

UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Trabajo Final de Integración

Análisis de caso: TDAH en un niño de ocho años, su relación con el rendimiento académico y su impacto en la institución educativa.

Profesor: Dra. Analía Brizzio

Profesor Tutor: Dra. Nora Gelassen

Autor: Silvia Malena Cogorno, Leg. 9270

Fecha de entrega: 15 de agosto de 2014 1

Índice

1. Introducción.....	3
1.1 Objetivo general.....	3
1.2 Objetivos específicos.....	3
2. Marco Teórico. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)...	4
2.1 Historia del TDAH.....	5
2.2 Etiología del TDAH.....	8
2.3 Criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico del TDAH.....	9
2.4 Diagnóstico diferencial.....	11
2.5 Características primarias y secundarias de los niños con TDAH.....	13
3. Familia y TDAH.....	15
3.1 Intervenciones psicoeducativas sugeridas a la familia.....	17
4. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el ámbito educativo..	18
4.1 Intervenciones psicoeducativas.....	19
5. Metodología.....	25
5.1 Tipo de estudio.....	25
5.2 Participante.....	25
5.3 Instrumentos.....	26 5.4
Procedimiento.....	26
6. Desarrollo.....	26
6.1 Análisis del caso.....	26
6.2 Síntomas de TDAH en el niño.....	27
6.3 Impacto del caso en la institución educativa. Descripción del rendimiento académico del niño y su comportamiento disfuncional en la escuela.....	36
6.4 Descripción del funcionamiento familiar.....	42 2

7. Conclusión.....	47
8. Referencias bibliográficas.....	52
9. Anexos.....	56
9.1 Informe de evaluación neuropsicológica realizada en FLENI 1.....	57
9.2 Informe de evaluación neuropsicológica realizada en FLENI 2.....	63
9.3 Planilla de notas del alumno en segundo grado.....	67 3

1. Introducción

El presente Trabajo Final de Integración se realizó como requisito para la finalización de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo. El caso fue escogido a partir de la Práctica de Habilitación Profesional. La misma fue realizada en el Equipo de Orientación Escolar (EOE) de un colegio primario privado católico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para proteger la identidad del niño se lo llamará F.

El EOE es un equipo profesional compuesto por dos psicólogos y una psicopedagoga que atiende los requerimientos de los directivos, los docentes, los niños y sus padres. Su función es la detección y prevención de los problemas sociales, de conducta y de aprendizaje que pudieran tener los alumnos. Trabaja con los niños en intervenciones individuales o grupales, según el caso.

Para este trabajo se utilizaron los datos provenientes del legajo del alumno, en el que consta su historial escolar y sus datos personales y familiares. Este documento también incluye las interacciones del EOE, los docentes y los directivos con el niño, su familia y los profesionales que lo atienden fuera del ámbito escolar y los test tomados a F desde su ingreso al establecimiento educativo. Con el objetivo de recabar información se mantuvieron entrevistas no participantes con el alumno, su madre, maestros, directivos del establecimiento educativo y con el jefe del EOE.

1.1 Objetivo general

Describir el caso de un niño de ocho años con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) focalizado en su historial escolar, su sintomatología y su situación familiar.

1.2 Objetivos específicos

1. Describir la sintomatología del niño y analizar si se observan los criterios diagnósticos del TDAH según el DSM-IV-TR.
2. Describir el rendimiento académico y escolar del niño.
3. Describir el contexto familiar.
4. Valorar el impacto del caso en la institución educativa y las estrategias implementadas por el Colegio frente al mismo.

2. Marco Teórico. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se caracteriza por un patrón persistente de inatención de hiperactividad-impulsividad, que se presenta de manera más frecuente y más severa que en otros individuos del mismo nivel de desarrollo (Frank de Verthelyi, 1999).

El TDAH se incluye dentro de los Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Este manual caracteriza el TDAH por síntomas manifiestos de desatención y/o de impulsividad-hiperactividad, e indica tres subtipos que según el síntoma predominante: tipo con predominio del déficit de atención, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo y tipo combinado. Este apartado incluye, asimismo, dos categorías no especificadas: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad No Especificado y Trastorno de Comportamiento Perturbador No Especificado (APA, 2002; Frank de Verthelyi, 1999, López et al., 2011).

