



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado

**NECESIDADES ESPECIALES
EN UN CONTEXTO DE TDAH**

Alumno/a: Belén Munuera Cruz

Tutor/a: Virginia Fuentes Gutiérrez
Dpto: Psicología

Mayo, 2019

RESUMEN

En 2018, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad era una patología que incidía en el 2-5% de la población infantil española, debido a su continuidad en la adolescencia y adultez, en la insuficiencia en su diagnóstico y tratamiento y a su importancia en la sociedad es importante conocer dicha patología y como afecta a nivel de lo social.

El presente trabajo tiene como objetivo indagar sobre la enfermedad del TDAH, abordando aspectos relevantes que inciden en ella. Se hará una aproximación histórica de este trastorno, analizando el concepto, síntomas, evolución y problemas ligados a este, así como la intervención y evaluación desde los distintos ámbitos de la vida cotidiana.

Posteriormente se analizarán las necesidades especiales sociales y educativas de los niños que padecen esta enfermedad, así como las necesidades de los padres, debido a la importancia del entorno comunitario del paciente y su familia, ya sea de forma directa o indirecta

ABSTRACT

In 2018, TDAH is a disease what had impact on 2-5% of the Spanish child population, because of his continuation in adolescence and maturity period, his shortage in diagnosis and treatment and his importance in society, it is important to know this disease and know how affects in the social area.

This project has like objective to investigate about TDAH disease, tackle the most relevant aspects who have impact in. It will study his historic past until end in the current definition, his diagnosis, his comorbidity and his treatment.

Afterwards it will analyze special social and educational needs of the children who suffer this disease, just like parent's needs, because of the importance of the community environmental of the patient and his family, either direct or indirect mood.

KEY WORDS: TDAH, social needs, educational needs,

INDICE

RESUMEN.....	1
1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVOS.....	5
3. METODOLOGIA.....	5
4. MARCO TEÓRICO	6
4.1 HISTORIA DEL TDAH	6
4.2 CÓMO SE DETECTA.....	9
4.3 COMORBILIDAD QUE PUEDE LLEVAR ASOCIADO.....	17
4.4 PROBLEMAS DERIVADOS DEL TDAH	19
4.4. TRATAMIENTO	20
4.3.1 Tratamiento farmacológico	21
4.3.2 Tratamiento no farmacológico	22
• Intervención familiar	22
• Intervención educativa	24
• Intervención psicopedagógica.....	25
• Intervención psicoeducativa	25
• Intervención social.....	26
4.7 TRABAJO SOCIAL Y TDAH	26
5. BIBLIOGRAFÍA	28

1. INTRODUCCIÓN

Se podría decir que el TDAH es un trastorno reciente. El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad empezó a recibir el nombre de TDAH, a diagnosticarse y a identificarse como tal en los años 70. Hasta llegar a ser conocida mundialmente como tal ha pasado por muchas etapas

Según la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH), entre un 2-5% de la población infantil tiene actualmente TDAH, y más del 80% de los niños seguirán presentando este trastorno en la adolescencia, y en la edad adulta (30-65%). Esto quiere decir que es una patología que padece gran parte de la población y como tal además de tener consecuencias clínicas, tiene consecuencias en la vida diaria de las personas que la tiene es por esto que se justifica la necesidad de conocer la enfermedad y las necesidades especiales de las personas que o bien padecen esta enfermedad o bien son personas allegadas a la misma.

Por ello cuando se planteó la idea investigar sobre las necesidades especiales, identificamos que el TDAH se conformaba como un trastorno invisibilizado, por su dificultad de diagnóstico que sin embargo afectaba a una gran parte de la población. Esto nos llevó a focalizar este trabajo a las dificultades sociales, de diagnóstico y educativas de quienes tienen este trastorno y sus familiares.

Esta revisión bibliográfica se ha ido desarrollando a través de la búsqueda y lectura de numerosas investigaciones y artículos en diversas fuentes de información.

Este proyecto pretende conocer a fondo la enfermedad, desde todos los puntos de vista existentes (médico, psicológico educativo y social), aunque profundizado en los dos últimos, con el fin de tener una mirada amplia de la enfermedad y abordaje desde el trabajo social.

2. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Conocer las necesidades especiales sociales y educativas de los padres y niños/as con TDAH.

Objetivos específicos:

- Conocer en profundidad el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- Indagar entre los distintos tratamientos existentes para este trastorno y compararlos entre ellos.
- Conocer el tipo de terapias psicosociales que se realizan con las personas que sufren TDAH

3. METODOLOGIA

El Trabajo Final de Grado que se presenta a continuación es una revisión bibliográfica. Gómez-Luna, Fernando-Navas, Aponte-Mayor, & Betancourt-Buitrago (2014) definen revisión bibliográfica como:

Descripción detallada de cierto tema o tecnología, pero no incluye la identificación de tendencias que puedan plantear diferentes escenarios sobre el desarrollo de la tecnología en cuestión y que permitan tomar decisiones estratégicas. (p.158)

La presente revisión bibliográfica acerca de “Las necesidades especiales en un contexto de TDAH”, tiene como objetivo principal conocer las implicaciones sociales y familiares de la enfermedad para así poder mejorar las intervenciones existentes.

Las fuentes de información usadas han sido de tipo secundario. Se han usado en gran proporción artículos de revista, libros y tesis, a las que se ha accedido a través de motores de búsqueda como Dialnet, GoogleScholar o Medline. El criterio de búsqueda empleado ha sido principalmente el relacionado con el TDAH, sus necesidades y sus problemas.

Ha sido necesario leer mucha documentación y libros al respecto de materias distintas a la social, debido a la temática del proyecto, ya que consideramos que para interpretar lo social hay que conocer lo biológico, lo médico y lo psíquico.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 HISTORIA DEL TDAH

Según Compains, el pediatra británico George Still realizó en 1902 una investigación en la que describió a 43 niños los cuales presentaban características personales de agresividad, eran niños infatigables y exageradamente emocionales. También se caracterizaban por tener dificultades para mantener la atención.

