

PLAN DE FORMACIÓN VOLUNTARIADO



Huelva enero 2023

AS. AIRE LIBRE. FAMILIAS CON TDAH DE HUELVA

1 EL VOLUNTARIADO EN LA ORGANIZACIÓN

- 1.1 Antecedentes y repaso histórico
- 1.2 El voluntariado y la misión de la entidad
- 1.3 El voluntariado en el plan estratégico

2 ESQUEMA DE FORMACIÓN.

3 CONTENIDO FORMATIVO.

- 1. Breve introducción histórica del TDAH
- 2. Definición del TDA/H y nuevas perspectivas
 - 2.1. Características del TDAH
 - 2.2. Teoría del Doctor Barckley.
 - 2.3. Entendiendo el TDAH
- 3. Etiología del TDAH
- 4. Prevalencia. Incidencia del TDAH
- 5. Curso evolutivo
- 6. Trastornos asociados
 - 6.1. Trastorno Negativista Desafiante
 - 6.2. Trastorno de Conducta
 - 6.3. Trastorno del Humor
 - 6.4. Trastorno del Lenguaje y Trastorno perceptivo-motores
 - 6.5. Dificultades del aprendizaje
 - 6.6. Relaciones sociales conflictivas
- 7. Tratamiento Multidisciplinar
 - 7.1. Objetivos
 - 7.2. Tipología
- 8. Pronóstico

1. EL VOLUNTARIADO EN LA ORGANIZACIÓN

1.1 Entidad y repaso histórico

Entidad	
Nombre	Asociación de Familias con Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad, "AIRE LIBRE"
CIF	G21382270
Dirección	Hermanos Maristas Bloque H, Local. 21006 Huelva.
Teléfono	959234698 / 615767252
Correo electrónico	asairelibre@gmail.com
Fecha de constitución	07/09/2004
Nombre del Registro Administrativo	Delegación Provincial de justicia y Administración Pública en Huelva.
Otros datos de la entidad	<ul style="list-style-type: none"> • Declarada de Utilidad Pública por parte del Ministerio del Interior desde 2010. • Centro Sanitario de Atención Terapéutica (NICA 42153). • Pertenece a la Federación Española y Andaluza de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad

Representante legal	
Nombre y apellidos	Antonia M ^a Báez Cuaresma
NIF	29796218V
Cargo	Presidenta

La asociación se constituye el 7 de septiembre de 2004. Queda registrada en la **Delegación Provincial de Justicia y Administraciones Públicas de Huelva** el 29 de octubre de 2004 con el nº **2.759 /sección 1ª**. Inscrita en el censo de entidades jurídicas de la **Agencia Estatal de Administración Tributaria** con el **CIF G-21382270** en octubre de 2004. Registrada en la **Consejería para la Igualdad y Bienestar Social**, Delegación Provincial de Huelva con nº **5200** con fecha del 1 de enero de 2004. Registrada en la **Consejería de Salud**, Dirección General de Salud Pública y participación con el nº **867/05** del registro de asociaciones de Ayuda Mutua y Autoayuda de Salud el 23 de mayo de 2005. Inscrita en el Registro Municipal de Asociaciones del **Excmo. Ayuntamiento de Huelva** con el nº **361** el 24 de noviembre de 2015. Registrada en el **Censo de Entidades Colaboradoras de la Enseñanza** de la Consejería de Educación con el nº **3834** el 26 de julio de 2016.

Inicia su actividad asociativa en septiembre de 2004 organizando las 1as. Jornadas de Formación sobre TDAH en Huelva en diciembre de 2004, donde se da a conocer. En enero de 2005 comienzan el trabajo personalizado psicopedagógico con niños y niñas y sus familias, talleres y escuelas de padres. La primera actividad donde intervienen los voluntarios es en el taller de habilidades sociales que comienza en octubre de 2005 como actividad paralela a la escuela de madres y padres. Desde entonces hasta hoy hemos contado con un grupo estable de voluntarios que han desarrollado una labor imprescindible en el desarrollo de la asociación.

1.2 El voluntariado y la misión de la entidad

Fines y misión de la entidad

1. Información a la sociedad sobre el TDAH.
2. Acompañamiento psicopedagógico a niños con TDAH y a la familia.
3. Formación de Profesionales de distintos ámbitos en la problemática del TDAH.
4. Contribuir a la solidaridad y la integración en niñas/os con TDAH.
5. Promover la colaboración entre entidades con objetivos afines.

El voluntariado

Participa lógicamente en todos los fines de la entidad, sin embargo, cobran mayor relevancia en los fines tercero y cuarto. Su labor se centra en la formación como futuros profesionales que van a tratar con afectados de TDAH, y en el papel de integración social a través del conjunto de actividades donde participan.

1.3 El voluntariado en el plan estratégico

PLAN ESTRATÉGICO

ÁREA DE INFORMACIÓN

- 1. Bienvenida e información para nuevos padres.**
- 2. Orientación en el diagnóstico y la búsqueda de recursos.**
- 3. Web Aire Libre.**
- 4. Jornadas Europeas de Sensibilización.**
- 5. Médios de comunicación.**

El voluntariado participa en el programa de sensibilización social dentro de las jornadas europeas de Sensibilización, que de manera conjunta se realizan en cada una de las asociaciones de la Federación Nacional (FEAADAH). (4)

ÁREA DE INTERVENCIÓN

- 1. Valoración inicial y elaboración del Plan Individual.**
- 2. Intervención Psicopedagógica Individual.**
- 3. Intervención Familiar.**
- 4. Taller Habilidades Sociales.**
- 5. Apoyo y refuerzo escolar.**
- 6. Evaluación Interna de los Planes Individuales de Intervención.**
- 7. Campamento y actividades lúdicas.**

El voluntariado participa activamente en los talleres de habilidades sociales, en el apoyo y refuerzo escolar y en el campamento y actividades lúdicas. (4,5 y 7)

ÁREA DE FORMACIÓN

1. Escuelas de Padres.
2. Cursos Profesores.
3. Master Universidad.
4. Jornadas de Formación Provincial.
5. Formación del Voluntariado, dentro del Plan del Voluntariado.
6. Plan interno de formación.

El voluntariado participa, lógicamente, en la formación específica sobre TDAH y el modelo Integral de Intervención. Pero también colabora en las jornadas de Provinciales. (4 y 5)

ÁREA SOCIAL

1. Atención a familias desfavorecidas económica y socialmente, en coordinación con los servicios sociales tanto del Ayuntamiento de Huelva, como de la Junta de Andalucía.

