

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA**

Facultad de Ciencias Psicológicas

Licenciatura en Psicopedagogía



**Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de 7 a 9 años**

(Artículo Especializado)

Yesica Carolina Peralta Bonilla

Asunción Mita, octubre 2015

# **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de 7 a 9 años**

(Artículo Especializado)

Yesica Carolina Peralta Bonilla

Licda. María del Rosario Sandoval Rivera (Asesora)

M.A. Lesly Paola Chavarría Escobar (Revisora)

Asunción Mita, octubre 2015

## **Autoridades Universidad Panamericana**

Rector	M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Vicerrectora Académica	Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrector Administrativo	M.A. César Augusto Custodio Cóbar
Secretario General	EMBA. Adolfo Noguera Bosque

## **Autoridades Facultad Ciencias Psicológicas**

Decana	M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Coordinadora de Licenciatura	Licda. Ana Muñoz de Vásquez
Coordinadora de Egresos	M.A. Eymi Castro de Marroquín

# UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

*Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría*

ARTÍCULO ESPECIALIZADO

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: **Yesica Carolina Peralta Bonilla**  
Estudiante de la **Licenciatura en Psicopedagogía** de esta Facultad solicita autorización para realizar su **Artículo Especializado** para completar requisitos de graduación.

DICTAMEN: 15 de octubre de, 2014

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de Licenciatura en Psicopedagogía se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar **El Artículo Especializado** está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
3. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante **Yesica Carolina Peralta Bonilla** recibe la aprobación para realizar su **Artículo Especializado**.

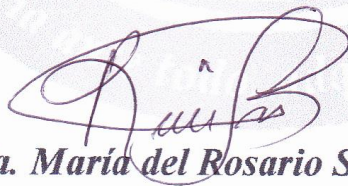


M.A. **Julia Elizabeth Herrera de T...**  
Decana  
Facultad de Ciencias Psicológicas.



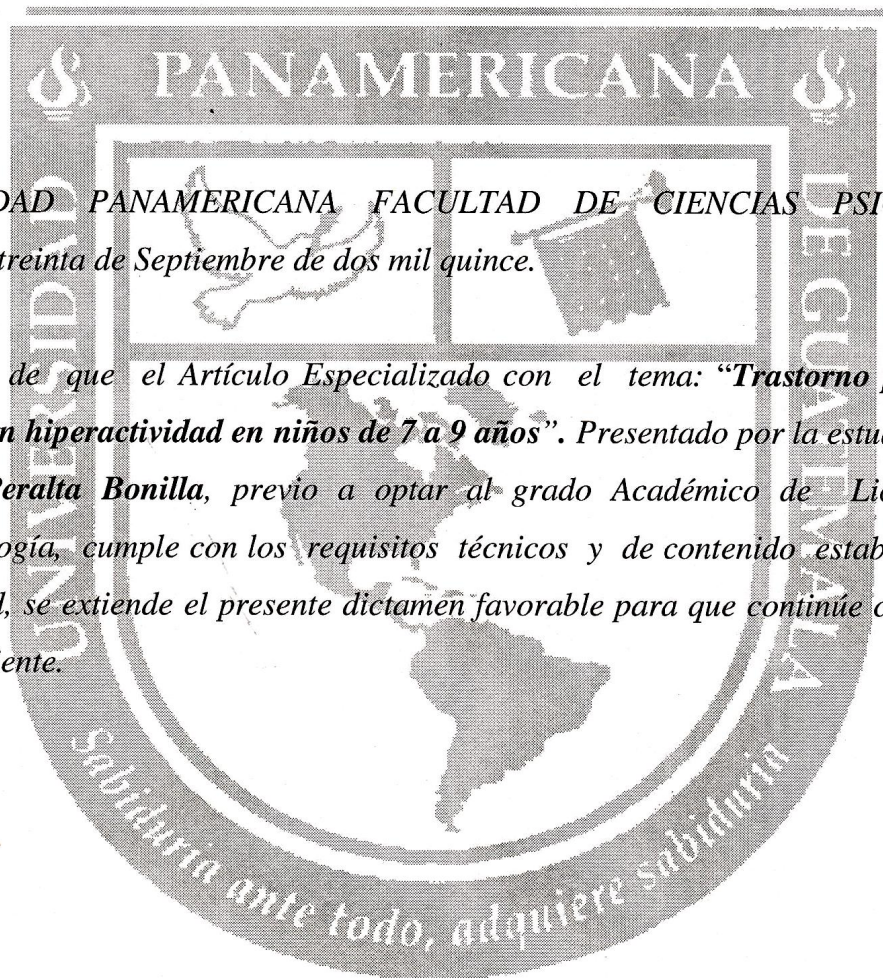
UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,  
Guatemala veintisiete de julio de dos mil quince.

En virtud de que Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de 7 a 9 años”**. Presentada por el estudiante: **Yesica Carolina Peralta Bonilla**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



**Licda. María del Rosario Sandoval Rivera**  
Asesora





*UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,  
Guatemala treinta de Septiembre de dos mil quince.*

*En virtud de que el Artículo Especializado con el tema: “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de 7 a 9 años”. Presentado por la estudiante: Yésica Carolina Peralta Bonilla, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicopedagogía, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.*

**M.A. Lesly Paola Chavarría Escobar**  
**Revisora**



UNIVERSIDAD  
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala mes de octubre del año 2015.

*En virtud de que **El Artículo Especializado** con el tema "**Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de 7 a 9 años.**" presentado por: Yesica Carolina Peralta Bonilla previo a optar grado académico de Licenciatura en: Psicopedagogía, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe final del **Artículo Especializado.***

M.A. Elizabeth Herrera de Tan  
Decana  
Facultad de Ciencias Psicológicas



**Nota:** Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.



## **Dedicatoria**

A Dios            por siempre sostenerme de su mano, el que siempre me dió la sabiduría necesaria para llegar a donde estoy ahora.

A mi madre     porque ella siempre está dándome ánimos y se ha esforzado por darme la mano y decirme hija, todo llega a su debido tiempo.

A mi esposo    porque a pesar de las dificultades siempre está diciéndome no hay peor lucha que la que no se hace, adelante.

A mis hijos    Mercedes Alicia y Carlos José,    porque quiero darles un buen ejemplo y demostrarles que nunca es tarde cuando se quieren hacer las cosas.

## Contenido

<b>Resumen</b>	i
<b>Introducción</b>	iii
<b>Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños de 7 a 9 años</b>	
1.1. Definición	1
1.2 Subtipos	5
<b>Criterios de Diagnóstico</b>	5
2.1 Impulsividad	12
2.2 Déficit de Atención	13
2.3 Hiperactividad durante 3 a 6 meses	14
2.4 Impulsividad al menos 1 durante 6 meses	15
2.5 Manifestaciones Principales	16
2.6 Problemas de actividad	18
<b>Genética</b>	19
3.1 Dieta	20
3.2 Factores Psicosociales	22
<b>Evaluación y Pronóstico</b>	25
4.1 Descripciones	25
4.2 Evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad	28
4.3 Entrevistas	28
4.3.1 Escala de calificación de conducta	30
4.3.2 Observaciones Directas	32
<b>Tratamiento</b>	33
5.1 Tratamiento psicofarmacológico	35
5.1.1 Ámbito Sanitario	35
5.1.2 Ámbito Familiar	36
5.1.3 Ámbito Educativo	38
5.2 Tratamiento Farmacológico	39

5.2.1 Fármacos Psicoestimulantes	42
5.2.2 Fármacos No Estimulantes	42
5.2.3 Eficacia del uso de fármacos para el trastorno por déficit de atención con Hiperactividad	43
5.2.4 Supervisión y Seguimiento del tratamiento farmacológico	43
5.2.5 Supervisión del tratamiento farmacológico en el colegio	45
5.3 Modificación de Conducta	46
5.3.1 Un programa de formación para padres	46
5.4 Combinación de tratamientos	49
<b>Conclusiones</b>	52
<b>Referencias</b>	53

## Resumen

La conceptualización del trastorno por déficit de atención con hiperactividad ha ido cambiando en cierta medida a lo largo de los años. La hiperactividad era en sí mismo el foco de preocupación inicial, pero posteriormente se consideró que el problema principal era el déficit de atención. Ambos problemas, juntos con la impulsividad, se reconocen actualmente como las manifestaciones principales del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Según los criterios se necesita que las alteraciones estén presentes antes de los siete años de edad y que el deterioro se produzca al menos en dos ambientes diferentes. Los padres y profesores informan de déficit de atención, quejándose de que los niños tienen una mala concentración, no siguen las instrucciones y no se mantienen en la tarea.

Se estima que entre el 3% y 5% de la población escolar muestra trastorno por déficit de atención con hiperactividad, y a pesar de que existe una gran variedad entre los datos. A los niños se les diagnostica con más frecuencia este trastorno que a las niñas. Se han encontrado relaciones entre trastorno por déficit de atención con hiperactividad y factores familiares, incluyendo la pobreza, estrés e interacciones familiares negativas.

Es importante que exista relación con los familiares, incluyendo la pobreza, interacciones familiares, estrés puesto que la familia es factor más importante dentro de este proceso y para un mejor avance se debe prestar más interés en las situaciones que se presenten. En la actualidad existe interés en el entorno psicológico, debido a que el espacio en el colegio o en hogar podrían provocar, moldear y mantener conductas relacionadas con trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Se debe realizar una evaluación que tenga en cuenta diferentes perspectivas, así como el nivel de desarrollo y más de un ambiente, el modelo de Barkley incluye entrevistas con el niño, con el padre y con los profesores, escalas de calificación o de conducta estandarizadas, observación

directa, reconocimientos médicos, test de inteligencia y otros procedimientos, esos factores son interesantes aplicarlos en dicho proceso.

## **Introducción**

El presente artículo especializado, trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de 7 a 9 años, se realizó con el objetivo de concientizar a las personas y más que todos a padres y maestros, a ser un cambio en esos niños que necesitan mucho apoyo, orientación, y así también poder incluir a toda la comunidad educativa, la importancia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de 7 a 9 años, es el saber brindarle ayuda necesaria a los niños que la padecen, ellos son niños que necesitan atención, hacerles sentir que son muy bien atendidos, los padres son un eje fundamental dentro de ellos, al igual que los docentes sabiendo el tipo de trastorno que padecen.

Dichos niños, necesitan que se le brinde tiempo especial y como docente saber utilizar las técnicas adecuadas para poder mejorar el trastorno, pues muchos piensan en el tratamiento medicado, pero se puede hacer el intento de no medicar para que sea un mejor resultado, siempre y cuando no sea demasiado avanzado dicho trastorno.

Las preocupaciones son transmitidas por los padres y docentes, pues son los problemas principales que presenta el niño a quien se le diagnostica el trastorno. La mayoría de gente tiene al menos un conocimiento superficial de este trastorno por déficit de atención con hiperactividad, estos términos reflejan el carácter variable de la conceptualización de este trastorno.

Todo ser humano tiene la capacidad y la habilidad para aprender, solo se necesita un orientador que le facilite los conocimientos a su forma particular de aprendizaje, utilizando criterios de diagnóstico la conceptualización del trastorno hace hincapié en el exceso de actividad o en la agitación motora., aplicándose de diversos modos los términos de hipercinesia, reacción hipercinética o síndrome hipercinético.

Los problemas motores en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad incluyen tanto un exceso de actividad como una actividad inoportuna, ya que suele decirse que los niños que la padecen no paran de moverse, son inquietos, nerviosos e incapaces de estar sentado sin moverse,



todos suelen tener con mucha frecuencia accidentes, ejemplos caérseles las bebidas o golpearse con las cosas que están a su alrededor.

También tienen como componente la impulsividad, es una deficiencia de la conducta, manifestada de cómo actuar sin pensar. Ese tipo de comportamiento es comunicado a los padres y docentes, que han observado, y suele llevar a que se juzgue al niño como descuidado, perezoso y maleducado. La relación entre estos trastornos podría ser también recíproca, en el sentido de que una contribuye a la formación de la otra.

Lo importante en este artículo es que se puede incluir en el desarrollo a docente, padres de familia para que sea un mejor cambio hacia el niño. No existen pruebas de que ningún tratamiento tenga eficacia a largo plazo o que cure el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tampoco existen muchas pruebas que la combinación de tratamientos sea más eficaz que un solo tratamiento, al menos cuando se trata de medicación.