Still lo definió como un importante “déficit en el control moral de su conducta”, que en la mayoría de los casos era crónico. En los años 50, se observó algunos síntomas de afectación neurológica como torpeza motora, y esto llevó a pensar en la existencia de una posible lesión cerebral mínima que no podía objetivarse, y denominándose a partir de este momento como “daño cerebral mínimo”.

Fue en la década de los 60 cuando empezó a tener mayor importancia el concepto de “Síndrome del niño hipercinético”, haciendo referencia a la excesiva actividad motora del trastorno. No es hasta la década de los 70, cuando el déficit de atención comienza a destacar, reconociéndose a finales de estos el Trastorno del déficit de atención con o sin hiperactividad. (B. Compains, M.J. Álvarez, & J. Royo, 2002)

La definición de trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad, propuesta por la Asociación Americana de Psiquiatría en su “*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*” lo describe como un trastorno en el que predominaban las alteraciones en la atención, impulsividad e inquietud psicomotriz, formando estos un cuadro de síntomas de distraibilidad e impulsividad, que tiene consecuencias en la vida (familiar, escolar y social) (López & Romero, 2013)

El TDAH se caracteriza por un patrón de inatención y/o hiperactividad/impulsividad que interfiere en el desarrollo normal.

La inatención consiste en la incapacidad de mantener la atención en tareas que requieren esfuerzo atencional.

La hiperactividad es la incapacidad de estar quieto en situaciones que requieren estarlo y la impulsividad es la incapacidad para inhibir respuestas no deseables o dar respuestas poco meditadas. (Seco, 2016)

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es un trastorno neurobiológico de carácter crónico, cuyos síntomas evolucionan y de probable transmisión genética, afectando entre un 5 y un 10% de la población infantil y en el 60% de los casos puede seguir manifestándose en la vida adulta.

Como se ha definido anteriormente, el trastorno está determinado por el déficit de atención voluntaria en las actividades, académicas y cotidianas, así como impulsividad. (Association, 2002)

En el área de psiquiatría infanto juvenil el TDAH es uno de los trastornos más importantes. Aparece por la carencia de neurodopamina y noradrenalina.

Los neurotransmisores son unas sustancias químicas cuyo objetivo es producir una correcta comunicación entre las neuronas. Si hay un déficit de dichas sustancias, se genera problemas en los reguladores de varias zonas del cerebro: el córtex prefrontal, el cuerpo calloso y los ganglios basales. (FEAADAH, 2002)

Este déficit de neurodopamina y noradrenalina, además hiperactividad e inatención puede asociarse a otras características claves de estos sujetos (Susan, Michael, & Maarten, 2013):

- Desequilibrio emocional: la labilidad emocional (respuestas emocionales desproporcionadas) se ha detectado con mayor frecuencia en personas con TDAH que en personas que no lo padecen.
- Insuficiencia cognitiva: algunos procesos cognitivos pueden verse afectados por el padecimiento de esta enfermedad

Vicario y Esperón (2008) en su artículo para la *Sociedad Española de Pediatría Extra hospitalaria y Atención Primaria* afirman que el DSM-IV describe 3 subtipos en función de la sintomatología:

- **Subtipo con predominio inatento** (cuando sólo hay inatención). Entre el 20-30% de los casos.
- **Subtipo con predominio hiperactivo-impulsivo** (cuando sólo hay hiperactividad e impulsividad) del 10-15%.
- **Subtipo combinado** (cuando están presentes los 3 tipos de síntomas). Del 50-75% de los casos.

El origen de esta insuficiencia es desconocido, por lo que los expertos sugieren que son muchas las causas que se dan a la vez en el niño/a que lo desarrolla. Se puede distinguir entre factores biológicos y psicosociales. Entre los factores psicosociales podemos observar que hay un mayor número de casos en los entornos urbanos más desfavorecidos.

La Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Deficit de Atención e Hiperactividad (2002) afirmo sobre estos factores:

Los factores que puede haber son varios: ambientes de pobreza, malnutrición y exclusión social, problemas familiares y violencia en el hogar contribuyen a su desarrollo y perpetuación. Del mismo modo, un medio escolar desorganizado o muy desestructurado provoca un deterioro de la conducta del niño y un mayor fracaso escolar..

B. Compains, M.J. Álvarez, & J. Royo (2002) hablaron sobre la etiología del TDAH en su investigación sobre el TDAH y afirmaron que:

Las hipótesis sobre la etiología del TDAH abarcan diversas áreas: genética conductual y molecular, factores biológicos adquiridos, la neuroanatomía, bioquímica cerebral, neurofisiología, neuropsicología y el entorno psicosocial. (p.95)

La genética conductual se ha podido comprobar a través de estudios familiares y estudios en adopciones. En los estudios familiares, se ha observado un mayor número de casos con niños con este trastorno y otros trastornos psiquiátricos como ansiedad, depresión y trastorno antisocial, al contrario que en los estudios con adopciones, es decir, los niños con padres que padecen TDAH tienen más posibilidad de padecer el trastorno ellos también.

El 70% de los casos diagnosticados de TDAH son a causa de factores genéticos, debido a la mutación de varios genes. Estos genes serían los encargados de dictar al cerebro la manera de emplear neurotransmisores, así se sugiere un mal desarrollo de los circuitos cerebrales en que se apoya la inhibición y el autocontrol.

Este trastorno puede adquirirse y sus síntomas pueden aumentar o decrecer por factores biológicos durante el periodo prenatal, perinatal y postnatal, por ejemplo con la exposición intrauterina al alcohol, nicotina y fármacos. (Vicario & Esperón, 2008)

Actualmente, los factores psicosociales no se consideran con gran relevancia en la etiología de este trastorno, pero el estudio de las disfunciones familiares presentes en niños/as con esta patología revela su relevante papel en la evolución de los síntomas y la aparición de la trastornos asociados a esta patología como trastornos de conducta o

trastorno oposicional/negativista desafiante y, por consiguiente, en el aumento de las intervenciones terapéuticas psicosociales con padres y niños/as.