ÁREA DE COORDINACIÓN Y REDES

1. Coordinación profesional Salud.
2. Coordinación profesional Educación.
3. Federación Española de Asociaciones de Ayuda al DAH.
4. Federación Andaluza de Asociaciones de Ayuda al DAH.
5. Plataforma de la discapacidad de Huelva.

No se incluyen en este resumen del plan estratégico, toda la actividad del Área de Gestión realizadas desde el Departamento de Administración.

2 ESQUEMA DE FORMACIÓN.

Se celebran en salón de actos Edificio Gota de Leche, Avda. Paseo de Independencia Huelva. Consistente en un de **20 horas lectivas presenciales repartidas en cinco sesiones de cuatro horas**, para la adquisición de las instrucciones del “protocolo asistencial y técnicas de actuación terapéuticas”, que les permitan la realización de su labor como tutores de los menores asistentes a las distintas actividades en las que participan dentro del Programa. Incluyen casos prácticos y trabajo práctico.

3 CONTENIDO FORMATIVO.

1. BREVE INTRODUCCIÓN HISTÓRICA DEL TDAH

Hace más de un siglo aproximadamente, podríamos decir que fue cuando por primera vez se describió este trastorno por Hoffman, un médico alemán que en 1854 descubrió por primera vez, un síndrome caracterizado por impulsividad, inquietud y bajo rendimiento. La primera descripción sistemática de las características básicas del trastorno fue llevada a cabo

por Still y Tredgold en 1902, llegando esta descripción a España a manos del doctor español Gonzalo Rodríguez-Lafora a principios del siglo XX, lo cual nos lleva a considerar el TDAH como un trastorno reciente en objeto de estudio.

Ha sido numerosa la terminología empleada para hacer referencia a las características que definen el TDAH, e incluso el foco de atención del mismo, desde considerarse hasta finales de 1960 como un daño cerebral, pasando a verse como un trastorno evolutivo benigno en 1968 (por el DSM-II “Reacción Hiperkinética de la infancia”) y ampliándose las características definitorias del síndrome de la hiperactividad o hiperkinesia para incluir otros aspectos importantes como la impulsividad, inatención, baja tolerancia a la frustración, agresividad y distractibilidad en 1970.

Hasta entonces el interés científico por este trastorno ha crecido mucho y en 1980 el TDAH se convierte en el trastorno psiquiátrico mejor estudiado en niños/as. Es a partir de este momento cuando pasa a denominarse en el DSM-III como se conoce actualmente: “Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad” (TDAH), poniendo más énfasis en la inatención y la impulsividad.

Es en este año por tanto, cuando se intentó definir mejor los subtipos del TDAH, basándose en la presencia o no de hiperactividad (TDA con/sin H = TDAH) y empieza a reconocerse su carácter crónico en algunos casos, su origen biológico o genético y su impacto negativo en el desarrollo académico y social del niño/a.

En 1990 los conocimientos sobre el TDAH fueron creciendo: hubo avances en la neuroimagen y en la genética, que apoyaban aún más su origen biológico; se describió el TDAH en adultos; y se amplió a muchos países más. Desde el DSM-IV (1994), el síndrome se llama “Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad” (TDAH) y se distinguen tres tipos: combinado, inatento e hiperactivo-impulsivo.

Hoy por hoy, en el siglo XXI seguimos avanzando en cuanto a la medicación, el tratamiento multidisciplinar específico para cada niño/a y cada familia, combinando tratamiento farmacológico, psicopedagógico al niño/a y a la familia, manejo conductual y apoyo escolar para dar respuesta a las necesidades del niño/a con TDAH, pero aún así en el ámbito escolar queda mucho por hacer para dar respuesta a las necesidades educativas de este grupo de alumnado.

2. DEFINICIÓN DEL TDAH Y NUEVAS PERSPECTIVAS:

El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH), es un trastorno de origen neurobiológico que se manifiesta por la presencia de tres síntomas: *déficit de atención*, cuando el alumno/a se aburre con frecuencia y se distrae con facilidad; *impulsividad*, cuando se muestra impaciente, interrumpe en ocasiones en las que no es adecuado, le cuesta pararse y pensar en las consecuencias de sus acciones y no tiende a planificar sus actos futuros; e *hiperactividad motora y/o vocal*, cuando el alumno/a parece incansable y siempre está en

movimiento y habla en exceso. Síntomas que suelen provocar malestar a su alrededor, en especial entre aquellos adultos que consideran de forma errónea que se trata de una manifestación de mala educación.

Tales demostraciones conductuales repercuten negativamente en el desarrollo cognitivo, personal y social e interfieren de manera muy significativa en los aprendizajes escolares desde el primer momento, así como en la integración y el equilibrio socio-personal del individuo (Miranda, Amado y Jarque, 2001). Por tanto, se identificará como un trastorno cuando estos síntomas o los comportamientos que se deriven, se observen con mayor frecuencia e intensidad que en los niños/as y adolescentes de igual edad e interfieran en la vida cotidiana ya sea en casa, la escuela y su entorno en general.

Teniendo presente a la vez, que no todos los niños/as con este trastorno manifiestan los mismos síntomas y con la misma intensidad. El propio *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV) diferencia tres tipos de trastorno dentro del TDAH:

- subtipo predominante inatento
- subtipo predominante hiperactivo-impulsivo
- subtipo combinado (síntomas atencionales, hiperactivos e impulsivos).

Estas conductas se detectan con claridad a partir de los 6 años, aunque en ocasiones antes de esa edad. A continuación, enumeramos las características que definen este trastorno de acuerdo a cada síntoma y otras importantes de señalar, que nos ayuden a detectar este trastorno lo antes posible.

2.1. CARACTERÍSTICAS DEL TDAH:

Desatención:

- a) No presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- b) Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas (*aunque depende de la motivación*).
- c) Parece no escuchar cuando se le habla.
- d) No sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- e) Tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- f) Evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- g) Extravía objetos necesarios para tareas o actividades (juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros, herramientas,).
- h) Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- i) Es descuidado en las actividades diarias.

Hiperactividad:

- a) Mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- b) Abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c) Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (*en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud*).
- d) Tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e) Suele actuar como si tuviera un motor.
- f) Habla en exceso.

Impulsividad:

- a) Precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- b) Tiene dificultades para guardar turno.
- c) Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (se entromete en conversaciones o juegos).

Otras:

Conducta:

- Desorganización y falta de autonomía.
- Problemas graves de comportamiento.