# **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de 7 a 9 años**

## **1.1. Definición**

Se define como un trastorno de conducta de la infancia, caracterizado por síntomas de inatención e impulsividad-hiperactividad. El trastorno de déficit con hiperactividad es uno de los problemas clínicos y de salud pública más importantes en cuanto a discapacidad en niños, se calcula que afecta al menos el 5% de los niños de edad escolar. Su impacto sobre la sociedad es inmenso en términos de coste económico, tensión en las familias, repercusión en los colegios y efecto dañino sobre la autoestima. Este tipo de preocupaciones transmitidas por los padres y profesores, son los problemas principales que presentan los niños a quienes se les diagnostica un trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

La característica esencial del trastorno por déficit de atención con hiperactividad dice que es un patrón persistente de desatención, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Algunos de los síntomas de hiperactividad causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los siete años de edad, sin embargo bastantes sujetos son diagnosticados habiendo estado presente en los síntomas durante varios años.

Dicho trastorno no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, las deficiencias de la atención pueden manifestarse en situaciones académicas, laborales o sociales, los sujetos afectados de este trastorno pueden no prestar atención suficiente a los detalles o cometer errores por descuido en las tareas escolares o en otros trabajos, el trabajo puede ser sucio y descuidado realizado sin reflexión alguna.

Son variadas las situaciones que generan entorno a los procesos de la atención, la que ha sido definida como la orientación de un comportamiento hacia determinada tarea. Es un trastorno heterogéneo de etiología desconocida. La bibliografía neuropsicológica y de neuroimagen actual sugiere el sustrato neural. El patrón de los déficits neuropsicológicos hallados en los niños con

trastorno por déficit de atención con hiperactividad están implicadas las funciones ejecutivas y la memoria de trabajo, es patrón es semejante al de los adultos con lesiones del lóbulo frontal o las regiones que se proyectan a la corteza frontal son disfuncionales al menos en algunos individuos con el trastorno. Los estudios pioneros con resonancia magnética, cerebral indicaron la existencia de anomalías sutiles en el tamaño y forma del caudado y del cuerpo calloso o posibles reducciones de la región frontal derecha del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Estos datos son claros con los detectados en un estudio de tomografía por emisión de partículas, que identifico anomalías en el metabolismo cerebral en las áreas prefrontal y pre motora del lóbulo frontal en adultos con trastorno de déficit de atención con hiperactividad, cuyos hijos padecían el mismo trastorno.

Aunque al principio se pensaba que los individuos con trastorno de déficit de atención con hiperactividad superaban el trastorno con la edad, los datos coinciden en que la mayoría de los niños sigue teniendo alteraciones importantes asociadas al trastorno en la edad adulta. Debido a que las manifestaciones externas perturbadoras de la hiperactividad a fin disminuyen con la edad, este trastorno permanece hasta cierto punto escondido en los adultos que no han sido diagnosticados. Al igual en los niños, el de los adultos se transmite en las familias y se manifiesta por déficit neuropsicológico y de muchas alteraciones del cuerpo humano.

El déficit de atención con hiperactividad es considerado un trastorno del comportamiento, es un trastorno de origen neurobiológico que se inicia en la edad infantil, contribuyendo diversos factores genéticos y ambientales a su aparición. Las últimas investigaciones apuntan a que en este trastorno se produce un desequilibrio de algunos neurotransmisores, que son los responsables del funcionamiento de la corteza prefrontal.

Los estudios neuropsicológicos han demostrado que los niños y niñas presentan alteraciones en las funciones ejecutivas, que les causan dificultades en la organización, en la planificación, y en la priorización, además de déficit de atención de la respuesta.

El trastorno de déficit de atención con hiperactividad se caracteriza por ser un patrón persistente de desatención y de hiperactividad- impulsiva, que es más frecuente que grave que lo observado habitualmente en los sujetos de edad y nivel desarrollado similar e interfiere en la vida cotidiana en casa, la escuela y su entorno en general. Así mismo en las áreas de conducta. Se estima que afecta aproximadamente al 3-7% de la población en edad escolar, con más prevalencia en los niños que en las niñas, por lo que es el trastorno más frecuente en la infancia y la adolescencia.

No todos los niños manifiestan los mismos síntomas ni en la misma intensidad. Dependiendo de los síntomas predominantes, se presentan tres subtipos: Subtipo con predominio del déficit de atención, subtipo con predominio hiperactivo/impulsivo; subtipo combinado. Este último es el más frecuente, siendo más fácil de detectar por las conductas y realizar un cambio en los niños.

“En un alto porcentaje los niños que presenten trastorno de déficit de atención con hiperactividad asocian otros trastornos, siendo los más frecuentes, los niños con problemas de aprendizajes, dificultad de lectura, dificultad de matemáticas, trastorno por miedo. El niño puede mantener su atención fija en el maestro y no estar aprovechando los que este dice”. (Gómez, 2010: 84).

Se cree que los niños con dicho déficit son inquietos y que tienen dificultad a la hora de su aprendizaje lo cual es un factor que afecta para que su aprendizaje tenga un resultado benefactor y siendo parte de dicho déficit aprovechar a tratarlo de acuerdo a sus condiciones.

Son variadas las situaciones que se generan en torno a los procesos de la atención, la que ha sido definida como la orientación de un comportamiento hacia determinada tarea. Un niño puede mantener su atención fija en el maestro y no estar aprovechando lo que este dice mientras que otro capta todo a pesar de que realiza al mismo tiempo actividades irrelevantes. El escolar debe poseer la capacidad tanto para responder a un estímulo e ignorar otra atención selectiva, como para dividir la atención al mirar al pizarrón, escuchar al maestro, escribir y mantener contacto con el ambiente para responder ante una emergencia atención simultánea.

La hiperactividad es conocida como un problema que condiciona la forma negativa de la persona que presenta este trastorno. Existen muchos rasgos típicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad han sido compartidos por algunas de las mentes brillantes a lo largo de la historia. Se tienen palabras claves para el trastorno las cuales son, hiperactivo, desorden, hiperactividad, empatía, sentido del humor. Algunas personas padecen este trastorno como una enfermedad terrible, a pesar de que el cerebro de la persona presente algunas alteraciones, que dificultan el funcionamiento en determinadas áreas. El hecho que este sobreestimulado presenta algunas ventajas.

Una de las ventajas con las que cuentan, es la empatía pues tienen mucha facilidad para relacionarse con personas desconocidas, así como identificarse con los otros y aceptar diversos puntos de vista. Como también es cierto que los niños y adolescentes suelen agobiar a los amigos queriéndolos acaparar, pero esto es una muestra de nobleza. También suele ser ingenioso, pues existe una infinidad de pintores, escultores, escritores, músicos y cómicos que tienen el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, pues para ser creativo se debe afrontar la realidad de forma desordenada algo que es muy fácil para una persona que siempre va contra el sistema diferente por naturaleza.

Cuando el padre acude a la escuela se supone preocupante el saber cómo está el rendimiento de su hijo, pues otra manera es el entusiasmo ya que afronta una tarea que a él le gusta realizar siempre con pasión y entrega, esto hace de las personas con dicho que sean líderes capaces de transmitir energía a los demás, ellos pueden convertirse en el motor del grupo, lo cual tienen capacidad de resolución de problemas ya que tienen pasión para afrontar cualquier dificultad que se les presente, abordando cualquier reto propuesto. También suelen ser perfeccionistas y detallistas, logrando su objetivo, son personas que les gusta reír y hacer lo mismo con las demás personas.

Suele parecer que cuando los niños están pequeños piensan que todo lo tienen en contra, y el docente lo señala diciéndole que es mal educado que no se sabe comportar, y experimentan muchos desengaños por parte de sus compañeros, nunca se dan por vencido, siempre saben

afrontar los obstáculos que se les presenten, aunque sean tildados de diferente manera. El espíritu de lucha que ellos tienen es incomparable.

## 1.2 Subtipos

“Aunque la mayor parte de los individuos tienen síntomas tanto de desatención como de hiperactividad-impulsividad, en algunos predomina uno u otros de estos patrones. El subtipo apropiado (para diagnóstico actual) debe indicarse en función del patrón sintomático predominante durante los últimos 6 meses”. (DSM-IV-TR, 1994: 98)

Es importante que el diagnóstico sea de total importancia para llevar a cabo de una manera eficaz y reconocer el cambio que se espera resulte de un buen diagnóstico que sea positivo para su desarrollo.

### **Criterios de diagnóstico**

Ahora denominamos trastorno por déficit de atención con hiperactividad fue descrito por primera vez a mediados del siglo XIX, las primeras conceptualizaciones del trastorno por déficit de atención con hiperactividad insistían en el exceso de actividad o en la agitación de conducta aplicándose diversos modos, con el tiempo los déficit de atención tomaron protagonismo y la hiperactividad comenzó a decaer. Sin lugar a dudas, los problemas de atención se han convertido en el núcleo de su diagnóstico.

“¿Quién ha de realizar el diagnóstico? Lo puede establecer un profesional conocedor del tema, bien desde el campo de la medicina, psiquiatra o neuropediatra, psicólogo clínico, en general en función de su dedicación al tema y también a su disponibilidad, El pediatra como conocedor del niño y el entorno que lo constituye, cada vez con una mayor implicación, es un pilar fundamental en la detección del diagnóstico precoz”. (Mena, 2006: 10).



Es importante que la persona que dé el diagnóstico tenga las herramientas necesarias para su paciente es de vital importancia sea la persona adecuada para que en su evolución se vea reflejado el avance.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad se hizo eco del pasado al dar un mayor reconocimiento a la hiperactividad. El diagnóstico de los niños se hacía basándose en la presencia de ocho o doce conductas, las cuales podían combinar de diferentes formas de desatención, la hiperactividad y la impulsividad.

La novedad más notable que se puede clasificar a los individuos en tres categorías diferentes basándose en la presencia predominante de déficit de atención, de hiperactividad o impulsividad, o de una combinación de los dos, también hay una investigación que apoya la validez y la utilidad de estos subtipos.

Se exige para su diagnóstico que la edad de inicio sea antes de los siete años y que estén presente los síntomas al menos durante seis meses, debido a que las conductas criterio aparecen a cierto grado en los niños normales y pueden variar según el nivel de desarrollo, este trastorno solo diagnostica cuando no se ajustan al nivel de desarrollo del individuo. Además, debe juzgarse que la actividad del niño es cierta en medida por lo menos en dos ambientes, es decir, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad debe estar generalizado a diferentes situaciones.

Algunos niños son distraídos, hiperactivos e impulsivos de forma general con sus padres, profesores y compañeros, otros parecen mostrar un comportamiento alterado en único ambiente, se deciden que tienen un trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Existe variedad de criterios de diagnóstico que deben coincidir de forma persistente varios síntomas. Además, es determinante que todos los síntomas se manifiesten tanto en el ámbito familiar como fuera de él, también en el colegio.

Hacer una prevención de salud, es fundamental para el éxito del tratamiento. Los niños con dicho trastorno no detectado a tiempo pueden tener problemas de conducta y de aprendizaje de difícil tratamiento, lo que provoca que, al llegar a la pubertad, corran un gran riesgo de abusar de alcohol y otras drogas. Aunque entre un 40% y un 60% de estos niños seguirá teniendo alguno de estos síntomas en la edad adulta, con una prevención de salud, sus complicaciones pueden prevenirse o, al menos, controlarse.

Hay una gran variedad de síntomas somáticos y psíquicos que influyen de forma negativa en el bajo rendimiento escolar, pero que, aunque puedan padecerlo, no se pueden atribuir, síntomas tales como: problemas de visión o audición, epilepsia, secuelas de traumatismo craneal, enfermedad médica aguda o crónica, malnutrición, trastornos del sueño, ansiedad, estrés, depresión, secuelas de abuso sexual efectos secundario de fármacos como fenorbital o carbamacepina, y también dificultad de aprendizaje en niños con capacidad intelectual en el límite de lo normal.

Habitualmente son los padres los que manifiestan no poder o no saber dirigir el comportamiento de su hijo, o los mismos maestros dan la señal de alerta cuando detectan que su alumno no sigue el ritmo esperado o presenta graves problemas de comportamiento.