El grado y la aparición de los síntomas puede verse afectado por la interacción gen-ambiente, ya que los factores ambientales impactan de manera distinta en los individuos con un gen en particular. Estos factores son : inestabilidad familiar, problemas con amigos, trastornos psiquiátricos en los padres, paternidad y crianza inadecuada, relaciones negativas padres-hijos, niños que viven en instituciones con ruptura de vínculos, adopciones. (Vicario & Esperón, 2008).

El TDAH es un trastorno que tiene diferentes niveles de severidad, y también se sabe que muchos de los síntomas se pueden controlar con medicamentos. Usando medicamentos estos síntomas disminuyen entre un 40% y el 60% en las personas que padecen el trastorno desde la infancia, aunque sigue habiendo un número alto de personas que mantienen los síntomas hasta la vida adulta, por lo que la medicina no cura la enfermedad, solo la controla. (De la Peña Olvera, 2000)

4.2 CÓMO SE DETECTA

El TDAH solo se parece a sí mismo, no es posible confundirlo con otro síndrome. B.Compains, M.J. Álvarez, & J. Royo (2002) resaltan que:

Evidentemente, no todo niño con problemas de atención o malos resultados escolares tiene TDAH. Esto es importante cuando el pediatra de Atención Primaria reciba a niños referidos directamente de los colegios donde se ha detectado otro caso. Ante un niño con posible TDAH debe considerarse un diagnóstico diferencial evolutivo, médico, neurológico, psiquiátrico y social. (p.8)

El diagnóstico se basa sobre todo en la observación, y en él intervienen los padres, los profesores y los pediatras, ya que los síntomas de TDAH deben estar presentes en dos ambientes distintos.

Es importante decir que los niños/as que presentan síntomas pero estos no tienen una repercusión notable académica o social no pueden ser diagnosticados de TDAH.

El diagnóstico es costoso, y precisa de un mínimo de visitas (dos o tres) para poder completarlo.

Los síntomas se transforman en grado e intensidad en función de la edad del paciente en el diagnóstico. Vicario y Esperón (2008) nos muestran esta evolución en la niñez:

Niños/as pequeños/as (1-3 años): en ello/as se observan cambios en el comportamiento, impulsividad y una limitada adaptación social. Son niños/as desobedientes, sin respeto por las normas y que a menudo sufren alteraciones del sueño o del lenguaje. Muy difícil el diagnóstico a esta edad.
Preescolares (3-6años): inquietud motriz, menor duración e intensidad del juego, déficit del desarrollo, mala coordinación motora, conducta negativista desafiante. El diagnóstico puede ser difícil aun porque la hiperactividad y la impulsividad pueden ser propias de la edad, hay que ver si tiene efectos en la socialización, el aprendizaje y la relación padres-hijos
Escolares (6-12 años): a esta edad es cuando se produce un mayor número de consultas a los profesionales sanitarios. Son niños/as que pierden la atención con facilidad, inquietos y con trastornos específicos de aprendizaje (lectura, escritura), repetición de cursos, rechazo por los compañeros, relaciones familiares alteradas, baja autoestima y comportamiento agresivo
Adolescentes (13-20 años): El 70% de los niños/as evolucionan con síntomas clínicos hasta la adolescencia, cuando entran en esta etapa, la hiperactividad física disminuye, convirtiéndose en hiperactividad mental. Siguen padeciendo déficit de atención y dificultad para planear y organizarse lo que conlleva bajo rendimiento escolar y rechazo de los iguales por lo que disminuye la autoestima y se busca el afecto de forma indiscriminada en la implicación de conductas de riesgo (conductas agresivas, antisocial, consumo de alcohol y drogas, problemas emocionales como depresión y ansiedad, así como embarazos adolescentes)

Según B. Compains, M.J. Álvarez, & J. Royo (2002)

El pediatra tiene la oportunidad de contactar con el niño, la familia, la escuela y el resto de la comunidad. Habitualmente es el primero en observar algún signo de alarma durante las revisiones en los primeros años de vida o es alertado por los padres o educadores.

(p.84)

En la consulta del pediatra el TDAH es fácil de detectar en los casos en los que sufre hiperactividad, se puede detectar en unos minutos solamente dejando al/la niño/a moverse libremente en la consulta, o previo aviso de la enfermera de la entrada de un niño con estas características.

En los casos en los que hay un mayor déficit de atención, el trastorno podrá ser diagnosticado con la ayuda de la historia clínica y con la destreza del medico

Según Vicario y Esperón (2008) hay una serie de criterios diagnósticos complementarios a otros síntomas, que hacen hablar de trastorno y no solo de síntomas transitorios o características personales.

- Edad de inicio. Antes de los 6 o 7 años, algunos síntomas han estado presentes en la vida del niño.
- Duración. La sintomatología debe haberse mantenido al menos en los 6 meses antes del diagnostico
- Ubicuidad. Algún grado de disfunción debida a los síntomas debe haber estado presente en 2 situaciones o más (escuela, trabajo, casa).
- Disfunción. Los indicios del trastorno deben tener una repercusión representativa tanto social, como académica o laboralmente.
- Discrepancia. Los síntomas son abundantes en comparación con otros niños/as de la misma edad, desarrollo y nivel de inteligencia.
- Exclusión. Los síntomas no se entienden mejor por la presencia de otro trastorno mental como ansiedad, depresión o esquizofrenia, entre otros.

Para el diagnostico, el pediatra debe seguir minuciosamente los siguientes pasos que exponen B. Compains, M.J. Álvarez, & J. Royo (2002):

- Anamnesis detallada: datos del embarazo, parto, desarrollo psicomotor, enfermedades previas del niño, antecedentes familiares de interés en especial enfermedades neurológicas o psiquiátricas así como existencia de TDAH en algún miembro de la familia.