Funcionamiento Cognitivo:

- Dificultad en la atención controlada frente a la automática.
- Dificultad en procesar varios estímulos de forma simultánea.
- Dificultad en distinguir los estímulos relevantes de los irrelevantes.
- Dificultad para mantener la atención de forma continuada.
- Dificultad para atender a estímulos que aparecen como una frecuencia lenta.
- Dificultad en aprender y recordar lo aprendido por procesar la información de forma más superficial.
- Mayor sensibilidad a las variaciones del contexto o del ambiente de trabajo.
- Estilos de procesamiento cognitivo inadecuados para el aprendizaje escolar:
 - Predominio del procesamiento impulsivo sobre el procesamiento reflexivo.
 - Predominio del procesamiento global (poco analítico).
 - Falta de flexibilidad cognitiva en el procesamiento de la información.
- Dificultades para organizar la información
- Falta de estrategias de solución de problemas
- Dificultades de aprendizaje:
 - en la comprensión y fluidez lectora.
 - en el cálculo y en la resolución de problemas matemáticos
 - en la escritura y coordinación
 - en orientación perceptivo-espacial
- Dificultad para seguir instrucciones y mantener la motivación.

Desarrollo Socioemocional

- Baja tolerancia a la frustración.
- Baja autoestima o autoestima aparentemente inflada
- Aparición de sentimientos depresivos.
- Desfase entre su capacidad intelectual y emocional: inmadurez.
- Necesidad de llamar la atención.

- Dependencia de la aprobación de los adultos.
- Dificultades en las relaciones sociales.

2.2. TEORÍA DEL DOCTOR BARKLEY (2008):

No resulta muy aventurero pronosticar que en las nuevas versiones que aparezcan de los sistemas de clasificación internacional, el actual TDAH se denomine “trastorno por déficit en el control inhibitorio” dada la acumulación de evidencia empírica que está avalando esta conceptualización.

En particular el doctor Barkley¹ ha desarrollado un modelo que puede explicar muchos de los problemas que sufren los niños/as con TDAH. Enfoca el TDAH como un **trastorno que afecta a los procesos de inhibición, de autorregulación y al desarrollo de las funciones ejecutivas.**

❖ *Inhibición de la Respuesta:*

La inhibición de la respuesta implica tres procesos que se solapan en parte, pero que son distintos:

- Inhibir la respuesta inicial o automática ante un estímulo, y crear un retraso en la respuesta (pensar antes de actuar). Los niños/as con TDAH tienen dificultades para retardar el primer impulso, y por eso dicen y hacen lo primero que se les ocurre, sin pensar en las consecuencias.
- Interrumpir una respuesta ya iniciada que no está siendo eficaz. Para hacer esto hay que ser capaz de evaluar sobre la marcha (o darse cuenta) cuánto de eficaces estamos siendo, y poder cambiar la respuesta (ser sensibles al error y corregirlo).
- Proteger la acción encaminada a obtener un objetivo frente a las posibles interferencias o distracciones.

Es decir, ante un estímulo, como por ejemplo hacer los deberes, el niño tiene que inhibir su primer impulso automático (no quiero hacerlo/ no soy capaz de hacerlo/ no puedo hacerlo),

¹ Russell A. Barkley, es una autoridad reconocida internacionalmente en déficit de atención hiperactividad en niños y adultos, quien se ha especializado en TDAH durante más de treinta años y actualmente es profesor de Investigación en el Departamento de Psiquiatría del SUNY en la Universidad Médica Upstate en New York.

pensar una respuesta alternativa en ese tiempo de reflexión (voy a intentar hacerlo) y empezar a hacerlo. Darse cuenta de si lo está haciendo mal o bien, corregirse sobre la marcha sin rendirse y finalmente seguir haciéndolo, a pesar de otras ideas que se le ocurren, ruidos que oye, u otras distracciones que aparezcan, manteniendo la meta final (terminar la tarea) en el centro de su mente.

❖ **Autocontrol o Autorregulación:**

El autocontrol implica una respuesta de la persona encaminada a cambiar las consecuencias de sus actos. Es decir, poder pensar en una consecuencia inmediata de los propios actos, decidir que no es adecuada y cambiar el acto antes de hacerlo para conseguir otra consecuencia mejor. Otros autores definen el autocontrol como la capacidad de renunciar a una recompensa inmediata pero pequeña para conseguir una recompensa más tardía, pero mayor.

Por ejemplo, es por la tarde y el niño está jugando en la calle con los amigos, llega la hora a la que le ha dicho su madre que debe volver a casa. El niño piensa en la consecuencia inmediata si sigue jugando (más tiempo de diversión) y no vuelve a casa a la hora (se enfadan y me castigan sin salir mañana), decide que no es adecuada y en lugar de seguir jugando se levanta y se va para casa (cambia el acto antes de hacerlo) para que su madre esté contenta y mañana pueda volver a salir. Es decir, ha renunciado a estar más tiempo con los amigos y de diversión (recompensa inmediata pero pequeña) para conseguir que estén contentos en casa con él y mañana poder volver a salir a jugar con los amigos (una recompensa más tardía pero mayor).

❖ **Funciones Ejecutivas:**

Para poder realizar estos procesos de inhibición y autocontrol, el Dr. Barkley afirma que debemos poner en marcha una serie de funciones, que denomina **funciones ejecutivas**, que serán las que nos permitan conducirnos con éxito al objetivo. Por tanto, un acto ejecutivo es un acto hacia uno mismo que modifica el propio comportamiento para cambiar el resultado menos satisfactorio de otra acción posible. Estas funciones ejecutivas son:

1. *Memoria de trabajo no verbal (Imágenes):*

Comprende principalmente la imaginación visual y la imaginación auditiva, es una función tanto retrospectiva (acordarse de cosas que se han visto u oído) como prospectiva (pensar cómo sería una cosa visual o auditivamente). Sirve para generar una idea o representación mental con contenido visual y auditivo sobre una situación pasada o futura. Esta idea ayuda a recordar situaciones y a predecirlas antes de haberlas vivido, y así poder tomar decisiones. Los niños/as con TDAH tienen dificultad para procesar esa imagen o audición y mantenerla en el recuerdo sin verla físicamente o escucharla.

2. Memoria de trabajo verbal (Autohabla):

A una edad temprana el niño/a es capaz de activar un lenguaje sin necesidad de la lengua, la boca y la laringe. Se le llama lenguaje interno o autohabla, y éste permite la reflexión, las autoinstrucciones y la autocorrección. Es fundamental para resolver problemas, cuestionarse dudas y decidir acciones. En niños con TDAH se aprecia un retraso importante (de hasta el 30%) en la internalización del lenguaje.