Todos los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador se caracterizan por la dificultad para mantener la atención, por lo cual suelen tener bajo desempeño escolar y experimentar baja autoestima (Barkley, 2002; Rief, 1999).

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más frecuentes en la infancia, se calcula la prevalencia del mismo entre el 3% y el 7% de los niños en edad escolar (Barkley, 2002; Giusti, Helou y Abadi, 2004; Rief, 1999). El trastorno aparece con una frecuencia tres veces mayor en hombres que en mujeres (AEPNYA, 2010; Frank de Verthelyi, 1999).

Barkley (2002), caracteriza el TDAH como un trastorno del desarrollo del autocontrol que dificulta regular el propio comportamiento y prever el futuro. En el mismo, las habilidades para controlarse, pensar, inhibir, planificar y luego actuar, como así también para mantener las acciones frente a la distracción, son un problema para los niños que lo padecen.

Muchas personas al relacionarse con un niño con TDAH intentan pasar por alto su conducta disruptiva y luego intentan ejercer mayor control sobre él. Como el niño no responde consideran que su conducta es deliberada e intencional. Es por ello que frecuentemente se considera que los síntomas del niño se deben a la educación que recibe, que proviene de una familia disfuncional y que lo que necesita es más disciplina, más organización y más límites. Con frecuencia los síntomas se entienden como parte del crecimiento y los padres son renuentes al diagnóstico y/o medicación del niño. No 5

brindar la atención adecuada a un niño con TDAH es un error, dado que la falta de diagnóstico y/o tratamiento es probable que conduzca al fracaso y a un pobre rendimiento académico (Barkley, 2002).

Entre un 30% y un 50% de estos niños repiten un curso por lo menos una vez. Aproximadamente el 35% no termina su escolaridad, muchos son expulsados de la escuela. La mitad de estos niños tienen problemas en las relaciones sociales y comportamiento rebelde, que generan malos entendidos, resentimientos familiares y castigos frecuentes. La falta de diagnóstico y/o tratamiento puede producir sentimientos de fracaso en diferentes ámbitos de su vida (Barkley, 2002).

2.1 Historia del TDAH

El TDAH ha tenido diferentes denominaciones a través del tiempo. A principios de 1900 los Dres. Still y Tressgold describieron los síntomas del TDAH, atribuyéndolo a un defecto del control moral. Comenzando el siglo XX los expertos atribuyeron los cuadros clínicos de impulsividad, hiperactividad y dificultades cognitivas a una epidemia de encefalitis letárgica. En esa época se iniciaron los estudios de las secuelas de las lesiones cerebrales y las infecciones del SNC sobre la conducta. Los niños con estos cuadros tenían síntomas de TDAH, por lo que entre 1930 y 1940 se acuñó el concepto de Síndrome de Daño Cerebral. Posteriormente, entre 1950 y 1960 al observarse que muchos pacientes con TDAH no presentaban daño cerebral, el trastorno pasó a denominarse Daño Cerebral Mínimo o Disfunción Cerebral Mínima (AEPNYA, 2010). En Estados Unidos los investigadores cambiaron el foco del estudio del trastorno del daño cerebral a la hiperactividad. En 1968 el Manual de Clasificación Diagnóstica DSM-II introdujo la categoría Reacción Hiperkinética de la Infancia, y en 1980 el DSM-III cambió el nombre a Trastorno por Déficit de Atención (con o sin hiperactividad), otorgando mayor relevancia a la limitación que generaban los síntomas de inatención. A fines de la década del '80 había un gran consenso entre los expertos sobre el impacto negativo que el TDAH tenía sobre el desarrollo académico y social del niño. En el DSM-III-R pasó a denominarse Trastorno Hiperactivo con Déficit de Atención, volviendo a centrar el foco sobre los síntomas de hiperactividad. En 1994 se publica el DSM-IV y vuelve a cambiar la denominación del trastorno por Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, manteniéndose en la publicación del DSM-IV-TR publicada en el año 2000 (AEPNYA, 2010). 6

Los estudios previos a la publicación del DSM-IV sugerían que resultaba mejor concebir el TDAH como un trastorno unitario con diferentes patrones de síntomas predominantes. En el DSM-III-TR este diagnóstico integraba dos categorías: trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno por déficit de atención indiferenciado (sin hiperactividad). A partir del DSM-IV estas dos categorías pasan a integrar una más amplia con tres subtipos: tipo combinado, con predominio del déficit de atención y con predominio hiperactivo-impulsivo; que permiten al clínico subrayar los síntomas predominantes. Con el fin de reducir los diagnósticos falsos positivos el DSM-IV introduce una nueva modificación, la inclusión del Criterio C que exige la presencia de síntomas en dos o más situaciones (p. ej., la escuela, el trabajo y el hogar) (APA, 2000).

