducir la amplitud de la banda de frecuencias Theta (8-12Hz) y a incrementar la amplitud de la banda Beta (12-20Hz). Una ventaja del neurofeedback es que nos encontramos que resulta motivador ya que las frecuencias electroencefalográficas se transforman en un juego digital, consiguiendo con ello que realice la actividad con atención en periodos de más de 30 minutos.

Si hablamos del protocolo Theta/Beta para TDA se le expone al participante que para lograr el objetivo debe ejecutar dos ejercicios simples:

1. Estar atento a los estímulos concretos del juego que se le da, al tiempo que intenta manejar mentalmente en la velocidad con que se realiza el juego, pensando órdenes e intentando dirigir mentalmente al objeto digital que protagoniza el juego.
2. Tendrá que estar relajado y tranquilo a la vez que tiene en cuenta el progreso del juego.

Para favorecer el estado de relajación se puede entrenar y guiar posteriormente en el entrenamiento de respiración diafragmática. Además, se tiene que trabajar de forma específica sobre el control

inhibitorio de posibles movimientos corporales superfluos y su repercusión en el desarrollo del juego. Así el niño adquiere de manera clara y progresiva la creencia de que está conectado con lo que ve y escucha durante la sesión y que, si mantiene esa relación, progresará en el juego, por lo que entra en una puesta en práctica de condicionamiento operante.

Tras llevar a cabo un programa de entrenamiento con la técnica de neurofeedback a un grupo de niños diagnosticados con TDA, nuestros resultados verifican que los participantes que fueron entrenados con esta técnica aprendieron a regular las frecuencias programadas y mejoraron sus puntuaciones en variables atencionales (Hernández, 2015).

Los beneficios a largo plazo del entrenamiento con neurofeedback:

- Mejora la capacidad de atención.
- Mejor rendimiento en memoria de trabajo.
- Mejora la capacidad de concentración en tareas.
- Aumenta la velocidad de procesamiento.
- Mejorando la capacidad y ritmo de aprendizaje.
- Ayuda a la gestión del estrés.

Por su parte, el neurofeedback cuenta con algunas desventajas como puede ser:

- Alto coste económico.
- Dificultades sobre su accesibilidad.

Para concluir, conviene indicar que actualmente faltan estudios para poder afirmar que el neurofeedback es un tratamiento basado en la evidencia científica, pero sí ha demostrado reducir la sintomatología del TDAH. Aun así, su reducida accesibilidad (siendo casi exclusivamente una técnica utilizada en la investigación) complica la intervención con esta técnica.



CONCLUSIONES

Conclusiones

La valoración del diagnóstico del TDAH debe ser integral y multidisciplinaria, lo que implica la recopilación de información de diversas fuentes, incluyendo padres, profesores y autoevaluaciones del niño. Este enfoque garantiza una visión completa de los síntomas y su impacto en diferentes contextos, facilitando así un diagnóstico más preciso. Considerar las experiencias y observaciones de múltiples informantes permite entender cómo se manifiestan los síntomas en diversas situaciones, como en el hogar y en la escuela, lo que es crucial para implementar un plan de intervención efectivo.

El tratamiento del TDAH se beneficia enormemente de un enfoque multimodal que combine intervenciones farmacológicas y psicológicas. El uso de medicamentos como el metilfenidato y la atomoxetina ha demostrado ser eficaz para controlar la inatención, hiperactividad e impulsividad. Sin embargo, es igualmente importante integrar técnicas psicológicas y cognitivas en el tratamiento, ya que estas proporcionan herramientas a los niños para gestionar sus emociones y comportamientos, facilitando su aprendizaje y desarrollo social.

La alta comorbilidad del TDAH con trastornos del estado de ánimo, como la depresión y la ansiedad, así como con conductas desafiantes, subraya la necesidad de diagnósticos diferenciales precisos. Al realizar un diagnóstico exhaustivo, se pueden identificar trastornos coocurrentes que requieran atención específica. Esto permite a los profesionales de la salud desarrollar un enfoque de tratamiento que no solo aborde los síntomas del TDAH, sino que también considere y trate las dificultades emocionales y conductuales que puedan estar presentes, mejorando así el pronóstico general.

Promover la autonomía del niño es un objetivo esencial en el manejo del TDAH. Al implementar técnicas como el entrenamiento en autoinstrucciones y autocontrol, los niños pueden adquirir habilidades que les permitan gestionar su comportamiento y tomar decisiones en situaciones desafiantes. Este enfoque fomenta la autoeficacia, ayudando a los niños a sentirse más seguros y confiados en su capacidad para enfrentar los retos de la vida diaria.

La implicación de los padres en el proceso de intervención es fundamental, ya que su conocimiento y apoyo pueden hacer una diferencia significativa en el desarrollo del niño. Un enfoque colaborativo que incluya orientación para los padres sobre estrategias efectivas puede mejorar la

dinámica familiar y proporcionar un entorno más propicio para el aprendizaje y la regulación emocional. Esto asegura que el niño no solo reciba apoyo en la escuela, sino también en casa, donde se puede reforzar el aprendizaje y la adaptación.