El diagnóstico lo puede establecer un profesional conocedor de los temas, bien desde el campo de la Medicina, psiquiatra y neuropediatra o de Psicología, psicólogo clínico o neuropsicología, en general en función de su dedicación al tema y también de su disponibilidad. Para establecerlo, el profesional tendrá necesariamente que buscar información de los padres sobre el comportamiento del niño, de los maestros sobre el comportamiento y rendimiento del niño y compararlo con el de otros niños de su misma edad, y del mismo niño para averiguar cómo se ve a sí mismo.

Es habitual que el profesional haga responder uno o más cuestionarios con preguntas sobre el niño a los padres, maestro o tutor y al mismo niño. También puede facilitársele test al niño, que le ofrecerá más información, sobre todo para poder descartar que los problemas de rendimiento

escolar o de comportamiento no se deban a otras cuestiones. Generalmente tendrá que realizar test de inteligencia y responder a otros cuestionarios para valorar rendimiento.

Existe procedimiento idóneo para establecer el diagnóstico:

- Valoración psicológica, para establecer capacidades y limitaciones del niño.
- Valoración médica, para descartar o confirmar enfermedades médicas que pudieran explicar los síntomas que presenta el niño.
- Valoración psicopedagógica, para valorar la presencia o no de fracaso escolar.
- El psicólogo y el médico especialista también tendrán que valorar la presencia o no de otros trastornos asociados.

Una vez que se ha detectado algún signo de alerta, se pondrá en marcha El Protocolo de Derivación y Traspaso de Información: trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes. De este proceso, en lo que concierne el centro escolar, se pondrá en marcha el proceso de evaluación psicopedagógica, articulada por el orientador, quien se encargara de realizar las pruebas pertinentes al alumno y de obtener la información necesaria del tutor, el equipo docente y de la familia. En cuanto al diagnóstico, es importante señalar que es exclusivamente clínico con formación y experiencia que pueda realizarse.

Durante la primera infancia puede ser difícil distinguir los síntomas de conducta de ciertos comportamientos propios de la edad en niños activos. En niños con coeficiente intelectual bajo, bajo situados en centros académicos inadecuados para su capacidad intelectual son frecuentes los síntomas de desatención. Estos comportamientos deben distinguirse de signos similares en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en niños con retraso mental debe establecerse un diagnóstico adicional de problemas de conducta, solo si los síntomas de desatención o hiperactividad son excesivos para la edad mental del niño. También puede observarse desatención en el aula cuando niños de elevada inteligencia están situados en ambientes académicos poco estimulantes.

Debe distinguirse así mismo el trastorno de atención con hiperactividad de la dificultad experimentada en comportamientos dirigidos a un objeto por niños pertenecientes a ambientes adecuados, desordenados y confundidos. Los datos obtenidos de distintos informadores, son útiles en cuanto que suministran observaciones concernientes a la desatención, hiperactividad y capacidad del niño para arreglar sus problemas adecuadamente de distintas situaciones.

Los sujetos con comportamiento negativista pueden resentirse a realizar tareas laborales o escolares que requieren dedicación personal a causa de su renuencia a aceptar las exigencias de otros. Estos síntomas deben diferenciarse de la evitación de tareas escolares observadas en sujetos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. El conocimiento puede complicarse cuando algunos sujetos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad presentan secundariamente actividades negativistas hacia dichas tareas y devalúan su importancia, a menudo como una realización de su fracaso.

El incremento de actividad motora que puede presentarse en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad debe distinguirse de la conducta motora repetitiva que caracteriza al trastorno de movimientos simples como el balanceo del cuerpo. En este trastorno, la conducta motora suele ser delimitada y fija, balanceo corporal, mordiscos repetidos, mientras que la inquietud y el nerviosismo observable en el trastorno son más generales. Además, los individuos con trastorno de movimientos estereotipados generalmente no son hiperactivos, sino que, dejando a un lado sus estereotipias, pueden ser menos activos de lo normal.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad no se diagnostica si los síntomas se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, cambio de personalidad debido a una enfermedad médica o un trastorno relacionado con sustancias. En todos estos trastornos los síntomas de desatención tienen típicamente un inicio posterior a los siete años de edad, y en general la historia infantil de adaptación escolar no se caracteriza por comportamiento perturbador o por quejas de los maestros concernientes a un comportamiento desatento, hiperactivo o impulsivo.

Cuando un trastorno del estado de ánimo o un trastorno de ansiedad con un trastorno por déficit de atención con hiperactividad no se diagnostican los síntomas de desatención e hiperactividad se producen exclusivamente durante el curso de un trastorno generalizado del desarrollo o un trastorno psicótico. (<http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/diagnostico-del-tdah.html>. Recuperado 03.03.2015).

Los síntomas de desatención, hiperactividad o impulsividad relacionados con el uso de medicaciones, en niños menores de 7 años no se diagnostican como trastorno por déficit de atención con hiperactividad, sino que se diagnostican como trastorno relacionado con otras sustancias no especificadas.

Los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de este trastorno son casi idénticos a los criterios de investigación de la pero no así los códigos diagnósticos, ya que la clasificación internacional de enfermedades, decima versión, define unas categorías más estrictas, mientras que el diagnóstico del DSM-IV requiere seis síntomas de inatención o bien seis de hiperactividad, impulsividad, los criterios diagnósticos de investigación de la clasificación internacional de enfermedades, decima versión, requiere al menos seis síntomas de inatención, al menos tres de hiperactividad y por lo menos uno de impulsividad.

El diagnóstico de este trastorno debe basarse en detener las cosas pequeñas para excluir otras posibles causas de las dificultades del niño, lo que incluye información de su familia, de sus profesores y una evaluación por parte de profesionales sanitarios de las diferentes áreas: psiquiatras infantiles, psicólogos infantiles, pediatras, neuropsiquiatras, neuropsicología, etc. La evaluación de este complejo trastorno debe realizarse desde una perspectiva que mejore y aborde tanto la evaluación psicológica, la educativa y médica.

No existe una prueba única que por sí sola permita hacer un diagnóstico exclusivo y confiable, para establecer el juicio de recabar datos al final es necesario recabar información de las diferentes fuentes que rodean e intervienen en el niño y realizar observaciones sistemáticas de sus conductas y la valoración retrospectiva de su comportamiento desde las edades más tempranas.

La evaluación del trastorno de déficit de atención con hiperactividad debe incluir

- Un examen médico completo para evaluar la salud general del niño y descartar problemas de tipo visual, auditivo, anemias o falta de componentes vitales para su salud.
- Una evaluación psicológica profesional para tener una idea clara de la condición emocional del niño, incluyendo pruebas de capacidad intelectual y de desarrollo cognitivo.
- Una evaluación familiar para la cual se utilizan las escalas de comportamiento.
- Una evaluación escolar que incluya la historia académica y de comportamiento del niño en el aula.
- El recabar datos se basara en el cumplimiento de los criterios del que son los criterios de la reconocidos y establecidos por las Organización Mundial dela Salud.
- Inatención Seis o más de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos seis meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas laborales
- Hiperactividad suele mover en exceso las manos y los pies o no se está quieto en el asiento
- Suele permanecer sentado en las situaciones en las que se espera que lo este
- No suele permanecer sentado en las situaciones en las que se espera que lo este
- Suele correr o saltar en exceso en situaciones en la que no es apropiado hacerlo.
- Tiene dificultades para realizar actividades o juegos tranquilos
- Suele estar en movimiento y actuar como si tuviera un motor en marcha continuamente



## 2.1 Impulsividad

Es el tercer componente del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es la impulsividad. Lo esencial de la impulsividad es una deficiencia en la inhibición de la conducta, manifestada como actuar sin pensar. El niño puede entrar de lleno en un problema y tratar de resolverlo antes de planear el primer paso, realizar conductas peligrosas sin hacer caso de lo que le digan, interrumpir a los demás, meterse delante de los otros en la fila o interrumpirse cuando está llevando a cabo una tarea (Wicks, 1997: 212).

Los niños hiperactivos son espontáneos, no piensan para actuar, son poseedores de sus pensamientos y actitudes que se ven reflejados en su conducta, por eso es importante tomar en cuenta que es necesario saber tratar a dichas personas con déficit de atención con hiperactividad para no verse en problemas más adelante.

El niño parece incapaz de refrenarse, de controlar su conducta y demorar la gratificación. Este tipo de comportamiento, comunicado por los padres y profesores, que se ha visto también a través de observaciones objetivas, suele llevar a que se juzgue al niño como descuidado, perezoso y maleducado.

En el laboratorio, la tarea que suele utilizarse con más frecuencia para evaluar la impulsividad es el Matachín Familiar Figures Test. Se les presenta a los niños unas figuras que varían ligeramente unas respecto a otras y se les pide que elijan la que se ajusta a su figura estándar. Una selección relativamente rápida, así como los errores de emparejamiento en los diferentes conjuntos de figuras, se toman como indicadores de impulsividad.

Estos indicadores pueden distinguir es trastorno aunque no de forma infalible. Se ha puesto a prueba la impulsividad de otras formas diferentes, utilizaron un procedimiento de señal parada. Ante una señal, se supone que el sujeto debe dejar de responder a una tarea. Estos investigadores encontraron que los niños lograban este tipo de inhibición en segundo curso, y que los niños hiperactivos tenían unos resultados peores que los normales o los que tenían otros tipos de

diagnósticos. Existen problemas para la medicación y conceptualización de la impulsividad. Se ha sugerido que podría medir más bien el funcionamiento cognitivo general ya que correlaciona con la inteligencia. Así mismo la impulsividad correlaciona con el nivel de actividad, y no parece que sea un factor independiente.

La desatención también se refiere a la dificultad para concentrarse en los que se interesa, en el salón de clases, la inatención del niño puede ser definida típicamente en términos de tiempo de la tarea, lo que significa tiempo durante el niño pueda presentar atención a los estímulos más que al trabajo asignado, o que con rapidez y frecuencia pasa una actividad a otra. Generalmente se observa distractor visual y auditiva, o perturbaciones en la percepción que llevan a tendencias disociativas, pues no solo captan, el estímulo principal, sino otros muchos estímulos que lo distraen.

“Parece como si el niño se viera forzado a reaccionar ante todos los estímulos mostrándose atraído por detalles irrelevantes” (Arce, 2010: 208). Al niño hay que demostrarle que es importante y querido, que tiene un espacio en cada una de las personas que conviven con ellas. Que no sienta que lo están forzando a realizar actividades necesarias para un desarrollo importante tanto educativo como social.

“Según las teorías explicativas de la desatención, estas personas padecen una disfunción en los mecanismos selectivos que permiten atender, en cada momento, a los estímulos pertinentes para la tarea o la situación en la que está actuando” (Arce, 2010: 208)

## 2.2 Déficit de atención

Son variadas las situaciones que se generan entorno a los procesos de la atención, lo que ha sido definida como la orientación de un comportamiento hacia determinada tarea.

- Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades
- Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego
- A menudo aparenta no escuchar lo que se dice
- Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones
- Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades
- A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental mantenido
- A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, tales como material escolar, libros.
- Fácilmente se distrae ante estímulos externos
- Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias (Gómez, 2010: 84)

### 2.3 Hiperactividad durante 3 a 6 meses

En los niños hiperactivos hay una movilidad sin finalidad primitiva, por ejemplo lavarse los dientes harán muchos movimientos innecesarios, como jugar con el agua o la pasta, verse en el espejo “Los niños hiperactivos tienen dificultad para cumplir con las exigencias en cuanto actividades restringidas, atención sostenida, resistencia a las influencias distractoras”. (Arce, 2010: 208).

- Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en el asiento
- Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado
- A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas
- Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas

- Persistentemente exhibe un patrón de actividad motora excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

#### 2.4 Impulsividad (al menos 1 durante 6 meses)

- Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas
- A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo
- A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros
- Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las consideraciones sociales
- El inicio del trastorno no es posterior a los siete años
- Los criterios deben cumplirse en más de una situación
- Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral
- No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maníaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.

Es necesario recordar que no sólo la presencia de los criterios es importante a la hora de definir el diagnóstico, sino que si los síntomas que presenta son de intensidad alta, moderada o leve, si interfieren en su vida diaria de forma intensa o no, si existe impacto en el entorno del sujeto, si existen alteraciones psicológicas, si presenta necesidades educativas. Todos estos criterios diagnósticos junto con la información remitida por los padres y el centro escolar y la observación directa de la funcionalidad del niño, darán al profesional de la salud mental las herramientas para establecer el diagnóstico de déficit de atención e hiperactividad y poder así comenzar con intervención y tratamiento más indicado para el caso.