En el año 2013 se publica el DSM-5 con una nueva categorización. En dicho manual desaparece la categoría Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia y el Trastorno por Déficit de Atención con sus subtipos pasa a integrar la categoría de Trastornos del neurodesarrollo. Otra innovación que introduce el DSM-5 es que permite realizar especificaciones, por ejemplo, si el trastorno se encuentra en remisión parcial cuando los criterios diagnósticos no se observaron durante los últimos seis meses pero se mantiene el deterioro en la actividad social, académica o laboral. Además es posible especificar si el trastorno es leve, moderado o severo en base a la cantidad de síntomas presentes y al deterioro de la vida social, académica o laboral del paciente (APA, 2013). Sin embargo, la concepción psicosocial afirma que el diagnóstico de TDAH se realiza cuando la conducta de los niños entra en conflicto con las expectativas y demandas de padres y maestros, simplificando la problemática. Al realizar el diagnóstico, se adopta un punto de vista individual y no sistémico, donde la culpa del conflicto recae sobre el niño y no se evalúa el contexto social y familiar en el que se desenvuelve (Breggin, 2008, 2011).

Esta línea teórica afirma que si bien comenzó a hablarse de la hiperactividad a principios del siglo pasado, en las últimas décadas del siglo XX el diagnóstico adquirió dimensiones epidémicas. Los autores sostienen que el TDAH es una etiqueta diagnóstica que se aplica a una población heterogénea con sintomatología y ambientes diferentes.

Los modelos psicosociales cuestionan la comorbilidad con otros trastornos comportamentales que se adjudica al TDAH, poniendo en duda si se hace referencia a 7

síntomas comunes a diferentes trastornos o si estos tienen valor de síndrome específico. De este modo, abren el debate sobre el sobre-diagnóstico de este trastorno por la realización de un mal diagnóstico diferencial (Lasa Zulueta y Jorquera Cuevas, 2010).

Tizón (2007) también sostiene que muchas veces los errores cometidos en el diagnóstico diferencial se resuelven con el concepto de comorbilidad, ignorando como impactan la estigmatización y la sobreetiquetación sobre la construcción de la futura personalidad de los niños.

Otra crítica que realizan los autores de la concepción psicosocial se focaliza en la inconcreción en los criterios diagnósticos y de las teorías divergentes sobre la etiología del trastorno. Es por estos motivos, alegan, que algunos teóricos dudan sobre su existencia, sobre qué es y cómo se diagnostica. Y sostienen que es por ello que el TDAH ha cambiado de denominación a través de las actualizaciones de los manuales de diagnóstico de la APA (Pérez Fidalgo, 2013).

Además, resaltan que el DSM-IV-TR es un método de diagnóstico limitado para esta patología, ya que no brinda mecanismos para determinar la gravedad de un síntoma según la edad del niño, su nivel de desarrollo, el sexo, la fuente de información o los aspectos culturales. El manual concede el mismo peso a cada criterio a la hora de realizar el diagnóstico, a pesar de la vasta evidencia que indica que todos los ítems de inatención e hiperactividad-impulsividad no poseen la misma capacidad para predecir el TDAH (Cardo et al., 2011).

La crítica más fuerte que realizan al modelo médico, en el que se fundamenta la terapia farmacológica de los trastornos mentales, es que entiende el TDAH como una disfunción cerebral del lóbulo prefrontal que se controla con psicoestimulantes, y que es de origen genético, hereditario, y de curso crónico dado que el fármaco no cura, sólo favorece la concentración del niño durante la duración de la vida del fármaco. Sostienen que esta lectura lineal, que toma como análogos los términos carga genética y enfermedad no pertenece al estado actual de la ciencia ni de los avances de la genética, y que tampoco ayudan a comprender, implicar y tratar todos los factores intervinientes en el TDAH.