La evaluación continua del progreso del niño es crucial para adaptar las intervenciones según sus necesidades cambiantes. A medida que los síntomas del TDAH y sus impactos evolucionan con el tiempo, los profesionales deben estar dispuestos a modificar las técnicas y enfoques utilizados. Este proceso de monitoreo permite un ajuste fino del tratamiento, lo que maximiza la eficacia de la intervención y asegura que cada niño reciba la atención adecuada para su situación personal.

La identificación temprana de los síntomas del TDAH es vital para prevenir el desarrollo de problemas asociados y minimizar su impacto en la vida del niño. Implementar estrategias preventivas tanto en el hogar como en la escuela puede ser un factor decisivo en el manejo del trastorno. Al capacitar a los padres y educadores para que reconozcan los signos de advertencia y actúen de inmediato, se pueden establecer intervenciones que eviten la escalada de dificultades en el futuro.

Es fundamental que los educadores tengan un conocimiento claro del TDAH y sus implicaciones en el entorno escolar. Este entendimiento les permitirá adaptar su enseñanza y apoyar a los niños de manera más efectiva. Crear un ambiente de aprendizaje inclusivo y comprensivo es crucial para maximizar el rendimiento académico y ayudar a los estudiantes a enfrentar sus desafíos. El papel del docente se convierte en un elemento clave para el éxito de la intervención y el desarrollo del niño.

Es imprescindible seguir investigando y validando nuevas modalidades de intervención, como el neurofeedback y el mindfulness, para mejorar el manejo del TDAH y comprender su eficacia en diferentes contextos. Aunque los métodos tradicionales han demostrado su eficacia, la exploración de nuevas herramientas terapéuticas puede proporcionar opciones adicionales para los profesionales y aumentar la capacidad de los niños para enfrentar los desafíos que presenta el trastorno. Esta búsqueda constante de innovación y mejora en los tratamientos es esencial para avanzar en la comprensión y el abordaje del TDAH en la actualidad.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias bibliográficas

- Achenbach, T. M., et al. (1995). Developmental psychopathology: Developmental perspectives on the continuum from adolescence to adulthood. *Journal of Clinical Psychology*, 51(4), 535-546.
- Adler, L. A., Faraone, S. V., Sarocco, P., Atkins, N., & Childress, A. (2021). Establishing US norms for the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) and characterising symptom burden among adults with ADHD. *International Journal of Clinical Practice*, 75(1), e13697.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2019). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94.
- Barkley, R. A. (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2015). *The ADHD report: Understanding attention-deficit hyperactivity disorder* (Vol. 23, Issue 4). The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2019). *The ADHD Report: Diagnostic and Treatment Practices for ADHD*. New York, NY: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2022). Cognitive Tempo and Attention Deficits in Children: A Study of Children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*. Advance online publication.
- Biederman, J., et al. (2020). Long-term outcome of ADHD: A longitudinal study of children with untreated ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 177(4), 302-309.
- Biederman, J., et al. (2021). The development of ADHD symptoms in childhood: Environmental and genetic influences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(3), 300-310.
- Brocki, K. C., Eninger, L., Thorell, L. B., & Bohlin, G. (2020). Interrelations between executive function and symptoms of hyperactivity/impulsivity and inattention in preschoolers: A two year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(6), 863-873.

- Brocki, K. C., Forslund, T., & Evenshaug, A. K. (2021). The role of effortful control in the development of ADHD symptoms in middle childhood. *Journal of Attention Disorders*, 25(8), 1187-1196.
- Bunford, N., Evans, S. W., & Langberg, J. M. (2022). Emotion dysregulation is associated with social impairment among young adolescents with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 26(2), 241-252.
- Chacko, A., Kofler, M., & Jarrett, M. (2020). Improving outcomes for youth with ADHD: A conceptual framework for combined neurocognitive and skill-based treatment approaches. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 23(1), 27-45.
- Coghill, D., Seth, S., & Matthews, K. (2022). Heterogeneity in executive function profiles among children with ADHD: A latent profile analysis. *Journal of Attention Disorders*, 26(7), 1015-1026.
- Evenden, J. L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, 146(4), 348-361.
- Fosco, W. D., Kofler, M. J., Groves, N. B., Chan, E. S., & Raiker, J. S. (2020). Which 'working' components of working memory aren't working in youth with ADHD? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48(5), 647-660.
- Faraone, S. V., Asherson, P., Biederman, J., & Mick, E. (2015). Attention-deficit hyperactivity disorder in adults: An overview. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(4), 536-543. <https://doi.org/10.4088/JCP.14f08933>
- Faraone, S. V., et al. (2020). The impact of ADHD on academic performance: An updated review. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 12(4), 421-434.
- Faraone, S. V., et al. (2021). The interplay of ADHD and anxiety disorders in children: Impact on treatment and outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 49(1), 99-112.
- Faraone, S. V., et al. (2022). The developmental trajectory of ADHD: Insights from longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 52(1), 22-29.
- Faraone, S. V., et al. (2023). Gender differences in ADHD in children and adolescents: An updated review. *Journal of Attention Disorders*, 27(5), 447-458.