Los niños con impulsividad suelen responder precipitadamente antes de que acaben de formularse las preguntas, cuando no corresponde. “difícilmente aprenden de sus experiencias, no pueden posponer una acción, por un tiempo lo suficientemente largo, para

recordar las consecuencias de sus respuestas pasadas, esto hace que aparenten ser niños con pobreza de juicio y muy propensos a sufrir accidentes” (Arce, 2010: 210).

Dichos niños son apresurados no esperan recibir indicaciones de las demás personas, se equivocan y no aceptan que les corrijan sabiendo que están en el error, por eso se debe observar de qué manera ayudarle y ser portador de lo que se les pueda ayudar.

## 2.5 Manifestaciones principales

Estos problemas de atención se manifiestan de diferentes formas, los padres indican que los niños, comparados con la mayor parte de sus iguales, pasan rápidamente de una actividad a otra y no prestan atención a los que se les dice. Los profesores se quejan de falta de concentración, de conductas que no tienen que ver con las tareas que están haciendo y de falta de atención a las indicaciones dadas, un aspecto importante es que los niños no son capaces de concentrarse o prestar atención y en otras situaciones se mantienen durante horas sentados jugando, dibujando o haciendo construcciones de bloques. La falta de atención parece ser un problema fundamental en situaciones monótonas, aburridas o rutinarias.

Menciona que algunas comparaciones en el laboratorio de niños con trastorno con déficit de atención con hiperactividad con un grupo de control muestra que los primeros rinden peor en las tareas que requieren atención, este bajo rendimiento, cognitivo no obstante puede deberse a variable, como la motivación o comprensión. Con el fin de aislar la atención, los investigadores han manipulado y han estudiado los efectos específicos, esta aceptado que la atención tiene varias dimensiones en las cuales han dado problemas.

Los estímulos que carece de importancia mejoran el rendimiento, también se da la atención mantenida que se refiere a restar atención a una tarea durante un periodo de tiempo, las conductas que no tienen que ver con lo que están haciendo, tanto en el colegio como en la casa podrían reflejar problemas para mantener la atención.

“Una de las dimensiones es la atención selectiva, es decir, la capacidad de atender los estímulos importantes del entorno o de ignorar los estímulos que no son importantes. Algunos estudios indican que la introducción de estímulos irrelevantes distrae la atención de los niños, especialmente si los estímulos son novedosos o llamativos y las tareas son aburridos, desagradables o difíciles”. (Wicks, 1997:210).

“Otros estudios indican que se produce muy poca distraibilidad no mayor de la que muestran los niños normales. En resumen la investigación no apoya firmemente un déficit en la atención selectiva” (Wicks, 1997:210). “Más aún los intentos de mitigar el déficit poniendo a los niños en entornos que restringían los estímulos poco importantes no parecen que hayan sido efectivos. En algunos casos, los estímulos irrelevantes mejoraron incluso el rendimiento” (Wicks, 1997: 210).

También se ha estudiado extensamente la atención mantenida. La atención mantenida se refiere a prestar atención a una tarea durante un periodo de tiempo. Las conductas que no tienen que ver con lo que está haciendo, tanto en el colegio como en la casa, podrían reflejar problemas para mantener la atención. En el laboratorio a menudo se ha puesto a prueba la atención mantenida con un test de rendimiento continuo.

A pesar de que existen diferentes versiones, la tarea principal consiste en el sujeto presione el botón cuando detecte un estímulo, por ejemplo la aparición de una letra entre una serie de letras proyectadas consecutivamente sobre una pantalla. Los errores se cometen por no reaccionar el estímulo, lo que indica falta de atención o falta de vigilancia y por reaccionar ante los estímulos que no son lo que podría mostrar falta de atención o impulsividad.

“Los niños con trastorno déficit de atención suelen cometer estos estos dos errores con más frecuencia, y son más lentos que los niños normales y los que tienen otro tipo de diagnósticos”. (Douglas, 1983: 211).

Sin embargo, un déficit real en la atención mantenida debería a un empeoramiento del rendimiento a medida que aumentara la duración de la tarea. La investigación no ha mostrado de forma consistente este efecto, y, por tanto, no aporta pruebas sólidas para un déficit de atención mantenida.

De hecho, los investigadores no han sido capaces de identificar un déficit específico de atención en trastorno de déficit de atención con hiperactividad. Esto explica en parte la duda creciente de que la falta de atención sea la mejor forma de describir los problemas.

## 2.6 Problemas de actividad

“Los problemas motores en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad incluyen tanto un exceso de actividad como una actividad inoportuna, suele decirse que los niños con trastorno de déficit de atención no paran de moverse, son inquietos, nerviosos e incapaces de estar sentados sin moverse. Estos niños se retuercen, se mueven mucho, no paran de dar golpecitos con los dedos y empujan a sus compañeros de clase” (Wicks, 1997: 211).

El trastorno es conocido por sus características presentadas, las personas que observan a los niños inquietos tienden a dar su opinión de niños hiperactivos, tomando en cuenta que no pueden estar en un solo lugar, siempre andan en movimiento alguno.

Todos suelen tener con mucha frecuencia pequeños accidentes como caerles las bebidas o golpearse con las cosas, así como accidentes más graves que les producen daños corporales. Las características de su movimiento parecen a menudo diferentes de la actividad normal, siendo excesivamente enérgico, de cualquier modo, desorganizado y carente de objetivos.

Los niños hiperactivos parecen tener problemas para regular sus acciones según los deseos de otras personas las demandas de la situación concreta. Gran parte de la información acerca de los problemas de actividad proviene de los informes de los padres y profesores. Se puede realizar una

evaluación más objetiva mediante la observación directa y con pequeños dispositivos que puede llevar el niño encima. Sin embargo, modesta entre sí. Además, existe una gran variedad individual en cuanto a problemas de actividad, y la hiperactividad también depende de la situación inmediata.

“La situación ha sido puesta de manifiesto en un estudio un dispositivo de grabación para hacer un seguimiento continuo de la actividad motora durante una semana” (Wicks, 1997: 211).

En general los niños hiperactivos eran más activos que los de control, pero especialmente eran durante las clases de lectura y de matemáticas en el colegio, en el juego durante los fines de que los niños del grupo de control eran menos activos en las aulas normales comparando con aulas de estructuras abiertas, y que los niños hiperactivos no modulaban su actividad de acuerdo a la estructura del aula.

En general, el acceso de actividad motora y la inquietud son más probables que se produzcan en situaciones sedentarias o muy estructuradas, como estar sentado en la iglesia o en clase, que en ambientes relajados con menores demandas externa.

## **Genética**

No es infrecuente que los padres de los niños muy activos que acuden a las clínicas expresen la creencia de que este trastorno afecte a las familias y que es heredado. Es exacta esta impresión, cada vez que hay un mayor apoyo a esta idea. Para empezar, el nivel de actividad parece tener una base genética en la población general de los niños, esto sugiere que la herencia podría explicar, al menos en que parte, el alto nivel de actividad que se observa en trastorno. Es importante estudiarlo definido clínicamente.



De hecho, los padres y hermano de los niños con dicho trastorno psicopatológica incluyendo hiperactividad, de los que podría esperarse. “Sin embargo, muchos de los estudios que se han realizado se consideran que son flojos desde el punto de vista metodológico, y que no diferencian entre transmisión genética y transmisión social”. (Wick, 1997: 220).

No obstante, los escasos datos que existen sobre estudios de adopción apuntan también a la herencia. Lo mismo sucede con las investigaciones sobre los gemelos. A pesar de que los primeros estudios encontraron una mayor concordancia entre gemelos idénticos y entre gemelos fraternos., estos estudios se consideraron metodológicamente débiles.

No obstante, sobre los estudios sobre gemelos continúan apoyando la hipótesis genética. Se ha encontrado asimismo que la herencia desempeña un papel de la comorbilidad entre el trastorno de déficit de atención con hiperactividad y los trastornos de aprendizaje. Por lo tanto, en conjunto parece probable que la transmisión genética tenga algún papel en dicho trastorno, pero se necesita continuar con las investigaciones para confirmar y comprender tal influencia.

### 3.1 La dieta

“La gente suele tener la creencia de que la dieta provoca hiperactividad, pero la comunidad profesional no acepta esto de forma invariable. Este tema merece un estudio detallado. En 1975, Feingold, un médico investigador interesado en la alergia publicó un libro (Por que su hijo es hiperactivo), el cual origino tanta controversia como investigación sobre los efectos de la dieta en la hiperactividad” (Wicks, 1997: 220).

“Feingold sostenía que la comida que tenía colorantes y sabores artificiales, determinados conservantes y salicilatos naturales por ejemplo, el albaricoque, ciruela, tomates o pepinos, estaban relacionados con la hiperactividad”. (Wicks, 1997: 220).

Comentan que algunos alimentos que ingieren son portadores para que ellos sean observados con dicho trastorno, son alimentos que despiertan a dicho trastorno para su hiperactividad.

El 25 % al 50% de los niños hiperactivos con trastorno de aprendizaje respondían favorablemente a dietas que eliminaban estas sustancias. Por otro lado se decía que cuando un niño ingería en su dieta alimentos prohibidos se producía hiperactividad de forma espectacular y que persistía durante dos o tres días. Los medios de comunicación difundieron ampliamente esta opinión, y muchos padres adoptaron rápidamente, narrando anécdotas impresionantes sobre la mejora del comportamiento de sus hijos con dicha dieta. La evaluación llevada a cabo por comisiones escépticas llevó a que se exigieran investigaciones bien diseñadas a fin de estudiar la eficacia de la dieta de Feingold.

Existieron colaboradores que estudiaron a niños hiperactivos estando bajo una dieta especial y bajo una dieta de control. Los profesores, encontraron la dieta más eficaz. Posteriormente se llevaron a cabo tres estudios cuestionando la hipótesis en los que se ponía a prueba a niños que seguían la dieta de Feingold mediante una galleta con colorantes o con una galleta sin colorantes.

Sin embargo algunos investigadores señalan hacia las pruebas que ponen en evidencia que un número pequeño de niños hiperactivos se benefician al seguir dietas especiales. “Así mismo, algunos datos indican que estos niños tienen dos índices mayores de los habituales y que podría estar implicadas alergias que no fueran producidas por la comida, por ejemplo polen, mohos,” (Wicks, 1997:221).

“Sugiere que las alergias graves combinadas con estresores podrían desempeñar un papel causal en el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, en un subgrupo de niños. Esto es coherente con la conclusión más general de algunos alimentos tales como el trigo, la leche de vaca o los colorantes alimentarios, podrían empeorar el comportamiento de los niños que no los toleran”. (Wicks, 1997: 221).

Son habituales los trastornos con falta de atención y muy mala conducta. Los padres de niños hiperactivos y normales suelen creer que el consumo del azúcar hace que sus hijos se vuelvan hiperactivos y desorganizados. Un escaso número de estudios muestran un vínculo entre el consumo de azúcar y las conductas que caracterizan con el trastorno de déficit de atención con hiperactividad.

La mayoría de los estudios experimentales indican que el azúcar no tiene efecto alguno. Por ejemplo, en dos experimentos se les dio a elegir a niños hiperactivos sujetos a una dieta sin sacarosa entre una bebida con sacarosa o una bebida con sustituto del azúcar. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en medidas de actividad física, atención, impulsividad y aprendizaje. Los efectos del azúcar sobre el rendimiento de muestras clínicas y no clínicas se han investigado en otros estudios, habiéndose encontrado resultados mixtos. Hay que llamar la atención sobre la dificultad de llevar a cabo investigaciones sobre la influencia de la dieta. Los estudios correlacionales pueden resultar difíciles de interpretar, y los experimentos controlados son difíciles de llevar a cabo.

Es difícil manipular lo que comen las personas, así como seleccionar las dietas de control adecuadas. Dadas estas consideraciones, las pruebas que existen sugieren que la dieta no desempeña un papel importante ni en la etiología ni en el tratamiento. Si bien podría afectar a un número pequeño de niños.