En una entrevista clínica estructurada, los síntomas predominantes pueden no estar presentes por ello el pediatra debe realizar preguntas a los padres del niño como: ¿Cómo le va al niño en el colegio?; ¿Hay algún problema de comportamiento en el colegio, en casa o cuando el niño juega con sus amigos?; ¿Está feliz el niño en el colegio?

- Exploración física completa: incluyendo una exploración rigurosa neurológica, así como la visión y la audición del niño
- Obtener información por parte del centro escolar (tutor o en su defecto orientador).
- Finalmente, se contrasta toda la información con los criterios DSM-IV

Por último es importante señalar lo que resaltan Vicario y Esperón en (2008):

Debe evaluarse al niño en su conjunto, incluyendo factores médicos, psicológicos, psiquiátricos, familiares, ambientales, escolares, y sociales, así como conocer bien el desarrollo evolutivo del niño desde la concepción hasta la actualidad (factores pre y perinatales, etc.). Es importante obtener información de varias fuentes, de los padres, del niño, de nuestra exploración del niño, de los profesores, de otros profesionales que hayan evaluado anteriormente al niño. (p.8)

Las dos principales clasificaciones diagnósticas son la CIE-10 (Organización mundial de la salud, 2007) y el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Si comparamos ambas clasificaciones, la CIE-10 es más restrictiva con el diagnóstico ya que requiere síntomas en todas las áreas de la vida, por lo que no permite subtipos. También exige más en la alteración de los síntomas en los distintos ambientes, por lo que desaconseja su diagnóstico si hay otros trastornos en la persona, como el trastorno de ansiedad o de humor, haciendo una excepción con el trastorno de conducta para la que el CIE-10 crea la categoría de trastorno hiperactivo disocial. Además esta clasificación diagnóstica requiere que antes de los 7 años aparezcan los síntomas.

El DSM-IV permite la clasificación en subtipos y amplía la edad hasta los 12 años. (Seco, 2016).

Sin embargo el DSM-IV existe la opción, no incluida en la CIE-10, de que un niño con el tipo inatento pueda no tener hiperactividad, con lo que bajo el umbral del CIE-10, hay más posibilidades de que un niño con déficit de atención pero sin hiperactividad quede en un falso negativo, es decir, sin un diagnóstico y sin el trastorno detectado.

Los criterios establecidos por Europa (CIE-10) son más severos, por lo que la cifra de personas con TDAH son mucho más bajas en Europa que en cualquier otra parte del mundo.

Para hacer una evaluación correcta de TDAH según criterios DSM-IV se deben que cumplir 5 criterios diagnósticos (Vicario & Esperón, 2008):

1. Presentar 6 síntomas de inatención o de hiperactividad/impulsividad.
2. Presencia de los síntomas y su deterioro antes de los 7 años.
3. Deterioro funcional en al menos dos ambientes.
4. Demostración de deterioro social, académico u ocupacional.
5. Diagnóstico diferencial con otros problemas médicos y psiquiátricos.

Criterios diagnósticos DSM-IV del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad/ impulsividad que interfiere en el funcionamiento o en el desarrollo caracterizado por (1) y/o (2)

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

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

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión)
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y

pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo, tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad e Impulsividad

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

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

- a. Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.).
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Con frecuencia está “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor” (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo

prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos). f. Con frecuencia habla excesivamente. g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación). h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola). i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen los otros).
B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, en el colegio o el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades).
D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.
E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Tabla 1: Criterios diagnósticos DSM-IV del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos en el Manual, Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2002)

Criterios diagnósticos del trastorno hiperactivo (CIE-10)

Déficit de atención

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
 2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
 3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
 4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.
 5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
 6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas como los deberes escolares, que requieren un esfuerzo mental sostenido.
 7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, como material escolar, libros, etc.
 8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
 9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.
-

Hiperactividad

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en su asiento.
 2. Abandona el asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
 3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.
 4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
 5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.
-

Impulsividad

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
 2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.
 3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.
 4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.
- 6 de los síntomas descritos en el apartado Déficit de Atención

3 de los síntomas descritos en el apartado Hiperactividad

1 de los síntomas descritos en el apartado Impulsividad

Estos síntomas deben además estar presentes antes de los 7 años y darse en dos o más aspectos de la vida del niño (escolar, familiar, social), y afectar negativamente a su calidad de vida. Tampoco se considerará el diagnóstico de Trastorno Hiperactivo si cumple los criterios de: trastorno generalizado del desarrollo, episodio depresivo o trastorno de ansiedad

Tabla2: Criterios diagnósticos del trastorno hiperactivo (CIE-10). Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos en el Manual, Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2002)

4.3 COMORBILIDAD QUE PUEDE LLEVAR ASOCIADO

De la Peña Olvera señalaban la importancia de estudiar la comorbilidad del TDAH, es decir, que hay más de un trastorno en el diagnóstico de TDAH, esto posibilita la mejor comprensión de las características clínicas de la persona, como va a evolucionar y que opciones de tratamiento hay. (De la Peña Olvera, 2000)

Según la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (2002):

Los niños con TDAH suelen tener problemas para relacionarse con sus compañeros, tienden a tener pocos amigos y las relaciones son menos estrechas. También se puede producir una bajada del rendimiento académico que desemboca en fracaso escolar.

Las disputas con los progenitores por los malos resultados académicos o por mal comportamiento, puede hacer tener síntomas depresivos y conductas negativas

Pueden comenzar como con comportamientos negativistas, desobediencias, desafíos a la autoridad y poco a poco con conductas de problemas mayores incluso al abuso de alcohol y drogas.

Según la FEAADAH (2002) “Estos conflictos pueden aparecer por no haber tratado el TDAH a tiempo, pero puede surgir por otros motivos y a menudo son confundidos con el TDAH. Es por esto, que es fundamental realizar un buen diagnóstico para diferenciar entre

los trastornos que se parecen al TDAH y que no lo son pero que pueden aparecer como consecuencia del mismo.