- García, J. A., et al. (2023). Understanding anxiety and its effects on children with ADHD: A developmental perspective. *Pediatrics*, 151(2), e2022050839.
- Garon, N., Smith, I. M., & Bryson, S. E. (2023). Early executive function in toddlers: A longitudinal study of individual differences and predictors of later ADHD symptoms. *Developmental Science*, 26(2), e13259.
- Graziano, P. A., & Garcia, A. (2023). The role of emotion regulation in the development, maintenance, and treatment of ADHD. *Clinical Psychology Review*, 98, 102222.
- Harpin, V., et al. (2020). The co-occurrence of anxiety and ADHD: Prevalence and implications for treatment. *Clinical Psychology Review*, 80, 101877.
- Harpin, V., et al. (2021). Persistence of ADHD symptoms in children: A longitudinal analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(8), 1143-1153.
- Lee, C. S., & Booth, J. R. (2022). Neural correlates of impulsivity in adolescents with and without ADHD. *NeuroImage: Clinical*, 33, 102925.
- Martínez-Núñez, B., Quintero, J., & Lora-Muñoz, J. A. (2023). Evolución de las manifestaciones de impulsividad en niños y adolescentes: Un estudio longitudinal. *Revista de Psicología del Desarrollo*, 41(2), 185-200.
- Martínez-Núñez, B., Quintero, J., Llácer, B., García-Campos, N., & Díez, A. (2022). Cognitive flexibility in attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 13, 812256.
- Miklos, D., et al. (2023). Anxiety disorders in children and adolescents with ADHD: Clinical implications and treatment strategies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 52(1), 1-17.
- Nussbaum, A., et al. (2022). The impact of attention difficulties on social functioning in children diagnosed with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4), 456-465.
- Posner, M. I., & Petersen, S. E. (1990). The attention system of the human brain. *Annual Review of Neuroscience*, 13, 25-42. <https://doi.org/10.1146/annurev.ne.13.030190.000325>
- Rogers, R., et al. (2022). Behavioral interventions for childhood behavioral disorders: Efficacy and recommendations. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 25(3), 430-447.

- Samea, F., Soluki, S., Nejati, V., Zarei, M., Cortese, S., Eickhoff, S. B., Tahmasian, M., & Eickhoff, C. R. (2019). Brain alterations in children/adolescents with ADHD revisited: A neuroimaging meta-analysis of 96 structural and functional studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 100, 1-8.
- Sibley, M. H., et al. (2021). Variable patterns of remission from ADHD in the Multimodal Treatment Study of ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 178(11), 1039-1049.
- Smith, T., et al. (2021). Investigating ADHD prevalence across different age groups and settings: A systematic review. *Pediatrics*, 147(6), e20200602.

El libro “TDAH en el ámbito escolar: Una oportunidad para todos” ofrece una visión integral sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), abordando su diagnóstico, características clínicas y manifestaciones conductuales. En la primera parte, se describen las principales características del TDAH, diferenciando entre déficit de atención, impulsividad e hiperactividad, y analizando su manifestación según la edad. Se presenta un estudio de caso que permite ejemplificar la evaluación clínica y los criterios diagnósticos, facilitando una mejor comprensión de cómo se identifican y clasifican los síntomas en distintos contextos educativos y sociales.

El libro profundiza en las dificultades asociadas al TDAH, como los problemas en el desarrollo socioemocional, el impacto en el rendimiento académico y las posibles comorbilidades, incluyendo trastornos de ansiedad y conducta. Se analizan los factores que influyen en la prevalencia y etiología del trastorno, destacando la interacción entre elementos neurobiológicos, genéticos y psicosociales. Asimismo, se examinan los trastornos del aprendizaje relacionados y la importancia de un diagnóstico diferencial adecuado, evitando confusiones con comportamientos propios de la edad u otros trastornos psiquiátricos.

Finalmente, la obra aborda estrategias de evaluación e intervención, incluyendo el tratamiento farmacológico y las técnicas conductuales aplicadas en el entorno escolar. Se enfatiza el papel de los docentes en la implementación de estrategias de apoyo para niños con TDAH, promoviendo la inclusión y el refuerzo positivo. Además, se presentan técnicas de autocontrol, relajación y autoinstrucción como herramientas clave para mejorar la autorregulación de los estudiantes. En su conjunto, el libro ofrece un enfoque práctico y actualizado que permite comprender el TDAH como una condición que, con el manejo adecuado, puede convertirse en una oportunidad para el desarrollo integral de los niños en el ámbito escolar.

to.

ISBN: 978-9942-567-05-5