3. Planificación:

En esta función ejecutiva complementada con las dos anteriores (imágenes y autohabla), la persona es capaz de tener una respuesta en privado o la externaliza. Se trata por tanto del proceso en el que se establecen metas y se eligen medios para alcanzar dichas metas. Los niños/as con TDAH tienen dificultades para planificar su respuesta, es decir, para retrasar su primera respuesta emocional que conlleva a su vez a explosiones afectivas ante situaciones frustrantes. También implica la capacidad de automotivarse, que es fundamental para mantenerse haciendo una tarea hasta el final. Esta dificultad para alcanzar metas está presente con mucha frecuencia en niños/as con TDAH.

4. Reconstrucción (Combinación):

Se trata de la capacidad de reconstruir mentalmente y generar diferentes combinaciones de unidades conductuales anteriores. Sirve para crear nuevas acciones de futuro, lo que es fundamental cuando el niño/a se encuentra un obstáculo inesperado para llegar a un fin (un problema) y busca una solución, resuelve el problema. En los niños/as con TDAH la dificultad para hacerse la idea mental a través de imágenes, para la reflexión a través de la autohabla, para planificar su actuación, les lleva a tener grandes dificultades en probar y combinar diferentes opciones para finalmente tomar una opción y resolver el problema.

5. Creatividad:

La creatividad humana es la capacidad de innovar, es decir, de crear algo nuevo, pero además dirigido a resolver problemas. A la hora de enfrentarnos a la función de combinación para resolver algo que tenemos entre manos es crucial la capacidad de creación que tengamos.

Por tanto, estamos haciendo referencia a una nueva teoría sobre el TDAH propia del doctor Barkley (apoyada por otros psicólogos como Bauermeister, Murphy,...) quien espera además que alguien la complete y mejore y podamos así seguir avanzando en el conocimiento de este trastorno y descartar la anterior teoría explicativa del TDAH, pues Barkley nos argumenta que ésta nos permite entender mejor a estos niños/as, explica mejor cuáles son sus características y nos permite ayudarlos de forma más concreta y acertada.

2.3. ENTENDIENDO EL TDAH:

El TDAH es una ceguera hacia el tiempo, una miopía hacia el futuro, una incapacidad para fijarse en el paso del tiempo. Esto provoca que estas personas no puedan prepararse para lo que les va a llegar, se trata por tanto de un déficit de atención sobre el tiempo que transcurre. Los define el “presentismo”, viven en el ahora, “de vacaciones”.

Además conocen el cuándo y el dónde (en el mejor de los casos), pero no conocen el qué ni el cómo, por ejemplo, saben a qué hora (si la manejan y tienen cierto control sobre el tiempo) y dónde tienen que hacer la tarea, pero no saben qué es lo que tienen que hacer ni cómo hacerlo (no saben por dónde empezar, ni cómo empezar, si sacar los libros o la agenda, se despistan mientras buscan en la mochila,...).

Por tanto, se trata de una incapacidad en el uso del pasado y un desorden en el punto de rendimiento, que se define éste como el lugar y el tiempo en el que con tus reglajes naturales deberías haber usado lo que sabes pero no lo hiciste, es decir, son todos puntos de rendimiento aquellos momentos reales en donde tienen que poner en práctica lo que saben o hemos

intentado enseñarles entre todos, es decir, la vida real y no las situaciones controladas de las sesiones, ni los role-playing, etc. Es por ello, la gran necesidad de formación de todas aquellas personas que interactúan con el niño/a con TDAH para saber cómo manejarlos, cómo responderles, cómo ayudarles, cómo orientarles,... con un mismo fin: conseguir el desarrollo integral del niño/a.

3. ETIOLOGÍA DEL TDAH:

El TDAH no es un trastorno con una única causa, se cree que se origina por múltiples causas de diferente tipo y que cada una contribuye en parte a que el trastorno se manifieste. Actualmente se desconocen las causas directas o inmediatas del TDAH, aunque los avances en las técnicas de diagnóstico nos han llevado a tener claro que se trata de un trastorno de origen neurobiológico ocasionado por una amplia variedad de factores biológicos y hereditarios.

Algunas teorías que explican el origen del trastorno son las que hacen referencia como causa del TDAH los siguientes factores:

- los factores genéticos
- los factores neuroquímicos (receptores y neurotransmisores)
- las alteraciones cerebrales.

Por tanto existen varias y diferentes teorías que explican la etiología del TDAH, pero todas ellas considerando la causa biológica como principal responsable del trastorno al que venimos refiriéndonos.

Por otra parte, es importante señalar además que aunque las variables socioambientales no desempeñan un rol causal, los estudios de Barkley et al. (1990), Biderman et al. (1992) y Pauls (1991) indican que éstas pueden influir en la mayor gravedad de los síntomas, en un peor pronóstico del TDAH y en el aumento del riesgo de presentar trastornos o problemas asociados (trastornos emocionales, conductas inadecuadas, dificultades de aprendizaje, etc.). Por ello no consideramos las variables socioambientales como factores etiológicos del TDAH, pero sí factores influyentes en la gravedad y pronóstico del trastorno.

4. PREVALENCIA-INCIDENCIA DEL TDAH:

Estudios actuales afirman que el TDAH es el trastorno con mayor incidencia en la infancia. Entre un 3% y un 7% de los niños/as y adolescentes de la población escolar presenta el trastorno (DSM-IV, 2000). Por lo que en base a estas estimaciones cabe esperar que al menos un niño/a o adolescente de cada aula presente TDAH, independientemente del entorno y del lugar del mundo en que se encuentren.

Con respecto a la incidencia del TDAH según el sexo, podemos decir que existe una mayor incidencia del TDAH en niños que en niñas, con una proporción de cuatro niños por cada niña, existiendo claras diferencias entre ambos sexos (como señala la Fundación ADANA en su libro *El alumno con TDAH*):

- En el caso de los niños con TDAH, éstos presentan un mayor grado de hiperactividad-impulsividad que las niñas, lo que conlleva conductas molestas, desorden, comportamientos impulsivos-agresivos con los compañeros/as, pudiendo incluso llegar a enfrentarse con el maestro o profesor. Estas conductas preocupan tanto a padres como a maestros y, por ello, se suele solicitar una consulta, por lo que se diagnostica con mayor facilidad.
- En el caso de las niñas con TDAH, a menudo presentan más problemas de rendimiento académico, sintomatología ansiosa o depresiva y no acostumbran a mostrar conductas molestas. En estos casos la detección del trastorno es más difícil.