### 3.2 Factores psicosociales

A pesar de que las variables psicosociales no se consideran críticas en la etiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad sí que parecen desempeñar un papel del mismo. El centro del interés de los estudios ha sido la familia, habiéndose examinado los factores contextuales tales como el estrés, las desavenencias matrimoniales o los trastornos psicopatológicos de los padres, y la interacción entre padres e hijos.

“Encontró en su estudio con gemelos una relación entre comportamientos característicos y siete variables adversas, que incluían el malestar de los padres, las desavenencias familiares, la frialdad y las críticas hacia el hijo” (Wicks, 1997: 222)

Hay que destacar que la evaluación de las conductas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad se llevó a cabo mediante instrumentos objetivos y puntuaciones de los profesores, así como mediante las puntuaciones de los padres. El vínculo entre condiciones familiares adversas tales como un mal funcionamiento familiar, la presencia de un solo progenitor o vivir en un centro urbano. “Estudio las calificaciones que los padres dieron a sus hijos de tres años de edad cuando fueron enviados a recibir atención clínica.” (Wicks, 1997: 222).

Los padres preocupados por dicha actitud buscaron la manera de recibir ayuda para sus hijos y recibir la mejor atención que ellos podrían recibir y así fuera mejor la convivencia.

Cuando los niños alcanzaron la edad de seis años aquellos habían recibido las calificaciones más negativas en las conductas referidas al trastorno de déficit de atención con hiperactividad, tenían familias que habían experimentado más estrés y con una posición social más baja. Resulta interesante que la mal relación madre-niño predijera también la estabilidad de los problemas. Las familias de los niños en edad preescolar con trastorno de déficit de atención con hiperactividad y conductas de agresión eran más agresivas que las familias cuyos hijos en edad preescolar solo manifestaban trastorno de déficit de atención con hiperactividad.

Los estudios realizados sobre niños en edad escolar indican que sus madres son menos coherentes y más impacientes, más asertivas con el poder. Del mismo modo las familias de los niños informan de una mayor cantidad de conflictos y exhiben un mayor número de interacciones negativas, las cuales se agravan cuando se vuelven desafiantes. Las variables familiares están involucradas sin que importe la edad de los hijos.

No faltan razones para especular con que, al menos en el caso de algunos niños, la interacción de la predisposición a desarrollar las conductas pertinentes al trastorno con variables psicosociales tenga como resultado el trastorno de déficit de atención con hiperactividad. Un hogar caótico o cargado de responsabilidades, con independencia de posición social, puede que no fomente comportamientos de atención y de reflexión. Unas rutinas regulares y organizadas, unas reglas hechas y cumplir de forma autoritaria, las actividades silenciosas, pueden ser especialmente cruciales para los niños vulnerables al trastorno de déficit de atención con hiperactividad.

El estilo de crianza controlador puede provocar o agravar el comportamiento del niño, además el comportamiento de los profesores bien podría desempeñar un papel en la formación de la capacidad de atención y reflexión. La forma en que está organizada el aula y en la que estructuran las actividades pueden influir en el logro escolar, quizá de forma especial en los niños predispuestos a conductas relacionadas con el trastorno. Igual que sucede con los padres, la percepción y la tolerancia respecto del comportamiento del estudiante por parte de los profesores puede influir en las interacciones sociales diarias.

Se cree que los padres o los profesores causan por si mismos el trastorno de déficit de atención con hiperactividad. Sin embargo, las variables psicosociales en particular los factores familiares, aportan el contexto crítico dentro del cual se desarrolla el trastorno. Las relaciones dentro de la familia pueden ser especialmente importantes. Resulta bastante sorprendente que después de muchas investigaciones la etiología del trastorno de déficit de atención con hiperactividad no se conozca con certeza. Existen varios factores que pueden estar ocultos a la dificultad de establecer una relación causal.

En las clínicas se han utilizado diferentes criterios para determinar dicho trastorno, lo que significa que la investigación se ha llevado a cabo sobre muestras diferentes, así mismo las pruebas utilizadas de la población general probablemente son diferentes de las muestras clínicas. Existen varios tipos de trastornos los cuales con el transcurrir del tiempo se van observando y así mismo tratando de darle solución.

Esta pueden haber diversos ambientes y haber confundido sin lugar a dudas la investigación realizada sobre la etiología del trastorno. En última instancia el trastorno es causado probablemente por varios factores diferentes, y las relaciones causales pueden variar según los subtipos.

## **Evaluación y pronóstico**

### **4.1 Las descripciones**

Clínicas y la investigación se centraban sobre niños en edad escolar, la mayoría varones. Sin lugar a dudas, esto se debía a que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad destaca especialmente cuando los niños llegan al colegio y deben adaptarse a las exigencias de un comportamiento bueno, en el que deben estar atentos. Sin embargo se ha hecho evidente la importancia de estudiar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en diferentes niveles de desarrollo. Dado que se piensa que el trastorno emerge hacia la edad de siete años, el estudio de los años previos de la vida puede ser crítico a la hora de comprender la evolución del trastorno. Al mismo tiempo, sabemos que la hiperactividad no se desvanece simplemente tras la niñez, como en un tiempo se creyó.

“Los estudios de seguimiento resultan, por tanto, importantes de cara a definir el curso evolutivo, del trastorno así como ayudar a predecir el resultado y sugerir acciones preventivas e intervenciones” (Wicks, 1997: 224).

Se piensa que al menos algunos casos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad comienzan en la infancia, aunque esto no puede determinarse fácilmente. ¿De qué forma puede manifestarse el trastorno tan pronto en la vida?, parece razonable que los riesgos de temperamento de un alto nivel de actividad y falta de atención podrían ser indicativos del trastorno. Por otro lado, estos atributos precoces no son muy estables, y no son predictores muy robustos de problemas posteriores.

Se encontraron problemas temperamentales precoces en unos grupos de niños hiperactivos y agresivos de ocho años de edad. Cuando tenían tres o cuatro años de edad se detectó que estos niños, así como un grupo posteriormente mostro solamente hiperactividad, eran más activos y menos cooperadores y manejables.

Otras investigaciones también muestran que pueden identificarse conductas de falta de atención e inquietud en niños en edad preescolar, y se han encontrado problemas de lenguaje en algunos de los niños. Los padres se quejan de los problemas que tienen para hacer frente a la desobediencia de sus hijos, la cual parece ser más acentuada de lo normal.

Se ha llamado la atención sobre un cuidado inadecuado de los niños y sobre el hecho de que la familia este en una situación de desventaja. En algunos niños serán diagnosticados con trastorno de déficit de atención con hiperactividad, se hacen evidentes muy pronto las manifestaciones principales del síndrome, así como algunos de los problemas secundarios.

No se sabe si es trastorno de déficit de atención con hiperactividad en estos niños es diferente del de los niños a quienes se les detecta más tarde. Una vez que los niños comienzan a exhibir conductas relacionadas con el trastorno los problemas suelen mantenerse de forma estable y pueden incrementarse a lo largo de la niñez.

Estos son los años que mejor se han documentado, como hemos visto, además de las conductas principales del trastorno de déficit de atención con hiperactividad las relaciones sociales de muchos de estos niños están lejos de ser satisfactorios, su conducta es perturbadora y fracasan en su rendimiento escolar.

La retroalimentación negativa del rendimiento escolar y de otras conductas puede sumarse para influir negativamente en el auto concepto de la motivación. Entre el 50% y el 80% de los niños con trastorno de déficit de atención con hiperactividad sigue mostrando problemas en la adolescencia. Los problemas centrales de la hiperactividad, podría disminuir en un gran número de casos, no obstante, incluso para estos individuos, existen otros problemas,

- Un mal rendimiento escolar
- Problemas de conducta
- Comportamiento antisocial
- Consumo y abuso de sustancias tóxicas
- Problemas sociales
- Baja autoestima
- Problemas emocionales

Los estudios que han realizado un seguimiento hasta la edad adulta de niños con trastornos indican que una proporción sustancial quizá el 50% al 65% todavía manifiesta diferentes formas de problemas principales del trastorno y un deterioro en las relaciones sociales, depresión, baja autoestima, conductas antisociales, consumo de drogas y una situación de desventaja escolar y laboral. Una cuarta parte de ellos es antisocial de forma más o menos crónica. Muchos tienen empleo y son independientes desde el punto de vista económico, pero su historia laboral es en cierto modo inestable y su posición laboral es muy baja. Es importante hacer hincapié en que todos los niños con trastorno con déficit de atención con hiperactividad sufren desadaptación en los años posteriores.

La mayoría de ellos están razonablemente adaptados en la edad adulta, podemos preguntarnos Qué es lo que predice la estabilidad o un resultado negativo, las interacciones familiares, una situación de adversidad y la posición social desempeñan un papel en el mantenimiento de dicho trastorno. Las consecuencias negativas en la adolescencia y en la edad adulta están relacionadas con otras variables diferentes que influyen precozmente, entre las que se encuentra la inteligencia, las conductas de agresión y los problemas disociales, las malas relaciones con los iguales y la gravedad del trastorno en la niñez.

Pueden apuntarse dos conclusiones con respecto a la predicción de problema posterior. Una es que no existe un único factor que prediga bien las consecuencias en la niñez. Esto es así ya que están implicados muchos factores.



Dada esta situación, hasta cierto punto parecen diferentes factores específicos precoces. Las consecuencias en la educación se muestran especialmente asociadas con las habilidades escolares anteriores, y con la inteligencia, así como con factores familiares tales como la clase social y las prácticas de crianza. El comportamiento se origina a partir de las transacciones complejas entre las características del niño y el contexto psicológico y social.

## 4.2 Evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

“Es describir el funcionamiento de un individuo dentro de un contexto social, de forma que pueda dictaminarse sobre la normalidad y los posibles tratamientos, hay varios aspectos del trastorno de déficit de atención con hiperactividad que resultan útiles para orientar la evaluación” (Wicks, 1997: 225).

La mejor forma de conceptualizar el trastorno es considerarlo como un trastorno biopsicosocial, la evaluación debe basarse en una perspectiva amplia e incluir diferentes procedimientos a fin de evaluar las manifestaciones principales y secundarias del trastorno, el funcionamiento familiar y el funcionamiento biológico. En segundo lugar, debido que el trastorno puede ser específico para ciertas situaciones suele requerir la evaluación de diferentes ambientes.

En tercer lugar, el trastorno se concibe cada vez más como un trastorno evolutivo, es decir que comience pronto y que continúe a lo largo del tiempo, una evaluación bien fundada debe hacer frente a un contexto evolutivo cambiante. Por lo tanto, que es lo que se evalúa y que es lo que se lleva a cabo variara hasta cierto punto con el nivel de desarrollo.

## 4.3 Entrevistas

Los padres son la principal fuente de información en muchos de los casos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Suele ser de ayuda el que los padres rellenen un formulario detallado de evaluación antes de la entrevista. En cualquier caso, pueden utilizarse entrevistas

estándar estructuradas o semiestructuradas. Es importante que se obtenga información sobre interacciones específicas entre los padres y el niño, no solo para el diagnóstico sino para planificar el tratamiento. Es bueno que los padres que identifiquen situaciones concretas que sean problemáticas.

Las situaciones que se les presentan a los padres, asimismo, se preguntan detalles sobre las situaciones molestas, como por ejemplo que es lo que hace el niño, como responden los padres o con qué frecuencia se producen problemas en la situación. Se les hacen unas interrogantes de aplicadas a una situación cuando hay visitas en casa. La desobediencia es muy clara y que la interacción se vuelve cada vez más aversiva. Este es un patrón normal de intercambios entre padres e hijo.

Las entrevistas con los profesores son importantes debido a que después de los padres son quienes probablemente pasan más tiempo con los niños y adolescentes y pueden señalar los problemas que se producen en el ambiente escolar. El centro de atención son los problemas de aprendizaje y los escolares, así como la interacción con los iguales. Además puede obtenerse información acerca de la interacción y cooperación entre los padres y el colegio y sus servicios.

“En Estados Unidos, según la Public Law 94-142, algunos niños y adolescentes con trastorno de déficit de atención con hiperactividad tienen derecho a recibir servicios especiales de calificación y educativos” (Wicks, 1997: 225).

Dicho país tiene la particularidad de prestar los servicios para el déficit de atención con hiperactividad, siendo importante para la educación.