Los más característicos son:

- **Trastorno oposicional/negativista desafiante**

Esto agrava el problema del TDAH, como afirma la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad el/la niño/a que padece este trastorno complementario al TDAH, contradice las normas que se establecen, es hostil además de desafiar y provocar a sus progenitores continuamente. Actúa del modo contrario al que se le ordena y desobedece las normas. (FEAADAH, 2002).

El/la niño/a aumenta su sensibilidad a los comentarios de otros cuando estas actitudes ocurren durante 6 meses aproximadamente, y ocasionan riñas con los padres profesores y amigos, además el niño miente y culpa a los demás de sus errores.

Se da en mayores casos en niños que en niñas y normalmente suelen desarrollar trastornos de conducta.

- **Trastorno de conducta**

La FEAADAH afirma que estos trastornos habitualmente se originan en la edad adolescente, debido a que al producirse problemas escolares y familiares, los adolescentes terminan por desafiar todas las reglas, negarse a todo y comienza las conductas controvertidas como faltar a clase o escaparse de casa. (FEAADAH, 2002).

- **Trastorno del humor**

Estos trastornos pueden evidenciarse en cualquier edad, niños, adolescentes y adultos, y radica en perturbaciones emocionales que incitan a tener un estado de ánimo bajo, triste, deprimido o eufórico. En algunas ocasiones, genera alteraciones físicas de la energía, sueño y apetito. Las enfermedades más reconocidas dentro de este trastorno son:

- Depresión
- Distimia
- Enfermedad bipolar o maniaco depresiva

Los niños con TDAH tienen 5 veces más de riesgo de sufrir estos trastornos; de hecho entre un 20 y 30 % de los niños con TDAH padecen un trastorno afectivo (FEAADAH, 2002).

- **Trastorno del sueño**

Los/as niños/as con TDAH habitualmente tienen dificultades para conciliar y mantener el sueño. Pueden presentar también somniloquio, pesadillas, sonambulismo, entre otros

- **Trastorno del aprendizaje**

El 20% de los niños con TDAH tienen dificultades de aprendizaje debido a la hiperactividad, impulsividad y déficit de atención,. Los más habituales aparecen en la lectura, escritura y el cálculo.

- **Ansiedad por la separación**

La Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (2002) hablaba de este trastorno como un trastorno que:

Provoca un sufrimiento excesivo en el niño cuando se separa de sus padres. La ansiedad por separación suele ser la causa frecuente de rechazo y fracaso escolar. Ese miedo a estar lejos de casa hace que en el colegio este distraído, pensando en cuando lo vendrán a buscar.

- **Otros trastornos**

La FEAADAH (2002) incluye en otros trastornos, aquellos que se dan en baja proporción en estos niños “Como el síndrome de Tourette emisión repetida de tics motores y verbales), el trastorno obsesivo compulsivo, desordenes en la comunicación⁶ y trastornos en la coordinación”.

Un aspecto a destacar es que el/la niño/a con TDAH, a causa de su impulsividad y a la mala coordinación motora, tienen cuatro veces más de probabilidad que el niño/a sin trastorno de padecer accidentes y lesiones graves. (FEAADAH, 2002)

Hay que reflejar lo que confirman San Sebastián y Quintero Gutiérrez en sus estudios, en los que comprobaron que hay patologías de diferente naturaleza al TDAH, pero en las que este se presenta con mucha frecuencia en estos pacientes. Se refleja en pacientes que padecen neurofibromatosis tipo 1 o X-frágil, etc. (San Sebastián Cabases & Quintero Gutiérrez del Álamo, 2005)

4.4 PROBLEMAS DERIVADOS DEL TDAH

El TDAH produce efectos importantes en los niños/as, puede tener unas consecuencias negativas en el aprendizaje porque hace más difícil recibir información y conceptos básicos.

En su libro “*Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*” (Sarason & Sarason, 2006) nos hablan de dos campos en los que un niño/a puede encontrar dificultades:

Dificultades académicas: en el ámbito educativo, el trastorno está asociado a la distracción y a la poca organización, que pueden dar lugar a una falta de práctica en las capacidades básicas como el cálculo o la lectura. A consecuencia del escaso desarrollo, el rendimiento escolar torna a ser un problema, ya que se convierte en un camino decreciente de logros que hacen que el niño tenga una visión negativa de él mismo

Dificultades sociales: las relaciones con los iguales en un escenario social es uno de los aspectos más importantes del desarrollo de la vida del niño. Los niños con este trastorno pueden experimentar dificultades sociales porque no son bien aceptados, estas interacciones se observan en los escenarios familiares y escolares.

Si hablamos de dificultades, los padres de estos niños pueden experimentar dificultades matrimoniales, altos niveles de estrés e interacciones padre-hijo conflictivas. Aunque la mayor parte del estrés surge de las interacciones entre padres e hijo o del miedo a la estigmatización al niño, otra fuente de estrés son las personas externas a la familia nuclear, que pueden ver de manera negativa a los padres en diversas situaciones expresándoles su desaprobación por sus habilidades como padres o por la conducta del niño.