5. CURSO EVOLUTIVO DEL TDAH:

El TDAH constituye una deficiencia evolutiva de carácter crónico, que merma significativamente la capacidad de las personas que lo sufren, para enfrentarse a las exigencias ambientales a lo largo de todo el ciclo vital.

No obstante, aunque las manifestaciones esenciales del trastorno se mantienen como una considerable consistencia a lo largo de todo el ciclo vital, también sabemos que estos síntomas se van modulando en función de los estadios evolutivos por los que atraviesa el sujeto.

Primera Infancia:

Los bebés con TDAH muestran un temperamento difícil caracterizado por una dificultad notable para adaptarse a las situaciones nuevas, reacción desproporcionada ante los estímulos del ambiente, se muestran irritables y demandan una atención continua, son excesivamente activos y presentan una baja tolerancia a la frustración. En cuanto a los hábitos de sueño y de alimentación, éstos duermen menos horas de lo habitual y suelen ser caprichosos y obstinados con la comida.

Edad Preescolar:

En estas edades los niños/as con TDAH se muestran excesivamente inquietos, inatentos e impulsivos sufriendo con frecuencia accidentes tanto en la escuela como en el hogar y explosiones emocionales en forma de rabietas. En el ámbito escolar, éstos centran menos su atención en las actividades y no terminan aquello que empiezan. Generalmente despliegan un juego más inmaduro, funcional y sensoriomotor y menos simbólico y constructivo, utilizando los juguetes de un modo monótono y estereotipado. Experimentan serias dificultades para jugar solos y si juegan con otros niños/as incumplen las normas del juego, no aceptan perder, no cooperan e intentan poner su voluntad, lo que conlleva a un rechazo por los demás niños/as.

Edad Escolar:

En este período son evidentes sus dificultades para permanecer sentados, inhibir las conductas impulsivas, prestar atención y seguir las instrucciones de los profesores. Asimismo, se agudizan sus problemas para compartir, cooperar e interactuar adecuadamente con sus compañeros/as. En relación con el rendimiento académico, presentan variables patrones de ejecución a lo largo del tiempo, se evidencia con mayor claridad las deficiencias atencionales y organizativas, por lo que conforme aumentan las exigencias en clase más problemas y dificultades se detectan. Suelen ser desordenados y descuidados con su material escolar. Los profesores o los consideran vagos y con poco interés en aprender, o inmaduros y recomiendan a los padres que repitan curso. Persisten los problemas de obediencia tanto en el colegio como en casa, donde además no aceptan responsabilidad alguna.

Siguen manifestando dificultades en las habilidades sociales, suelen ser poco tolerados, agudizándose el rechazo social que ya comenzaron a experimentar en la etapa preescolar, lo que conlleva a manifestar en ellos sentimientos de incompetencia e insatisfacción personal y desarrollar un concepto negativo de sí mismos.

Adolescencia:

Probablemente ya no se perciba una hiperactividad o un movimiento tan evidente, pero puede mover constantemente manos y pies, hacer “ruiditos”, dar “golpecitos”, jugar con pequeños objetos,... podemos decir que sienten una inquietud interna. Manteniéndose igualmente las dificultades atencionales, las dificultades de organización y planificación, dificultades en el control del tiempo y en el establecimiento de prioridades, así como la impulsividad. Ésta se manifiesta en lo que dicen y hacen, hablan y/o actúan sin pensar, aunque a menudo se arrepienten de inmediato, siendo incluso más susceptibles de tener comportamientos arriesgados. Suelen tener baja autoestima por sus fracasos y pobres relaciones con los iguales, así como dificultades y encononazos con las figuras de autoridad (padres, profesores, entrenadores, etc.).

6. TRASTORNOS ASOCIADOS:

Como norma general el TDAH no suele venir solo, es decir que lo más común es que éste traiga asociados uno o más trastornos o enfermedades. Cuando esto ocurre recibe el nombre de comorbilidad o comorbilidades con el TDAH.

Antes de conocer los trastornos asociados, merece la pena plantear una cuestión de vital importancia en prevención de los mismos. Un niño/a con TDAH que no es diagnosticado y tratado a tiempo, aumenta las probabilidades de aparición de comorbilidades. ¿Por qué? De acuerdo con la jerarquía de las funciones propuestas por Russell A. Barkley si una función ejecutiva es deficitaria la siguiente tendrá problemas para desarrollarse, y esto puede desencadenar otras dificultades. Un niño/a que recuerda a través de las imágenes qué ha vivido y se habla así mismo, puede planificar con mayor facilidad; además si recuerda las normas de un juego, qué ocurrió, cuando ganó, qué hicieron los demás, puede extrapolar ese aprendizaje al futuro, pero si, por el contrario estas funciones están deficitarias, lo que aprendió en el pasado dificulta que lo pueda poner en práctica en el presente con garantías de éxito.

No obstante, detectar el TDAH y trastornos comórbidos a tiempo permite tratar sus necesidades para que las funciones ejecutivas se sigan desarrollando con más facilidad, en el mejor de los casos.

Los niños/as que son desafiantes, desobedientes, negativos, agresivos,... el ambiente les ofrece, por lo general un “feedback” negativo, que va constituyéndole. Un niño/a que diariamente recibe mensajes negativos sobre él y su conducta, por lo general, no se esfuerza para mejorarlo, se convierte en lo que el entorno le transmite que es. También un niño/a que en edad escolar no recibe un tratamiento adecuado, lo más probable es que tarde o temprano su rendimiento académico disminuya. La falta de base académica dificulta su paso a cursos superiores, en el peor de los casos repiten curso y si pasa al siguiente su base de su conocimiento es débil (sobre todo en lectura, escritura, cálculo y resolución de problemas). La hiperactividad (motora y/o vocal), la dificultad para concentrarse y atender, impide que pueda seguir el ritmo

de la clase. Este motivo favorece el rechazo, la burla, que el niño/a con TDAH desconecte, se aburra y su comportamiento sea cada vez más molesto y disruptivo.

Del mismo modo a causa de su impulsividad, son niños/as que contestan, hacen bromas o comentarios con frecuencia sin pensar en las consecuencias, afectando por tanto a su desarrollo emocional y social. Son niños/as que se esfuerzan mucho y no consiguen lo que se proponen.