También debería entrevistarse al sujeto evaluado. La naturaleza y duración de esta entrevista depende de la edad y la capacidad del niño. Barkley tiene reservas en cuanto a la fiabilidad de la información obtenida de los niños pequeños. Los niños mayores y los adolescentes son más capaces de informar acerca de su propio funcionamiento, de la dinámica de su familia, del rendimiento escolar, de las relaciones con los iguales.

Con los niños más pequeños la entrevista podría consistir simplemente en un rato para conocerse, establecer una buena relación y observar el aspecto y el comportamiento del niño. Las observaciones del comportamiento deben interpretarse con cautela, ya que se sabe que los niños con trastorno de déficit de atención con hiperactividad actúan de forma más adecuada durante las visitas al consultorio de como suelen comportarse en otros ambientes.

#### 4.3.1 Escalas de calificación de conductas

Las escalas de puntuación para profesores y las listas de conducta se han convertido en herramientas muy conocidas para la evaluación del trastorno de déficit de atención con hiperactividad. Algunas se presencian en enfermedades y se nutren de diferente perspectiva y, por tanto no solo identifican el trastorno sino también su presencia con otros trastornos. En general, estas escalas pueden ayudar a determinar si el comportamiento se desvía de la norma y se diferencia de las conductas que muestran grupos con otros diagnósticos. Varias de ellas proponen puntuaciones criterio para identificar el trastorno.

Las escalas con una perspectiva más restringida son útiles para evaluar aspectos específicos del trastorno tales como el comportamiento en el colegio. La escalas de calificación para padres y profesores puede que sean menos útiles con los adolescentes, se consideran más adecuadas las escalas de auto informe. La gran cantidad de escalas de calificación de conductas existentes varían en cuanto a su fiabilidad y validez, y como siempre, debe estudiarse su robustez.

Existe un instrumento de base amplia que más exactamente se utiliza en la actualidad. También pueden utilizarse igualmente las versiones del trastorno. Los programas de capacitación conductual para padres les enseñan formas de ayudar a sus niños o adolescentes, los padres acuden junto a las sesiones de capacitación. Los programas tienen un enfoque que lograra que haya un vínculo entre padres y el niño, les enseñan a los padres técnicas para ayudar a su hijo y evitar problemas de conducta y otros miembros de la familia para controlar conductas, las sesiones las realizan en el consultorio. También en la terapia psicosocial, puede hablar con su hijo.

Las escalas de Conners son un instrumento también que se emplea ampliamente. Son fáciles de utilizar y existen pruebas favorables con respecto a su validez. Escala de Conners está formada por 48 ítems a partir de los cuales se obtienen puntuaciones en cinco factores.

- Impulsividad-hiperactividad
- Problemas de aprendizaje (atención)
- Problemas de conducta
- Problemas psicosomáticos y ansiedad

Existen diferentes versiones de las escalas de calificación de conductas de Conners. En el cuadro 9-4 se muestran algunos de los ítems. Asimismo, existe una escala abreviada para profesores con diez ítems muy conocida. En todas las escalas de Conners se califica a los niños en función de si muestran cada conducta 0 en absoluto, 1 un poco, 2 bastante o 3 mucho.

Existe una serie de ítems que valoran los padres a lo largo de diferentes situaciones, a la hora de comer, durante los deberes para casa, durante el juego, durante el sueño, en lugares públicos y en el colegio. Para cada una de las situaciones se puntual al niño en una serie de ítems referidos al nivel de actividad.

Evalúan la presencia y gravedad de los problemas en diferentes situaciones. “El primero de ellas presenta cuestiones referidas al comportamiento en dieciséis situaciones en el hogar y en lugares públicos, mientras que el segundo se centra sobre comportamientos en doce situaciones en el colegio, como por ejemplo en el vestíbulo, en los servicios o durante el trabajo en pequeños grupos” ( Wicks, 1997: 227).

### 4.3.2. Observaciones directas

La observación directa puede ser extremadamente útil para evaluar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, pero requiere mucho tiempo y es costosa. Se recomienda siempre que se puede llevar a cabo de forma adecuada. La observación se ha centrado típicamente en el funcionamiento interpersonal y en colegio.

“En el hogar resulta importante la obediencia y los patrones de estímulo consecuencia. En el colegio es igualmente importante la interacción social, junto con conductas como estar fuera de su sitio, de agresión, perturbadoras o desatención” (Wicks, 1997: 228).

Es importante tener el control del avance si se está tratando dicho trastorno ya que debe haber un cambio que sea de beneficio para el niño. Existen varios procedimientos de codificación de las observaciones de las conductas relacionadas con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, como por ejemplo las observadas en el aula o en el cuarto de juegos de la clínica. También pueden ser adecuados los procedimientos más generales.

A menudo suele ser necesario y útil servirse de métodos adicionales de evaluación. Entre estos podemos encontrar los test de inteligencia y las pruebas de logro escolar. Debido a que la familia desempeña un papel en el mantenimiento y en el curso evolutivo del trastorno de déficit de atención con hiperactividad los cuestionarios que describen el funcionamiento familiar pueden resultar esenciales.

La evaluación biológica incluye razonablemente el historial médico-evolutivo, una revisión médica que suponga un examen neurológico y, en algunos casos quizá un escáner cerebral. La evaluación médica no suele identificar habitualmente el trastorno, pero puede merecer la pena cuando se sospeche de la existencia de factores biológicos. Asimismo, puede proporcionar información potencialmente útil de cara al tratamiento o el a la comprensión del trastorno. Las pruebas neuropsicológicas pueden ampliar la visión del funcionamiento biológico, así como delimitar déficit neurocognitivos.

También podrían emplearse instrumentos para evaluar la falta de atención y la impulsividad como una prueba de rendimiento continuo. No obstante, en este momento la mayoría de estos instrumentos no están lo suficientemente perfeccionados u obtienen buenos resultados.

## **Tratamiento**

“Se han aplicado diferentes tratamientos al trastorno por déficit de atención con hiperactividad, la psicoterapia tradicional no se considera especialmente de ayuda (Wicks, 1997: 228). Lo mejor sería programas de capacitación conductual para padres, esto sería una gran ayuda para poder resolver el problema que con mucha paciencia e interés se vaya eliminando lo malo. Los programas de capacitación podrían enseñar a los padres a entender la conducta del niño, aprender técnicas, para evitar problemas de conducta.

Hoy en día tienen más interés la medicación con estimulantes, las técnicas conductuales y los métodos conductuales-cognitivos. Debe plantearse desde un enfoque multidisciplinario y multimodal, debido al impacto que tiene el trastorno sobre las diferentes áreas de cada afectado, es necesario atender e intervenir sobre los aspectos cognitivos, conductuales, afectivos, familiares y sociales. El tratamiento debe ser individualizado y diseñado por un especialista o grupo de especialistas en función de las características sintomatológicas y las circunstancias que rodeen el caso.

El tratamiento multimodal del trastorno por déficit de atención con hiperactividad tiene por objeto mejorar los síntomas nucleares (hiperactividad, impulsividad y déficit de atención), reducir la aparición de problemas asociados al trastorno, favorece la adaptación académica del afectado, reduce el impacto del trastorno en el entorno del afectado (familia, escuela, entorno social, plano personal), adquiere competencias y estrategias básicas para un funcionamiento asumiendo su rol en coordinación con el resto de las personas implicadas.

Para lograr éxito en el tratamiento es imprescindible encontrar un buen profesional en el que los padres puedan confiar, que nos acompañe y de apoyo y que impulse al niño a salir adelante. Los padres han de tener una actitud positiva, deseos de aprender, informarse y educarse, aceptar su labor de co-terapeuta, al igual que los profesores quienes deben al igual que los padres aprender a manejar el trastorno para lograr un buen desarrollo.

El enfoque multimodal en el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad se centra en la tensión de las diferentes áreas del sujeto afectadas: área académica, sea familiar, área psicológica-neuropsicológica y el área social. Es relevante por tanto la eficacia a largo plazo de tratamientos exclusivamente farmacológico. De las ocho investigaciones revisadas solo en dos se emplearon tratamientos exclusivos farmacológicos pero que las utilizaron tratamientos educativos o combinaron estos con las intervenciones farmacológicas. Se compararon cuatro tipos de intervenciones:

- Conductual
- Farmacológica
- Conductual farmacológica
- Tratamiento habitual en el entorno (Burgos, 2012: 11)

A los 14 meses, todas las intervenciones produjeron mejoras, siendo significativamente mejores para aquellos que recibieron los tratamientos farmacológicos y conductual.

Se comparó un tratamiento con metilfenidato con técnicas conductuales, al concluir la intervención (6 meses) el tratamiento combinado producía mejores resultados que el únicamente farmacológico. Doce meses después del final de la intervención las mejoras farmacológicas alcanzaban al de combinado en la mejora en los síntomas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Para que el tratamiento sea más efectivo y muestre mejoría a corto, medio y largo plazo es fundamental que se lleve a cabo un seguimiento del mismo desde todos los ámbitos.

## 5.1. Tratamiento psicofarmacológico

Una amplia bibliografía demuestra con claridad la eficacia a corto plazo del tratamiento con metilfenidato, en general en varones de raza blanca de 6 a 11 años. (Glend, 2010: 48). Existen varios tipos de mediaciones en la actualidad que ayudan a los niños a mejorar su comportamiento.

### 5.1.1 Ámbito sanitario

Los padres deben buscar un médico para que evalúe y trate al niño/a que tenga tiempo y paciencia para seguir en la evolución y que muestre una actitud cooperativa en el tratamiento. El médico en función de las características del caso indicará el tratamiento médico más adecuado para la problemática sintomatológica y sanitaria del niño/a, incluyendo farmacoterapia en el caso que sea necesaria.

En el caso de que el médico prescriba medicación, deberá hacer un seguimiento médico del peso, talla y analíticas para corroborar que este todo correcto, A veces se pueden producir algunos efectos secundarios generalmente leves como la disminución del apetito o del sueño, fácilmente reversibles o controlables bajando o modificando la dosis.

Con el fin de evitar que surjan problemas en el desarrollo o mala respuesta del tratamiento es fundamental la comunicación entre padres y profesores y que se realice un seguimiento que se contemple los siguientes puntos, de acuerdo a alcanzar los objetivos terapéuticos y conseguir las competencias académicas sociales.

- Valoración de aspectos médicos y fisiológicos.
- Seguimiento de la respuesta al tratamiento farmacológico.
- Mediciones periódicas de peso y talla.
- Adaptación de medidas específicas en el campo de salud hacia el niño/a.



- Atención a los posibles efectos secundarios del tratamiento farmacológico.
- Supervisión por parte de los padres del hogar de posibles cambios en el estado de ánimo, comportamiento o fisiológico.
- Facilitar medidas y orientar a los padres de cara y tratar los posibles problemas de tipo médico (sueño, alimentación, desarrollo físico).
- Revisiones periódicas de la medicación y la dosis prescrita del tratamiento farmacológico.
- Reuniones periódicas de los padres con el médico responsable.
- Acudir al médico ante cualquier duda con respeto al tratamiento o cualquier aspecto de la salud que surja.
- Atender y tratar la comorbilidad asociada al trastorno por déficit de atención con hiperactividad ( Mena, 2006: 12 )

Muchos estudios han demostrado que los individuos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, que no han sido debidamente efectivamente tratados con medicación durante la niñez y la adolescencia tienen un riesgo aumentado aunque no inevitable de desarrollar problemas con el abuso del alcohol sustancias más adelante en la vida.

### 5.1.2 Ámbito familiar

“La intervención familiar tiene como finalidad la continuidad de los objetivos tanto médicos, como terapéuticos, psicopedagógicos y educativos en el hogar, y establecer un sistema de funcionamiento estructurado y organizado mediante normas y límites, claros y definidos, con el fin de modificar aquellos comportamientos y hábitos positivos”. (Mena, 2006: 13)

Los padres deben aceptar de forma activa, comprender e implicarse en el tratamiento del hijo/a afectado/a y deben coordinarse con los servicios sanitario Infanto-Juveniles y con el centro escolar y deben ser el núcleo de coordinación del resto de apoyos y servicios de atención del afectado, llevando a cabo las siguientes acciones.