Los autores de la concepción psicosocial afirman que los genes plantean los límites de lo posible. Es decir, que se pueden desencadenar determinados procesos a través de la interacción con el mundo externo si existe un terreno propicio. La plasticidad cerebral muestra que el cerebro es una variable dependiente de la conducta y de la cultura, que no causa ni crea las actividades y los asuntos humanos. Esta línea 8

teórica sostiene que el cerebro es un órgano mediador, no creador ni causa exclusiva de los trastornos mentales. Los factores contextuales, el ambiente, el tiempo y la interacción de los factores biopsicosociales no tienen un papel secundario sino que son primordiales en la conceptualización y el tratamiento del TDAH.

Los mismos autores afirman que el aumento de la prevalencia de TDAH puede estar relacionado con un modelo de sociedad que favorece la satisfacción inmediata frente a las contingencias negativas inmediatas. En el mundo desarrollado occidental, lo breve e inmediato le gana la partida a lo lento y duradero. Establecer límites y modelos de conducta organizada supone un importante esfuerzo educativo y requiere una gran inversión de tiempo por parte de los padres, elemento que cada vez es más escaso en la actualidad. Sucede entonces que exigimos a los niños planificación y organización, pero no los educamos para que estas funciones cognitivas superiores puedan desarrollarse.

Es por ello que la concepción psicosocial insiste en reivindicar y revalorizar el lugar de la psicoterapia. Esta línea teórica insiste en que la psicopatología de la infancia debe abordarse con un enfoque interdisciplinar integral y secuencial desde el origen de los síntomas psíquicos. De esta manera, afirman, es posible abordar los niveles de gravedad de los síntomas con diferentes aproximaciones terapéuticas y reservar el tratamiento farmacológico para los casos más severos (Pérez Fidalgo, 2013).

Investigaciones recientes realizadas con población clínica muestran que del total de las consultas por TDAH sólo un máximo del 30% presentaba realmente este trastorno. En el resto de los casos se diagnosticaron trastornos de las emociones, trastornos neuróticos y trastornos disociales, entre otros (Lasa Zulueta y Jorquera Cuevas, 2010; San Nicolás Cristóbal, Iraurgi Castillo, Azpiri Lejardi, Jara Segura y Urizar Uribe, 2011).

2.2 Etiología del TDAH

La etiología del TDAH es aún un tema de debate, los hallazgos son consistentes con una hipótesis multifactorial, indicando que es poco probable que un único factor sea suficiente para determinar el surgimiento del mismo. Las teorías actuales sobre TDAH coinciden en señalar que el déficit primario está asociado a una disfunción ejecutiva, considerando que el trastorno tiene una compleja combinación de factores genéticos, neurobiológicos y ambientales. (Rubiales, Bakker y Mejía, 2011).

La teoría respetada acerca de la etiología del TDAH sitúa la dificultad en un trastorno de la neurotransmisión de la corteza pre-frontal, lo cual afecta la planificación 9

y anticipación de eventos futuros y la planificación y la regulación de la conducta (Barkley, 2002; Gratch, 2000; Joselevich, 2003; Rubiales et al., 2011).

Joselevich (2003), afirma que el lóbulo frontal desempeña un rol central en la atención. Los niños con TDAH poseen una menor activación frontal, lo cual explicaría los problemas para sostener la atención y las dificultades para regular su conducta, dado que el lóbulo frontal ejerce una inhibición del sistema límbico.

En la etiología del trastorno también intervienen factores genéticos. Los estudios muestran mayor incidencia en padres y hermanos biológicos que en adoptivos, mayor concordancia entre gemelos idénticos y mayor frecuencia de enfermedades psiquiátricas en las familias de los niños con TDAH (AEPNYA, 2010; Barkley, 2002; Joselevich, 2003).

2.3 Criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico del TDAH

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad se caracteriza por un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, con una intensidad desadaptativa e incoherente en relación al nivel de desarrollo (Criterio A). Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención causantes de alteraciones pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad (Criterio B). Alguna dificultad originada por los síntomas debe presentarse por lo menos en dos ambientes, por ejemplo, en casa y en la escuela (Criterio C). Debe haber pruebas claras de deterioro en la actividad social, académica o laboral (Criterio D). Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un Trastorno Generalizado del Desarrollo, Esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad (Criterio E).