En la literatura sobre el tema que nos ocupa, se recogen diferentes trastornos comórbidos asociados al TDAH, entre los cuales resaltamos a continuación las más comunes e importantes para el ámbito docente. Éstos son:

- Trastorno Negativista Desafiante
- Trastorno de Conducta
- Trastornos del humor (depresión, bipolar)
- Trastornos específicos del lenguaje y trastornos perceptivo-motores
- Dificultades del aprendizaje (dislexia, disgrafía, discalculia, disortografía)

6. 1. Trastorno Negativista Desafiante:

Este trastorno se caracteriza fundamentalmente por un comportamiento de oposición, es decir los niños/as cuestionan las órdenes de los adultos. Son niños/as retadores, discuten a menudo con los adultos, se enfadan con facilidad cuando se les lleva la contraria, culpan a los demás de sus errores, tienen rabietas con mucha frecuencia, molestan a los demás con intención, son rencorosos y vengativos.

Aunque en algunas etapas de la vida (infantil y adolescencia) este comportamiento no se considera un trastorno, si estos síntomas persisten en el tiempo es aconsejable comunicarlo a los padres, al psiquiatra, psicólogo o neurólogo.

6.2 Trastorno de Conducta:

La forma más grave del comportamiento recibe el nombre de este trastorno. Es muy probable que niños/as que tienen un trastorno negativista desafiante en la infancia, genere un trastorno de conducta en la adolescencia.

Los síntomas de éste trastorno del comportamiento giran en torno a cuatro bloques: agresión a personas o animales, destrucción de objetos, engaños o hurtos y violaciones de las normas.

Las manifestaciones de una conducta violenta, sobre todo ante supuestas provocaciones o frustraciones debido a una dificultad en su capacidad para canalizar dicha frustración, requieren un adecuado manejo por parte de los adultos.

6.3. Trastorno del Humor:

Los niños/as con TDAH son más vulnerables a la **depresión** que quienes no presentan esta sintomatología. El fracaso escolar, las dificultades para relacionarse con los demás, las discusiones con los padres por sus notas y el mal comportamiento, son un claro ejemplo.

Los síntomas de depresión que suelen presentar son parecidos a los de los adultos. Suelen tener alteraciones en el estado de ánimo, humor triste, deprimido, irritable, aislamiento, baja autoestima, desinterés por el juego y actividades que antes le divertían, conversaciones sobre de irse de casa, expresiones sobre la muerte o el suicidio, aburrimiento, cansancio, sentimientos de desesperanza o desilusión.

Por otro lado, existen otras alteraciones en el estado de ánimo para referirse al **trastorno bipolar**, en el que además se alteran los pensamientos o cogniciones, como por ejemplo: ideas de culpa, muerte, superioridad o alteraciones físicas como aumento o disminución de la energía, sueño y apetito. Las personas que padecen enfermedad bipolar alternan su ánimo desde la depresión hasta la euforia o irritabilidad sin una causa aparente. Suelen describirse por sus propios padres como descarados, desafiantes, retadores que no responden a los castigos, frecuentemente suelen tener un excesivo interés por el sexo que demuestran con su comportamiento y su lenguaje, manifestando a su vez un comportamiento hiperactivo, síntomas psicóticos, agresivos y/o impulsivos.

Este trastorno puede tener mejor pronóstico si se detecta a tiempo y se trata adecuadamente para estabilizar el humor, así como la aplicación de una terapia adecuada para reducir los síntomas que presente cada sujeto.

6.4. Trastornos del Lenguaje y trastornos Perceptivo-Motores:

Los niños/as con TDAH en un 20% de los casos, según Miranda, A. (2001), presentan un trastorno del lenguaje. A pesar de que disponen de un lenguaje suficiente e incluso a veces excesivo, cuando realizan tareas lingüísticas su rendimiento es inferior a los niños/as de su edad, pues es necesaria la puesta en marcha de las funciones de ejecución donde encuentran problemas estos niños/as.

Por otra parte, suelen presentar una conducta lingüística pragmática peculiar: hablan más durante el habla espontánea, encuentran dificultad para respetar el turno de palabra, utilizan más palabras soeces, no adaptan su lenguaje según el interlocutor, etc. Además es frecuente encontrarnos con problemas en las habilidades narrativas, pues reproducen menos información y presentan una menor organización.

En lo que se refiere al desarrollo psicomotor, es frecuente la presencia de movimientos rígidos y carentes de flexibilidad en estos alumnos/as, aspecto que afecta tanto a la motricidad gruesa como a la fina, necesaria para realizar diversas tareas tales como la escritura o atar los cordones de los zapatos.

6.5. Dificultades de Aprendizaje:

Existe una relación importante entre los problemas atencionales y las dificultades para aprender de este alumnado con TDAH, siendo evidente el bajo rendimiento escolar que presentan así como la necesidad de apoyo educativo que precisan durante su escolarización.

No obstante, además del bajo rendimiento algunos alumnos/as experimentan trastornos específicos de aprendizaje que afectan concretamente a las áreas de lectoescritura y matemáticas.

La iniciación de la **lectoescritura** requiere un aprendizaje que se hace posible cuando las habilidades fonológicas (control ejecutivo, procesamiento fónico y lingüística) no se encuentran deficitarias, particularmente el paso de la **codificación** visual a la verbal, la **memoria** a corto plazo, la **percepción** de orden y la secuenciación. Sin embargo, cuando se detecta una dificultad en éstos procesos explicados anteriormente, también se ve afectado el **acceso al léxico**. Así las dificultades lectoescritoras pueden especificarse en lo que conocemos como dislexia (dificultades léxicas) y disortografía (dificultades gráficas), no siendo una consecuencia directa de un déficit atencional sino de una inadecuada asociación grafema - fonema y viceversa, que se produce en el aprendizaje de un sistema simbólico. Éste a su vez influye en la velocidad lectora por dos razones: la primera es que la lectura exige una atención activa y una focalización en la tarea; y la segunda se refiere a los problemas fonológicos en el aprendizaje de la lectura, los cuales afectan negativamente a la automatización (que como sabemos se consolida a través de la práctica).

El déficit atencional que interfiere en la memoria de trabajo y la incapacidad para planificar, limita la capacidad de **comprensión**, sobre todo en la lectura de frases que no comienzan con el sujeto y deben recordar toda la frase hasta que éste aparece. Los textos largos ponen a prueba su capacidad para inferir la información, así como la identificación de las ideas principales cuando éstas no aparecen explícitamente, pues requieren esbozar recursos de planificación de los que carecen.

En la **escritura** de este colectivo, debemos apreciar su esfuerzo cuando se observan limitaciones en su motricidad fina, sobre todo cuando la disgrafía (letras irregulares, tachones, interlineados, soldaduras, direccionalidad,...) hacen mellas en el trazado de las letras que deben realizar a diario en el colegio.