- Buscar apoyo y orientación profesional.
- Disponer de actitud positiva y cooperativa con los diferentes profesionales e instituciones que atienden el caos de su hijo/a.
- Métodos de actuación específicos en el hogar que atiendan aspectos conductuales emocionales, actitudinales de comunicación.
- Entrenamiento y escuela para padres.
- Establecer contacto y comunicación continua con el centro escolar.
- Establecer contacto y comunicación continua con los agentes sanitarios.
- Participar de actividades familiares que mejoren y potencien la dinámica familiar.
- Apoyar dificultades del hijo/a en casa.
- Reconocer el rol de padres y modelo de actuación para su hijo/a.
- Fomentar desde la familia aspectos cruciales como la buena autoestima, una comunicación adecuada, factores motivantes y la adaptación positiva a los diferentes entornos.
- Facilitar a su hijo/a actividades extraescolares que puedan motivarle, interesarle y mejorar su autoestima.

Aquella instrucciones y directrices que se establecen en la terapia familiar por parte el psicoterapeuta o médico, deben ser asumidas por los padres y familiares y llevarse en forma rigurosa, tal y como se ha acordado en las sesiones de intervención familiar.

Durante el seguimiento, los objetivos propuestos para modificar la dinámica familiar (comunicación, autonomía, responsabilidad, cooperación) deben ser revisados y evaluados por el terapeuta a lo largo del proceso de intervención con el fin de atender aquellos aspectos que no se están realizando de forma óptima, y premiar logros conseguidos.

### 5.1.3 Ámbito educativo

“En términos de cuidado y apoyo al trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los centros escolares, se considera generalmente importantes y útiles las adaptaciones y medidas específicas cuando existen necesidades educativas en estos alumnos, que en ocasiones contemplan facilidades para los exámenes, apoyo en clase, instrucciones adaptadas, reducción de contenidos, supervisión directa o indirecta del personal docente”. (Burgos, 2012: 10).

Además combina técnicas diferentes, otra estrategia más para lograr la generalización de los efectos de los tratamientos psicosociales ha consistido en incluir intervenciones conjuntas para padres y profesores. Para ello, fundamental que exista un canal de comunicación entre padres y profesores y se realice en seguimiento que contemple los siguientes puntos, de acuerdo a alcanzar los objetivos académicos y conseguir las competencias académicas y sociales:

- Valoración de las dificultades y problemas académicos por parte del centro.
- Valoración de las dificultades y problemas de niños/a en el ámbito social (compañeros, amigos, profesores, )
- Respetar y buscar el cumplimiento de los derechos del niño/a en el ámbito educativo.
- Adaptación de medidas específicas del caso.
- Seguimiento de las dificultades por parte del profesional docente.
- Seguimiento de las dificultades por parte de los padres en el hogar.
- Facilitar material y actuaciones en el aula y en casa que motiven y potencien el aprendizaje.
- Asistir los padres a charlas en el colegio informativas.
- Reuniones periódicas de los padres con el servicio de orientación del centro.
- Reuniones periódicas de los padres con los tutores y personal docente.
- Evaluaciones periódicas del rendimiento del alumnado en el centro escolar.

- Poner en conocimiento del centro escolar por parte de los padres aquellos asuntos médicos que competan al desarrollo y funcionalidad del alumno.
- Buena actitud de los padres frente al profesor de su hijo.

El orientador debe supervisar que las medidas propuestas de actuación en el aula y fuera del alumno con trastorno por déficit de atención con hiperactividad se están realizando de forma correcta por parte del equipo docente y atender a las peticiones y necesidades de orientación e información del profesorado.

De esta manera, el equipo de orientación puede detectar la presencia de dificultades y problemas que vaya surgiendo tanto a nivel académico, como social, emocional o familiar.

## 5.2 Tratamiento farmacológico

Algunas formas leves de trastorno por déficit de atención con hiperactividad se pueden controlar a veces con tratamiento no farmacológico. Sin embargo, los expertos indican que el tratamiento más eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad es la intervención multimodal, es decir la combinación de tratamiento farmacológico, intervención psicológica, intervención familiar e intervención escolar. El uso de la medicación es por tanto un pilar del tratamiento para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Los niños con dicho trastorno tienen un desequilibrio químico de los neurotransmisores Dopamina y Noradrenalina sustancias químicas del cerebro, lo que ocasiona desajustes en el funcionamiento cerebral. Principalmente, se ve afectado el lóbulo frontal y las áreas prefrontales, afectando a las funciones ejecutivas, lo que provoca alteraciones en la atención, en el control de impulsos, la inhibición de respuestas y la toma de decisión.

Existen varios tipos de mediaciones disponibles en la actualidad que ayudan a los niños/as con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Se trata principalmente de los medicamentos estimulantes como el Metilfenidato en otros países existen otros medicamentos como Pemolide y la Dextroanfetamina y los no estimulantes, como la Atomoxetina y el grupo de antidepresivos tricíclico. “Los fármacos estimulantes aumentan los niveles de dopamina en el cerebro y la Atomoxetina aumenta los niveles de noradrenalina” (Wicks, 1997: 229).

Es necesario conocer que la medicación es segura y que los efectos secundarios son pocos y no son graves. Dichos fármacos son prescritos de acuerdo con el criterio del médico y con la aprobación de los padres y de acuerdo a las circunstancias y características de cada caso, realizando siempre un estudio médico previo a la administración de los fármacos.

“Como el primer ejemplo de tratamiento de niños con comportamientos disociales mediante fármacos estimulantes.”(Wicks, 1997:228). Desde entonces se han utilizado muchos agentes farmacológicos para el déficit de atención con hiperactividad, pero ninguno con tanto éxito como los estimulantes. De hecho, la medicación con estimulantes es el tratamiento más conocido en Estados Unidos para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

A pesar de que el uso de estimulantes está rodeado de una gran controversia, desde el punto de vista de la mayoría de los profesionales no se debe a su fracaso en aliviar en forma rápida los principales déficit. Alrededor del 70% de los niños medicados muestran un aumento en la atención y una reducción en la impulsividad y en el nivel de actividad, tanto en el laboratorio como en los entornos naturales exigentes y estructurados que provocan conductas relacionadas con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, los fármacos estimulantes también reducen las conductas agresivas, de desobediencia y desafiantes.

Se considera que los estimulantes utilizados para tratar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad actúan sobre el sistema nervioso central, influyendo sobre la dopamina, norepinefrina y epinefrina. A primera vista, antes parecía extraño que el aumento de la activación

mediante estimulantes pudiera beneficiar al trastorno por déficit de atención con hiperactividad, y por tanto se decía que los efectos eran paradójicos.

De hecho, los estimulantes influyen en los niños normales y en los adultos, así como los que tienen trastorno por déficit de atención con hiperactividad, centrando la atención y otros similares. Quizá no sea sorprendente que los padres y profesores interactúen de forma más positiva y utilicen menos conductas de control con los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad que está sacando provecho de la medicación. Así, el tratamiento farmacológico no solo podría beneficiar a los niños de forma directa, sino también a través de la mejora de las relaciones sociales.

Los efectos de la mayoría de los estimulantes son rápidos, pero desaparecen al cabo de unas pocas horas, por lo tanto suelen tomarse dos o tres veces al día. También hay disponibles medicamentos de acción prolongada que pueden tomarse con menos frecuencia. Es importante realizar un seguimiento del tratamiento, en especial porque los individuos responden de forma diferente a la medicación y a las dosis concretas. Además una cierta dosis de fármaco puede afectar de diversas formas a conductas diferentes de la conducta objetivo. Existen diversos aspectos que se toman en cuenta en tratamiento farmacológico.

El apetito, en general apetito en momentos diferentes del día en función de la hora de la toma del medicamento.

- Crecimiento, no hay evidencias de que afecte a la talla del individuo, parece ser lento el crecimiento en la adolescencia sin que se vea afectada la talla final.
- Tics, actualmente no hay argumentos en contra del uso de metilfenidato en los niños con tics, estos pueden mejorar o empeorar, debe haber control más a menudo con ellos.
- Epilepsia, No existen datos publicados que sugieren que el tratamiento ni a largo ni a corto plazo aumente el riesgo de desarrollar convulsiones.
- Abuso de drogas, no hay ninguna prueba científica del consumo de metilfenidato los exponga al consumo de ellas.

- Vacaciones terapéuticas, no aportan beneficios.
- Rendimiento Escolar, no aumenta ni disminuye el rendimiento escolar del niño, pero mejora funciones necesarias de estudios. (<http://www.trastornohiperactividad.com/si>) Recuperado 17.04.2015.

### 5.2.1 Fármacos psicoestimulantes

Los medicamentos estimulantes están entre los psicofármacos más seguros y eficaces que tenemos disponibles y con una larga historia de uso en población infantil.

Dentro de los fármacos estimulantes, el Metilfenidato es el tratamiento farmacológico de elección para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, es un estimulante que mejora tanto la hiperactividad como la inatención en niños con dicho trastorno. Más de 60 años de experiencia con esta medicación, y más de 150 estudios en diversos países confirman que es eficaz y segura en el tratamiento del trastorno por hiperactividad.

### 5.2.2 Fármacos no estimulantes

La atomoxetina es el medicamento no derivado anfetamínico de primera elección en pacientes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad en España. Su efecto positivo dura todo el día y puede administrarse en una sola toma por la mañana.

Entre los beneficios que presenta frente a los tratamientos psicoestimulantes es que no tiene potencial de abuso, puede mejorar la ansiedad y no empeora los tics, así como que su efecto se mantiene constante entre las tomas, lo cual no supone un descenso del principio al olvido de una toma como el caso de los estimulantes. A pesar de ser la Atomoxetina un medicamento reciente, está muy bien estudiado, y lleva varios años siendo utilizado en muchos países.

### 5.2.3 Eficacia del uso de fármacos para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad

El Metilfenidato y la Atomoxetina son los fármacos recomendados en la actualidad para tratar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes por su eficacia y seguridad a las dosis recomendadas. El estudio de tratamiento multimodal de niños/as con déficit de atención con hiperactividad publicado por el Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU, mostro que un tratamiento farmacológico adecuado y estandarizado reduce de una forma significativamente mayor la sintomatología nuclear, que un tratamiento psicoterapéutico o la intervención psicosocial. Sin embargo, la combinación de una terapia farmacológica, de intervención psicológica, obtuvo mejores resultados que aquellos niños que solo fueron tratados con farmacoterapia.

Los resultados positivos no solo se reflejaron en una mejora de la sintomatología sino que también se obtuvo una mejora significativa en aspectos relacionados como el trastorno de una mejora de la autoestima, la conducta social, los trastornos asociados, ansiedad oposicionista desafiante, comportamiento, y el rendimiento académico, por tanto, el uso combinado e fármacos y terapia se muestra como la alternativa más eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

### 5.2.4 Supervisión y seguimiento del tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico debe iniciarlo y continuar su seguimiento un médico adecuadamente calificativo y experto en el tratamiento de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y sus comorbilidades más frecuentes.

El pediatra y el médico encargado de la medicación deben llevar seguimientos y revisiones periódicas de talla, efectos de la medicación y evaluación del funcionamiento global del niño.



Aunque el metilfenidato suele tolerarse bien, al ser un fármaco estimulante, a veces puede producir algunos efectos secundarios comunes como la disminución de apetito o del sueño, fácilmente reversibles reajustando la dosis.

En el caso de la falta de apetito o la alteración en los ritmos de comidas, especialmente cuando nos encontramos con el caso de que el niño o niña presenta tallas mínimas o por debajo de los índices de normalidad, es necesario revisar el tipo y la dosis de medicación y aplicar medidas específicas como un estudio del estilo de alimentación uso de complementos vitamínicos, adaptaciones nutricionales.

El tratamiento que se sigue para estos niños, en su mejor caso, el uso de medicamentos. El principal fármaco que se utiliza es el Metilfenidato, sus efectos inmediatos aumentan la capacidad de atención y concentración y una reducción de la hiperactividad y movilidad del niño, debido que a través de ese agente externo se estimula al cerebro para que alcance los niveles de activación necesarios para un correcto mantenimiento de la atención.

Como efectos secundarios, en algunos casos se produce una falta de apetito y de sueño, sin embargo, dichos efectos duran poco tiempo, se elimina por la orina en unas cuantas horas, es preciso volver a tomar otra pastilla al levantarse y otra a medio día para que el efecto sea máximo en el momento que el niño acude a la escuela, pero depende de la prescripción médica que se realiza en función de la edad del niño, y la gravedad de sus problemas.