4.4. TRATAMIENTO

El tratamiento que muestra mayor efectividad y que está avalado por la comunidad científica es el multidisciplinar, (San Sebastián Cabases & Quintero Gutiérrez del Álamo, 2005) afirman que este tratamiento consta de:

- Intervención educativa en el hogar y la escuela, trabajando tanto con padres como docentes en información en TDAH, así como en habilidades en la comunicación y de guía de la conducta del menor, que mejore y aumente la calidad en las relaciones que hace que el niño tenga un mayor autocontrol
- Tratamiento farmacológico, vigilado por el pediatra o médico especialista, con la finalidad de reducir los síntomas básicos, aumentando la socialización y la adaptación escolar del niño/a, con lo que mejorara su rendimiento académico y su desarrollo cognitivo

(San Sebastián Cabases & Quintero Gutiérrez del Álamo, 2005)

- La intervención psicológica según San Sebastián y Quintero Gutiérrez del Álamo (2005) :

Debe ir dirigida a que el/la niño/a consiga una progresiva autonomía física (orden, hábitos, colaboración...), cognitiva (autoevaluación, autocorrección, capacidad para seleccionar información, etc.), emocional (autoestima sana, relaciones satisfactorias, independencia) y una regulación de su comportamiento (autocontrol, adaptación a normas...). (p.505)

Debe haber un buen trabajo basado en la colaboración entre pediatra y el profesorado, o lo que es lo mismo entre la escuela y el centro de salud, basando la intervención en un tratamiento multimodal.

4.3.1 Tratamiento farmacológico

Numerosos estudios constatan la efectividad de los estimulantes en el tratamiento de niños con TDAH, y señalan la utilidad de la intervención psicopedagógica con los fármacos

Como afirman los expertos, el uso de fármacos ha de ser una parte del primer tratamiento en la mayoría de niños y adolescentes, siempre y cuando el médico especialista se haya asegurado de que el diagnóstico es acertado. (San Sebastián Cabases & Quintero Gutiérrez del Álamo, 2005).

Los estimulantes como medicación, son la opción más elegida en la mayoría de los casos debido a su efectividad demostrada en investigaciones clínicas, su acción rápida y al uso de muchas personas con este trastorno a los que no les ha provocado efectos secundarios, y si los presentan son muy leves y fácilmente transformables.

Aunque los fármacos solo funcionan mientras se esté tomando, algunos padres optan por un periodo sin medicación en el/la niño/a para reducir esos efectos mínimos secundarios como la pérdida de apetito, y también para evaluar si es necesaria el fármaco o no. (Vicario & Esperón, 2008)

El tratamiento de elección es el metilfenidato por su eficacia, seguridad y coste-efectividad. El metilfenidato es el único estimulante indicado para el tratamiento del TDAH disponible en España. En su estudio, Vicario y Esperón (2008) constataron que:

Los estimulantes causan, con frecuencia, reducción del apetito y pérdida de peso. Los estudios indican que los niños siguen creciendo durante el tratamiento. Sin embargo, puede que el crecimiento en talla sea menor del esperado. Este problema parece transitorio, y posiblemente también relacionado con el retraso madurativo general de los niños con TDAH. (p.10)

El tratamiento farmacológico diferente al metilfenidato es atomoxetina, y es el único indicado como de primera elección, junto con los estimulantes. Su eficacia y seguridad se ha demostrado en al menos 12 estudios doble-ciego controlados con placebo, en niños (6-11 años) y adolescentes (12-18 años) y en estudios en adultos, con seguridad también demostrada. Al igual que otros fármacos, se vincula a la pérdida de peso, pero este altera menos el sueño y no afecta a los tics del niño/a. (López Sánchez, 2015)

4.3.2 Tratamiento no farmacológico

La polémica que genera el hecho de que la medicación pueda tener efectos secundarios, hace que los padres se muestren recelosos al tratamiento farmacológico de un trastorno que ya está causando suficientes problemas en diferentes ámbitos de la vida de los niños y niñas (académico, social, familiar...). Así que como proponen San Sebastián Cabases & Quintero Gutiérrez del Álamo (2005), es muy importante romper mitos en torno a la prescripción durante años de psicofármacos a los niños, explicando bien la razón de la medida y recurriendo a ejemplos si fuera necesario (como por ejemplo, comparar la diabetes con el TDAH, el diabético tiene la necesidad de insulina y su vida es más fácil, se puede usar para ver la necesidad de mediación en el TDAH), porque bien es cierto que los mejores resultados se obtienen del tratamiento farmacológico con intervenciones conductuales y psicoeducativas. (Carriedo, 2014)

- **Intervención familiar**

El tratamiento psicológico debe ser a ambos niveles, para padres e hijos. Estos/as niños/as no se adaptan a las reglas normalizadas de disciplina, es por ello que sus comportamientos originan conflictos, desaprobación, rechazo, problemas emocionales y sentimientos de culpa que es necesario controlar. Por otra parte, las dificultades de relación, una vez establecidas, tienden a auto mantenerse. De ahí la necesidad del trabajo con la familia, en cuyo medio debe controlarse gran parte del comportamiento disfuncional. La intervención con los padres o la proporción de información influyen en la disminución de la ansiedad de estos ante los comportamientos de sus hijos/as. (San Sebastián Cabases & Quintero Gutiérrez del Álamo, 2005).

Por todo esto Vicario y Esperón (2008) afirman que:

Los padres deben recibir Psicoeducación y entrenamiento en el manejo conductual del niño. Deben conocer el TDAH, sin mitos para poder enfrentarse, sin miedo, al problema que está afectando a su hijo. Además de buscar un médico que evalúe y trate al niño, los padres pueden:

- Definir reglas de consecuencias y premios para ciertos comportamientos
- Ayudar al niño a terminar una tarea dividiéndolo en pasos menores
- Aumentar el orden en casa
- Establecer rutinas estables y predecibles para estructurar el tiempo
- Eliminar ruidos y distracciones
- Modificar la conducta del niño
- Motivarles
- Aumentar la disciplina del niño

(Vicario & Esperón, 2008)

Debe insistirse, como se ha hecho hasta la reiteración, en que una adecuada psicoeducación y un buen apoyo familiar son las claves de un buen planteamiento terapéutico, y sólo cuando las familias comprenden bien el trasfondo del problema pueden manejar las situaciones disruptivas, erigirse en agentes terapéuticos conductuales y colaborar bien en el cumplimiento del tratamiento farmacológico. (San Sebastián Cabases & Quintero Gutiérrez del Álamo, 2005)

Existen diversos programas de entrenamiento de control conductual, pero lo básico y primordial es que los padres tengan las herramientas necesarias para enfrentarse a diversas situaciones. Deben ayudar al niño y hacerle partícipe de la mejora de su situación. Todo lo que implique ordene, estructura y previsión, favorece al desarrollo del niño por lo que actividades rutinarias facilitan su día a día, así como todo lo que implique dividir una tarea larga en pequeños pasos (B.Compains, M.J.Álvarez, & J.Royo, 2002).