La dificultad es aún mayor cuando se pide una tarea de **expresión escrita**, pues es necesario el acceso a la memoria a largo plazo para escribir la historia, mantener la información en la memoria de trabajo mientras se planifica, crear las frases y revisar las ideas, además recordar la estructura del texto, y si es el caso atender a la ortografía, constituyen una enorme dificultad para el alumnado con TDAH. Siendo frecuente también la presencia de errores sintácticos debido al escaso monitoreo de sus producciones escritas.

El aprendizaje de los números y el **cálculo** mental también requiere recuperar información de la memoria a largo plazo, mantener la información en la memoria de trabajo, inhibir las respuestas, monitorear la tarea de forma continuada, operar con acierto, etc. Así

como en la **resolución de problemas** en los que se requiere un alto nivel atencional para identificar datos relevantes, para saber qué se pregunta y cuáles son los pasos a seguir en la ejecución del problema, donde en ocasiones los niños/as con TDAH suele responder antes de releer el problema, incluso releéndolo no recuerdan qué debe averiguar, ejecutando estrategias con poca organización en la resolución.

6.6. Relaciones Sociales Conflictivas:

Muchas personas con TDAH tienen dificultades en la interacción con sus compañeros/as desde la infancia; bien sea porque presenten problemas de conducta como si solo presentan síntomas de hiperactividad. Fernández Jaén (2008) establece que la situación social de los niños/as con TDAH oscilan en los siguientes porcentajes: 29% Rechazado o aislado; 30% Tolerado sin grupo; 27% Tolerado con grupo; 4% Líder.

Pope, Bierman y Mumman, 1989, establecen en su estudio que los niños/as hiperactivos/as son más rechazados por los demás. Aunque parece que el excesivo movimiento no es un problema para la interacción si no va acompañada de impulsividad y dificultades de atención.

En este caso el niño/a hiperactivo agresivo mantiene una conducta inadecuada en la relación con los demás de una manera más estable y duradera en el tiempo que los niños/as que son sólo hiperactivos (mejorando éstos últimos con el tiempo según Johnston y Pelham, 1986).

Miranda y López (1994), ante la preocupación por las malas interacciones sociales de los niños/as con TDAH, han realizaron un estudio para determinar qué tipo y cantidad de estrategias de relación social suelen conocer para relacionarse con sus iguales. Las conclusiones de este estudio más significativas son:

- Conocen las mismas estrategias prosociales (cuidar a alguien más pequeño).
- Tienen menos estrategias y de menor calidad para iniciar una amistad o para solucionar conflictos.
- Utilizan estrategias poco adecuadas para conseguir algo de otras personas.

Las dificultades sociales de estos niños/as se evidencian con mayor claridad ante las situaciones sociales complejas, ambiguas y cambiantes, ya que deben ir modificando sus estrategias para adaptarse a las nuevas situaciones, es decir requieren una aplicación flexible de estrategias.

7. TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR:

En la actualidad el doctor Barckley propone para la nueva revisión del futuro DSM-V, el TDAH desde una perspectiva que se entiende como un trastorno de las funciones ejecutivas. Realmente, esta nueva perspectiva explica mejor qué podemos hacer y ayuda a entender lo que hoy día conocemos como TDAH.

Teniendo en cuenta lo anterior centramos el objeto de la intervención en el tratamiento que recibe el nombre de “Combinado, multimodal o multidisciplinar”, que no es otra cosa que atender los síntomas que del alumnado TDAH, desde diferentes disciplinas educación, salud, familia. Combinando varias modalidades dentro de su entorno.

.1. OBJETIVOS:

Según expertos² en TDAH, los objetivos del tratamiento multidisciplinar del TDAH, deben ser:

1. **Reducir los síntomas del TDAH** de modo que durante la infancia y adolescencia permita superar la primaria y secundaria, evitando que acumule falta de base académica, fomentando su autoestima y motivación, desarrollando su reflexividad y autocontrol necesarios para relaciones sociales adecuadas.
2. **Reducir el deterioro emocional y conductual** en su propósito de adaptarse a las exigencias de su entorno familiar, escolar y social.
3. **Evitar la aparición de otras patologías o comportamientos secundarios** como trastornos depresivos, ansiedad, trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta, delincuencia, adicciones, accidentes de tráfico, embarazos no deseados, fracaso en relaciones interpersonales amigos y/o pareja, entre otros.
4. **Proporcionar** al niño y la niña con TDAH, a su familia, y a su entorno **estrategias** para conocerse o conocer el trastorno, aceptarlo, mejorar las habilidades de afrontamiento de las dificultades, desarrollar estrategias de compensación y potenciar sus buenas habilidades.
5. Y **cambiar las percepciones desadaptativas**.

7.2. TIPOLOGÍA:

Después de la revisión de diferentes manuales y contrastando información el tratamiento multidisciplinar puede dividirse fundamentalmente en los siguientes tipos: Farmacológico y Psicopedagógico.

² Isabel Orjales Villar y el Grupo Europeo Interdisciplinar para la calidad en el TDAH (EINAQ)

A. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

El tratamiento farmacológico es sintomático por ello debe ir acompañada de técnicas conductuales y cognitivas. Y en los casos más graves en los que la intervención psicopedagógica no sea suficiente, deberá complementarse con esta ayuda.

La medicación es un aspecto del tratamiento que proponen los **pediatras, psiquiatras y neurólogos** quienes valoran a cada niño y niña individualmente, la presencia o no de trastornos o enfermedades asociadas, peso, talla, efectos secundarios y el ajuste del fármaco. Según la tipología la medicación puede ser: estimulantes y no estimulantes

En términos generales los fármacos *estimulantes* son seguros y efectivos en el 70-80% de los casos. Los estimulantes aumentan las áreas del cerebro que permiten pensar en lo que vamos a decir antes de hacerlo. Para que esta función pueda darse en un individuo se precisa poder **inhibir** las respuestas favoreciendo el autocontrol y la reflexividad, filtrar el ruido de fondo que permita focalizar la atención y favorecer la concentración.

Varios estudios indican que además los estimulantes ayudan a mejorar las funciones cognitivas, sociales y la agresividad.

Esto se traduce en una en la mejora de la hiperactividad e impulsividad, que facilita las relaciones con los demás, permanecer sentados por más tiempo, esperar para hacer un comentario en clase evitando las interrupciones, y también mejora la dificultad para mantener la atención sostenida ante las tareas escolares. De tal manera que el rendimiento académico se hace más provechoso.