Normalmente es adecuado medicar al niño después de los cinco años, antes de esta edad no se puede medicar porque es difícil diagnosticar en el niño el déficit de atención, pues está desarrollando su capacidad su capacidad atencional y está en un periodo de exploración y manipulación, lo que hace difícil discriminar entre lo que es su comportamiento normal y el que no lo es depende de la evolución que tenga el niño, se puede recomendar que se retire definitivamente o que se retome en periodos concretos, por lo general, a partir de los 12 años no se hace necesaria.

### 5.2.5 Supervisión del tratamiento farmacológico en el colegio

Si un alumno está medicado y los profesores del niño/a lo conocen, estos pueden colaborar observando y registrando si aparecen mejoras o no en el rendimiento académico, en el comportamiento y en las relaciones con sus compañeros. Su información puede ser de gran utilidad para los padres y el médico que trata a este/a alumno/a la hora de valorar la efectividad del tratamiento farmacológico o bien la necesidad de ajustar la dosis.

También desde el centro escolar pueden colaborar en la observación de posibles efectos secundarios tales como, irritabilidad, dolor de cabeza, náuseas, disminución del apetito, y trasladar la información a los padres.

Es importante que cuando un alumno muestre resultados positivos tras la administración del fármaco, el profesor refuerce su buena conducta o buen rendimiento y no lo atribuya al fármaco, como lo haría con frases tipo se te nota que hoy te has acordado de tomar la pastilla o que bien trabajas cuando tomas la pastilla.

A veces los niños salen adelante sin medicación, pero quizás tienen demasiados apoyos que les hacen perder autonomía. Esto puede generar estrés en la familia, ya que los esfuerzos a lo que se ven sometidos son demasiados. Además, en el colegio se corre el riesgo de que los demás niños les etiqueten como el “niño diferente”.

Es importante destacar que son muchos niños los que se benefician de estos tratamientos farmacológicos y que es necesario en un 80% de los casos, pero siempre combinados con otras intervenciones, tanto psicoeducativas como socio-familiares, para mejorar la autonomía del niño, su déficit de atención, hiperactividad e impulsividad.

### 5.3 Modificación de conducta

La base lógica de la modificación de conducta es que, con independencia de la etiología, la manipulación de la conducta podría aliviar tanto las manifestaciones principales del trastorno por déficit de atención con hiperactividad como las secundarias.

La mayoría de los programas de modificación de conducta se llevan a cabo en el hogar y en el colegio, siendo esencial formar a los padres ya a los profesores. Este enfoque hace hincapié en la importancia de las consecuencias de la conducta al controlar la atención, la impulsividad, la observancia de las normas, la actividad escolar y las interacciones sociales.

Entre los reforzadores habituales suele encontrarse las recompensas tangibles, en especial monedas o puntos que pueden cambiarse por diversas recompensas, al igual que consecuencias sociales como los elogios. Debido a la naturaleza del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, puede que se requiera un reforzamiento muy intenso. Aun así, existen algunas pruebas de que el reforzamiento positivo por sí mismo no es suficiente, por ejemplo para controlar la conducta en el aula.

Las consecuencias negativas suelen aplicarse en forma de tiempos muertos o de coste de la respuesta, es decir, que el niño pierde la oportunidad de obtener reforzadores o debe entregar una parte de las fichas o de los puntos que previamente hubiera ganado.

#### 5.3.1 Un programa de formación para padres

Como ejemplo de un amplio programa de formación para padres vamos a cambiar un enfoque de formación y consejo utilizado. El programa hace hincapié en el manejo de la desobediencia y la conducta desafiante en niños de tres a once años de edad. Esto es coherente con el punto de vista de que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad implica un déficit en la conducta

regulada por normas, así como con los datos que indican que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad se solapa con el comportamiento negativista desafiante.

El programa consta de diez pasos que se van desarrollando semanalmente en diez sesiones de formación para padres. Tanto los aspectos conductuales como los cognitivos son evidentes en el programa.

A continuación brevemente los diez pasos:

- Se proporciona a los padres información sobre la naturaleza, curso, pronóstico y etiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad mediante instrucción directa, lecturas y cintas grabadas.
- Se estudian las causas del comportamiento negativista desafiante, particularmente en cuanto a características del niño, características de los padres, consecuencias situacionales y acontecimientos familiares estresantes. Se describen las variables situacionales y las condiciones de retroalimentación necesarias pertinentes.
- Se forma a los padres para que atiendan a la conducta de sus hijos, y se les aconseja que aumenten la atención a las conductas adecuadas que ignoran las inadecuadas. Bajo esta actuación subyace la idea que debe fortalecerse la interacción positiva si el padre va ser un gestor más eficaz de la conducta del niño.
- La atención positiva de los padres se amplía a situaciones de juego independiente y a la obediencia por parte del niño de peticiones simples. Entonces se forma a los padres en métodos de dar órdenes de forma que se optimice la obediencia de sus hijos.
- Se pide a los padres que establezcan en casa una economía de fichas para reforzar al niño cuando lleve a cabo sus responsabilidades domésticas. Esto supone que el niño gana fichas o puntos que pueden cambiarse por una gran diversidad de reforzadores.
- Se realizara un seguimiento de la economía doméstica de fichas, y se enseña asimismo a los padres a utilizarla los tiempos muertos y el coste del respuesta cuando se desobedezcan las normas o las peticiones.

- Se revisan las técnicas de gestión que están utilizando los padres, especialmente las técnicas de castigo. También se anima a los padres a ampliar los tiempos muertos a otras situaciones domesticas si fuera necesario.
- Los procedimientos de gestión se amplían ahora al mal comportamiento en lugares públicos como tiendas o restaurantes.
- A estas alturas los padres han adquirido ya técnicas efectivas de gestión, Se hace una revisión general y se estudia la forma en que los padres podrían utilizar sus habilidades en el futuro.
- Entre cuatro y seis semanas después suele tenerse una sesión de empuje para evaluar el progreso y revisar los procedimientos de intervención. (Wicks, 1997: 232).
- También existen pautas y técnicas para profesores
- La extinción
- El tiempo fuera
- El establecimiento de normas (utilizar lenguaje positivo).
- Hacer una lista de alcanzable
- Entender consecuencias
- Usar material visual
- Algunos consejos para el profesor
- Pregúntele como puede ayudarle
- Manténgalo cerca de usted
- Repita las instrucciones
- Las instrucciones han de ser claras, específicas y breves
- Establezca con él contacto visual frecuente
- Haga bromas, innove
- Diseñe una agenda o calendario propio de actividades
- Divida las actividades largas en varias cortas
- Ofrezca información de su comportamiento a cada momento, para que se autoobserve y corrija.
- Evite intervenir si no es necesario, fomente autonomía, si es posible, sugiera, no imponga.

- Busque los logros y esfuerzos tanto como sea posible
- Elogie, refuerce, con premios materiales y sobretodo sociales. Una sonrisa vale más que mil juguetes.
- Enséñele pequeños trucos de memoria (anotar, dividir las tareas, agrupar palabras por categorías, repetirse mentalmente).
- Anuncie lo que viene después antes de hacerlo o decirlo
- Simplifique la información, pero de manera que llame la atención (con imágenes, con gestos, juegos,)
- Haga uso del contacto físico no amenazante para comunicarse con él. Establezca vínculos afectivos con el niño.
- Cuento con él para resolver conflictos y situaciones problemáticas. Involúcrelo en la toma de decisiones
- Dele responsabilidades, confíe en él.
- Enséñele que aprenda a autoevaluarse y premiarse cuando lo haga bien
- Repita la información (<http://www.trastornohiperactividad.com/si>) Recuperado 17.04.2015.

#### 5.4 Combinación de tratamientos

En el enfoque basado en diferentes tratamientos ha mostrado tener algún éxito, pero cada uno de ellos tiene sus limitaciones, los fármacos estimulantes, los cuales no suponen mucha exigencia a las personas que cuidan a los niños, tienen sus inconvenientes.

El enfoque conductual ha tenido sus éxitos, pero no lo es suficiente eficaz, y es exigente con las persona que cuidan a los niños. En general, el problema no es tanto conseguir una mantenerla. Dando que ninguno de los enfoques, al trastorno por déficit de atención con hiperactividad, su tratamiento suele implicar el uso de diferentes combinaciones de perspectiva. Son eficaces las combinaciones de tratamientos.

“Algunos estudios no han conseguido encontrar que se produzcan resultados positivos a partir de tratamientos combinados comparándolos con tratamientos aislados, en especial cuando se combina la medicación con métodos conductuales o conductuales-cognitivos”. (Wicks, 1997: 234).

La medicación por si misma era tan efectiva como cuando se combinaba con otros métodos, existen algunas pruebas que ponen en evidencia que la combinación de la mediación e intervención conductual puede producir mayores beneficios, y que cada uno de los métodos pueda producir mejoras en conductas diferentes.

“En estudio realizado se encontró que la combinación de enfoques era importante de cara al mantenimiento de las mejoras a lo largo del tiempo”. (Wicks, 1997: 234).

Se ha informado de resultados positivos con tratamientos multimodales utilizados en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad que exhibían conductas antisociales graves. Se han hecho investigaciones sobre la eficacia a largo plazo de los tratamientos y sus combinaciones. El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos ha puesto en marcha tres centros de investigación de los tratamientos multimodales. En general hay muchas variables que pueden influir en el resultado de diferentes intervenciones, entre estas variables están la conducta día, las técnicas específicas utilizada, el tipo y la dosis del medicamento, la gravedad del trastorno, su comorbilidad y la edad del niño.

Es difícil anticipar que intervención podría servir mejor para un niño en un momento particular. Algunos clínicos prefieren probar primero técnicas conductuales para ver si se podría evitar el uso de medicación. Se piensa que el mejor método para muchos niños sería una combinación de tratamientos, puesto que podrían ocuparse del diferente déficit. Además, la gestión de los hijos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, por parte de los padres resulta importante cuando los niños tienen que descansar de la medicación a fin de controlar los efectos secundarios y posibles, así mismo la formación en autorregulación podría ser adecuada para la adolescencia.

Aunque se sabe relativamente muy poco acerca de intervenciones psicológicas para esta población. Lo que está claro que la mejor forma de establecer un tratamiento es que se ajuste a las necesidades del individuo, incluso a medida que estas vayan cambiando con el tiempo.



## **Conclusiones**

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de 7 a 9 años de edad, es importante tomarlo en cuenta ya que existe el interés de la escuela y del docente como padre de familia que sea el apoyo, tanto del docente como del mismo estudiante, para llevar a cabo una mejor observación dentro del mismo y poderle dar solución

Debido a que las conductas criterio aparecen en cierto grado en los niños normales y pueden variar según el nivel desarrollado, este trastorno solo se diagnostica cuando no se ajustan al nivel de desarrollo del individuo. Los docentes son parte fundamental dentro de este déficit ya que ellos forman parte de él.

A pesar de gran interés que debería despertar en todos los docentes y padres de familia al obtener un niño con ese trastorno continua siendo en alguna medida enigma, si bien existe un acuerdo básico en cuanto a los problemas principales de este trastornos, existe un menor consenso en la forma de conceptualizarlos, y aquí en Guatemala se debería hacer el cambio a esos problemas que radican en muchos centros educativos, ayudando y brindando lo necesario a cada uno.

## Referencias

### Bibliografía

Arce, S (2010). *Necesidades Educativas Especiales en el Aula Regular*. Guatemala, Editorial Piedra Santa.

DSM-IV-TR, (1994). *Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales*.

Ediciones Euromexico (2010). *Problemas de aprendizaje. Solución paso a paso*.

Glend, Lexus, (2010). *Tratamientos de los trastornos psiquiátricos*.

Mena, B. (2006). *Edición Mayo, Fundación Adana*

Wicks, N. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*, Editorial Isabel Capella

### Internet

Lo que sabemos de trastornos llamados TDAH (2007) Recuperado de:

<http://www.help4adhd.org>,

Fundación Cadah, (1992). Recuperado de [http // www.fundacioncadah.org](http://www.fundacioncadah.org)

Burgos, R. (2012). *Guía para padres y docentes, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*, editorial, Glosa. Recuperado de <http://www.trastornohiperactividad.com/si>