Según San Sebastián Cabases & Quintero Gutiérrez del Álamo (2005), las intervenciones con las familias serían:

- Información-comprensión del trastorno (psicoeducación)
- Apoyo a la familia
- Entrenamiento en estrategias cognitivo-conductuales de manejo del comportamiento:
- Entrenamiento en estrategias de comunicación, interacción y autocontrol
- Autoprotección

(San Sebastián Cabases & Quintero Gutiérrez del Álamo, 2005)

- **Intervención educativa**

El tutor puede considerarse una de las figuras centrales en la evolución psicológica y emocional del niño, y la más importante en su evolución académica; de ahí la importancia y la necesidad del trabajo con los tutores y profesores.

Así como en casa, es importante tener un plan de apoyo académico en el colegio, en muchas ocasiones es necesario un profesor particular en casa que actúe como entrenador personal del niño pero a nivel escolar el profesor será conocedor de lo que implica tener TDAH y que no se trata de un niño que quiera desobedecer o molestar en clase. Es necesario no subir ni bajar el nivel, sino adaptarlo a las virtudes y dificultades del niño. El profesor puede hacer mucho para ayudar al niño a concentrarse, a reducir su ansiedad y rendir al máximo de sus posibilidades (B.Compains, M.J.Álvarez, & J.Royo, 2002):

- Mantener una rutina para que no se distraiga
- Supervisarle y marcarle el tiempo para hacer las cosas
- Darle tiempo extra, es decir, adaptar la tarea a la velocidad del niño
- Ayudarle individualmente, enseñarle a pedir ayuda pronto para no perder un tiempo excesivo
- Dejarle salir del aula si se siente inquieto o para que descanse
- Darle la enhorabuena cuando haga las cosas bien o haga un esfuerzo para conseguirlo

Las intervenciones educativas, a llevar a cabo por profesionales del equipo, serían las siguientes:

- Información-comprensión del trastorno (psicoeducación)
- Entrenamiento en estrategias cognitivo-conductuales de manejo en el aula de la conducta de niños con TDAH
 - Refuerzo positivo
 - Economía de fichas
 - Coste de respuesta
 - Tiempo fuera
 - Registros
 - Contratos
- Estrategias para establecer adaptaciones psicopedagógicas para la enseñanza de niños con TDAH.

- **Intervención psicopedagógica**

Es conocida la dificultad que supone para el paciente con TDAH la planificación y ejecución de tareas, la organización y planificación de su trabajo escolar, el mantenimiento de la atención y otras aptitudes necesarias para un adecuado rendimiento escolar.¹¹ Por ello, por parte de profesores y educadores es conveniente la toma en consideración de dichas dificultades de cara a establecer condiciones especiales en las que los pacientes puedan desarrollar mejor su capacidad con diversas acciones como:

- Potenciar adaptaciones curriculares
- Introducción y mejora de hábitos de estudio
- Técnicas de mejora de la atención-concentración
- Técnicas de planificación ante el estudio
- Tratamiento de posibles trastornos del aprendizaje: Frecuentes en niños con TDAH las dificultades específicas en habilidades escolares, deben siempre explorarse propiciando su rehabilitación y reeducación enseñándoles a organizarse y promoviendo (...) un estilo menos impulsivo e ineficaz de resolución de problemas. Estas técnicas son más eficaces en pequeños grupos de niños (...)

(San Sebastián Cabases & Quintero Gutiérrez del Álamo, 2005)

- **Intervención psicoeducativa**

La terapia depende de la reacción del ambiente del niño al trastorno de este, que va desde el castigo y la coacción hasta la complacencia o la provocación. Varía también por la presencia o no de trastornos emocionales y de la conflictividad del niño/a.

Por tanto la acción terapéutica, se puede orientar hacia la modificación de comportamiento añadiéndole una práctica de un deporte o actividad propiciando la “descarga motriz” del niño. (San Sebastián Cabases & Quintero Gutiérrez del Álamo, 2005)

Una terapia que se está usando cada vez más en niños/as con este trastorno es la de la educación física, estudios demuestran que el deporte y el ejercicio físico parece cambiar la estructura y la función del cerebro de manera favorable para los/las niños/as con este trastorno. (Verret, Guay, Berthiaume, Gardiner, & Beliveau, 2012)

Como ya sabemos, el ejercicio físico es esencial para el estilo de vida saludable, además mejora algunos procesos cognitivos y aumenta la salud mental, a causa de esto, se comenzó a investigar si estos efectos del ejercicio físico, podían darse en los pacientes con TDAH y con trastornos del neurodesarrollo

La educación física educa a través del deporte, con lo que puede colaborar en el enfoque psicoeducativo en un contexto ameno y agradable. Se ha encontrado que las técnicas de entrenamiento respiratorio, postural de relajación y de concentración tienen efectos positivos en los síntomas básicos del TDAH. También las artes marciales crea ambientes de respeto y autocontrol, por lo que también beneficia al TDAH.

Para concluir, se puede concretar en que el ejercicio físico no solo produce los propios bienes del deporte, sino que facilita a los/las niños/a con TDAH un entorno educativo y social. (Carriedo, 2014)

- **Intervención social**

Ya se ha mencionado que el tiempo de ocio en grupo, con juegos que favorezcan el desarrollo de la expresión corporal y que tengan una descarga de actividad importante, sumado a un ambiente que ayude a su integración social y a la exteriorización de sus habilidades, son en general positivas para los niños con TDAH.