Por otro lado, la medicación *no estimulante* se considera que es más efectiva en niños con TDAH y trastorno negativista desafiante, pues aumenta la tolerancia a la frustración y disminuye la agresividad, pero los efectos sobre la atención son menores.

B. TRATAMIENTO PSICOPEDAGÓGICO:

Según Soriano, M., 2006 los avances psicopedagógicos para la intervención más adecuada en los niños/as con TDAH establecen dos condiciones básicas. Por un lado la intervención debe ser personalizada, actuando sobre las situaciones en las que el estudiante con TDAH presenta dificultades. En este sentido, el tratamiento puede ser multidisciplinar si se incluyen todos los recursos (médicos, psicológicos, educativos, sociales,...) para modificar los contextos que se consideren necesarios, para mejorar las conductas inadecuadas que realiza, mantener las conductas adecuadas y ofrecerle las habilidades que se encuentran deficitarias. Y por otro lado, la intervención deberá implementarse en el entorno natural, observando la adaptación a los distintos escenarios donde se desarrolla el niño/a con sus características particulares.

Para ello es fundamental la participación de los padres, los profesores y todas las personas significativas en la vida del niño/a.

B.1. Características del tratamiento multidisciplinar (Soriano, 2006):

1. Prevención. El interés se centra en la modificación del ambiente para prevenir la conducta desatenta y/ perturbadora y proporcionar habilidades que en el niño/a se encuentran deficitarias frente a la actuación puntual sobre éstas conductas.
2. Participación de los padres y educadores para implementar el tratamiento en los escenarios naturales con las personas que se relacionan diariamente con el niño.
3. Aumentar los campos de intervención (psicofármacos, técnicas de modificación de conducta, enseñanza de habilidades alternativas, modificación del contexto).
4. Modificación de los contextos. Se conoce que determinados escenarios dan lugar a la aparición de la conducta desatenta. Por ello el esfuerzo debe centrarse en identificarlos y modificar las deficiencias que éste presenta, de modo sistemático. Incluyendo el hogar, la escuela, lugares de ocio, comercios, la calle, ...
5. Programas educativos que enseñen a los niños/as con TDAH a generar respuestas positivas y controladas, alternativas que reemplacen la conducta problemática (programas de habilidades sociales, resolución de conflictos, autocontrol, ...).
6. Intervención a largo plazo, en la que se planifica e interviene de forma continuada para perseguir cambios durante todo el ciclo vital, de acuerdo con las características y necesidades que se vayan presentando en las etapas evolutivas del niño/a con TDAH.

B.2. Tratamientos efectivos en el estudiante con TDAH:

A continuación se menciona dónde debe incidir el tratamiento multidisciplinar. Según Soutullo y Díez, 2007 el tratamiento que ha demostrado más beneficios para ayudar al tratamiento de los niños/as con TDAH consiste en:

En el contexto familiar:

- Entrenar a los padres en manejo de la conducta.
- Psicoeducación a los padres.
- Manejo de contingencias.
- Entrenar a los padres para que enseñen habilidades sociales a sus hijos/as.

En el contexto escolar:

- Psicoeducación a los profesores.
- Intervención o apoyo en el colegio en las áreas donde el niño/a tiene más dificultades.
- Manejo de contingencias.

En relación al niño/a

- Psicoeducación a los niños/as.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Ampliar el repertorio de respuestas ante los problemas sociales.
- Terapia cognitivo-conductual: Autoinstrucciones.

8. PRONÓSTICO:

El déficit de atención, la impulsividad y la hiperactividad son síntomas que se entrelazan en la vida de las personas con TDAH. Las manifestaciones varían con la edad de quien lo padece, según su curso evolutivo. (Ver en el apartado 5).

Aunque la hiperactividad motora tiende a disminuir con la edad, sin embargo la inatención persiste en un 30- 70 % de los casos en la vida adulta.

Existen algunos factores que aumentan la posibilidad de que los síntomas persistan, según algunos estudios. Éstos son:

Biederman et al., 1996	Abikoff y Klein, 1992 Hechtman, 1991	Farrington et al., 1990	Barckley, 1996, Weiss y Hechtman, 1993
<ul style="list-style-type: none"> • Hª familiar de TDAH • Adversidad psicosocial, • Comorbilidad con Trastorno de conducta, • Trastorno del humor • Trastorno de ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Agresividad y desafío con adultos, • Bajo CI • Pobre relación con compañeros 	<ul style="list-style-type: none"> • El Trastorno negativista desafiante comórbido al TDAH en niños incrementa el riesgo de presentar un Trastorno de conducta 	<ul style="list-style-type: none"> • El 25-40 % de los niños derivados a un centro de salud mental con TDAH presentaran Trastorno de la personalidad antisocial y delincuencia en la adolescencia o en la edad adulta

Tabla: Factores predictores de persistencia de los síntomas

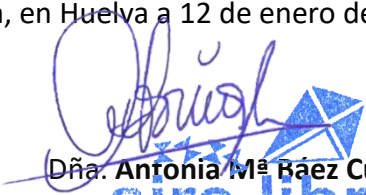
Con frecuencia si persisten estos síntomas las consecuencias que se producen en la adolescencia y en la etapa adulta pueden ser: fracaso escolar en la secundaria, hurtos, abuso de alcohol, tabaco, cannabis, cocaína (Drogodependencia), trastornos depresivos, visión negativa de la vida, problemas laborales, accidentes de tráfico, lesiones físicas, embarazos no deseados, delincuencia, fracaso en las relaciones interpersonales (amigos, pareja), etc.

En resumen, Ingersoll establece ya en 1988, los predictores de un **mal pronóstico**:

- a) CI bajo o retraso mental.
- b) Personalidad: no aceptar la aprobación externa, cruel con los demás, no tener remordimientos o sentimientos de culpa.
- c) Trastorno de conducta asociado: desafiar la autoridad, no respetar normas.
- d) Historia familiar: familiares con problemas, trastorno mental, trastorno disocial o alcoholismo.
- e) Educación y valores: padres con bajo nivel cultural, no valoran la educación.
- f) Disciplina: exceso de castigos físicos, maltrato físico o psicológico.

No obstante, los factores de orden familiar no sólo están asociados con el pronóstico, sino también con la respuesta al tratamiento, pues la relación positiva entre calidad de educación parental y respuesta positiva al tratamiento multidisciplinar está demostrada por numerosas investigaciones.

Y para que conste firma, en Huelva a 12 de enero de 2023.


Dña. **Antonia M^a Baez Cuaresma**
Directora As. A.I.E.
aire libre
Asociación de Familias con TDAH de Huelva
CIF: G21382270 NICA: 42153