En esta línea, es positiva la programación, por parte de familias y colegios, y también de las administraciones, de actividades para escolares, de fin de semana y de vacaciones que hagan sentirse al paciente más “en su terreno” y promuevan su autoestima. Es positiva, por último, la integración de las familias de afectados en asociaciones de autoayuda para organizar eventos, foros de intercambio de información y actividades lúdicas y recreativas. (Carriedo, 2014)

4.7 TRABAJO SOCIAL Y TDAH

Como hemos visto a lo largo de este proyecto, las personas con TDAH y sobre todo los niños, presentan dificultades grandes en varios campos de su vida. Dado nuestro trabajo y nuestros intereses, nos enfocaremos en este punto en como poder reducir los problemas o necesidades sociales que presenten.

Desde el trabajo social se puede llegar a un niño con TDAH desde diversos ámbitos. Puede acudir al trabajador social de atención primaria en salud, derivado por el pediatra del niño/a, pues es, como hemos visto, el primero en detectar el TDAH como tal. En estos casos, el trabajador social puede poner en contacto a la familia con asociaciones o con recursos que puedan ser útiles para las necesidades del niño/a, puede poner a las familias en antecedentes de cómo va a ser el comportamiento del niño en el colegio y en casa, o en las relaciones con sus iguales a lo largo de su vida, y de que pueden hacer para manejar diversas situaciones del menor. El/la trabajador/a social de atención primaria

puede hacer un seguimiento del caso con el fin de estar presente cuando las familias lo estimen oportuno.

Otro ámbito desde donde el trabajo social puede participar en la mejora de los problemas sociales de estos niños es a través de las asociaciones existentes para estos trastornos, como ejemplo pondremos la asociación local de Jaén que se encuentra en Linares, la asociación AJADAH. Estas asociaciones:

Tienen por objeto promover el conocimiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad favoreciendo su difusión, formando a profesionales, e informando a posibles afectados y sociedad general. Prestan apoyo directo al afectado y su entorno familiar y colabora con los profesionales para conseguir la reducción de los aspectos negativos del trastorno y lograr una mejor integración social, familiar y escolar del afectado

(APNADAH, 2014)

Igualmente, con el propósito de aumentar las relaciones sociales de estos/as niños/as y cambiar su estatus social, se han realizado programas de entrenamiento en habilidades sociales dedicados a entrenar la herramientas para la aceptación y el rechazo social (cooperación, comunicación, participación, etc.). Estos programas se realizan en tres periodos: instrucciones teóricas, prácticas con pares y retroalimentación. (APNADAH, 2014).

Estos programas suelen ser implementados por trabajadores sociales a través de grupos de apoyo y de autoayuda entre iguales, y de forma lúdica y didáctica con niños/as

Todo esto se hace, porque al igual que gran parte de los problemas característicos del TDAH, las dificultades sociales de estos niños aparecen pronto en el desarrollo y se mantienen hasta la edad adulta. Se crean con el fin de evitar el desarrollo y mantenimientos de estas dificultades a lo largo de la vida. Cuanto antes se intervenga y trabaje sobre estas necesidades con un niño/a, menos consecuencias tendrá este trastorno para él/ella.

Cabe decir que durante todo el proceso de intervención se trabaja con un equipo multidisciplinar (pediatra, psicólogos de atención infantil temprana, trabajadores sociales) y con los padres y madres, porque como hemos visto, ellos son parte clave de la intervención y del tratamiento.

5. BIBLIOGRAFÍA

- APNADAH. (2014). *Asociación de Padres para Niños y Adolescentes con Deficit de Atención e Hiperactividad*. Obtenido de <https://www.apnadah.org/web16/index.php?slpg=13>
- Association, A. P. (2002). *Manual, Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (1º ed.). Barcelona: MASSON.
- B.Compains, M.J.Álvarez, & J.Royo. (2002). *El niño con trastorno por déficit de atención-hiperactividad(TDAH).Abordaje terapéutico multidisciplinar*. Recuperado el Enero de 2019, de <https://docplayer.es/20438994-Resumen-summary-b-compains-1-m-j-alvarez-2-j-royo-3-anales-sis-san-navarra-2002-25-supl-2-93-108.html>
- Carriedo, A. (2014). Beneficios de la educación física en alumnos diagnosticados con TDAH. *Journal of Sport and Health Research*, 6, 47-60.
- De la Peña Olvera, F. (noviembre-diciembre de 2000). El trastorno por deficit de atención e hiperactividad(TDAH). Actualidades psiquiátricas. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 43(6), 243-244.
- Esperón, C. S. (2008). *Convivir con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)* (2º ed.). Buenos Aires: Panamericana.
- FEAADAH. (2002). Obtenido de Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Deficit de Atención e Hiperactividad: <http://www.feaadah.org/es/sobre-el-tdah/causas.htm>
- López Sánchez, G. F. (2015). TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD. *Revista digital de educación física*(32), 53-65.
- López, C., & Romero, A. (2013). *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y adolescencia*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.

- Pontifex. (2012). *US National Library of Medicine*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3556380/>
- San Sebastián Cabases, J., & Quintero Gutiérrez del Álamo, F. (2005). Tratamiento multimodal del trastorno por déficit de atención e hiperactividad . *Revista Española de pediatría*, 61(6), 79-88.
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada* (Undécima ed.). México: Pearson Educación.
- Seco, F. L. (2016). *Factores de riesgo psicosocial del TDAH*. Barcelona; España: Unidad de psiquiatría y psicología médica.
- Susan, Y., Michael, F., & Maarten, J. P. (Abril de 2013). *TDAH: hacer visible lo invisible*. Recuperado el Enero de 2019, de <https://www.sergas.es/Docs/EGSPC/folletos/WhitePaperTDAH.pdf>
- Verret, C., Guay, M., Berthiaume, C., Gardiner, P., & Beliveau, L. (2012). *US National Library of Medicine*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20837978>
- Vicario, M. I., & Esperón, C. S. (2008). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Madrid, España.