La desatención puede manifestarse en diferentes situaciones. Quienes padecen este trastorno pueden no prestar atención suficiente a los detalles o cometer errores por descuido en las tareas escolares o en otros trabajos (Criterio A1a). Los sujetos suelen experimentar dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas (Criterio A1b). A menudo parece que no escucharan cuando se les habla directamente (Criterio A1c). Los sujetos diagnosticados con este trastorno a menudo no siguen instrucciones y no finalizan tareas escolares, encargos u otros deberes (Criterio A1d). Para realizar este diagnóstico, se debe establecer que la causa de incapacidad para completar tareas es la inatención y que no se debe a otras posibles razones. Estos sujetos

frecuentemente tienen dificultades para organizar tareas y actividades (Criterio A1e). Asimismo suelen evitar o experimentar un fuerte disgusto hacia actividades que exigen un esfuerzo mental sostenido, como tareas escolares o domésticas (Criterio A1f). A menudo pierden los materiales necesarios para realizar una tarea (Criterio A1g). Quienes padecen TDAH se distraen con facilidad ante estímulos irrelevantes (Criterio A1h) y a menudo son descuidados en las actividades cotidianas (Criterio A1i).

La hiperactividad puede presentarse como inquietud de manos y pies o porque se mueven constantemente en su asiento (Criterio A2a), porque no logran permanecer sentados en situaciones en las que se esperan que así lo haga (Criterio A2b), porque corren o saltan excesivamente en situaciones en que resulta inadecuado hacerlo (Criterio A2c), experimentando dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio (Criterio A2d), a menudo parece que estuviesen “en marcha” o que tuviesen un motor (Criterio A2e), usualmente hablan en exceso (Criterio A2f). La hiperactividad debe evaluarse en función de la edad y el nivel de desarrollo del sujeto, dado que los niños pequeños son mucho más activos que los niños de edad escolar.

La impulsividad se manifiesta por dar respuestas antes de que las preguntas hayan sido completadas (Criterio A2g), por dificultad para esperar un turno (Criterio A2h), e interrumpir o entrometerse frecuentemente en las actividades de otros (Criterio A2i) (APA, 2002).

Para establecer el diagnóstico, se precisa que exista alguna alteración en por lo menos dos o más contextos en los que se desenvuelve el sujeto: el hogar, la escuela, el trabajo y las situaciones sociales (Criterio C). Habitualmente, la disfunción varía en los diferentes ambientes, empeorando en aquellas situaciones que exigen atención o esfuerzo mental. Los signos del trastorno pueden ser mínimos cuando el sujeto se encuentra muy controlado, en una actividad especialmente interesante o en una situación de relación personal de uno a uno. Los síntomas tienden a producirse con más frecuencia en situaciones grupales (APA, 2000).

Aunque la mayoría de los casos presentan los patrones de desatención e hiperactividad-impulsividad, el trastorno posee diferentes variantes en función de la sintomatología: subtipo combinado, que implica seis o más síntomas de desatención y seis o más síntomas de hiperactividad; subtipo desatento, que corresponde a los patrones que presentan seis o más síntomas de desatención pero menos de seis en hiperactividad; y subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo, para patrones que presentan seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad y menos de seis para desatención. En 11

todos los casos los síntomas deben presentarse durante los seis meses anteriores (APA, 2000; San Nicolás Cristóbal et al., 2011).

A partir de la publicación del DSM-5 se introducen algunos cambios categoriales, el Trastorno por Déficit de Atención y sus subtipos pasan a integrar la categoría de Trastornos del neurodesarrollo. Además es posible definir la gravedad del trastorno como leve, moderado o severo en base a la cantidad de síntomas presentes y a cómo éstos afecten la vida del paciente. Asimismo es posible especificar que el trastorno se encuentra en remisión parcial si los síntomas no se presentaron en los últimos seis meses, pero se mantiene el deterioro de la vida social, académica o laboral (APA, 2013).

2.4 Diagnóstico diferencial

El diagnóstico del TDAH resulta complejo ya que es un síndrome compuesto por síntomas variados, que también se presentan en la población general aunque con menor frecuencia e intensidad. En la actualidad el mismo es fundamentalmente clínico, y se realiza con el apoyo de los criterios de funcionamiento de los sistemas de clasificación como el DSM-IV-TR y CIE-10 (Rubiales et al., 2011).

Los sistemas de clasificación internacionales informan una alta comorbilidad para el TDAH, ello vuelve prioritario realizar un adecuado diagnóstico diferencial para discernir lo diverso entre lo aparentemente idéntico (Piro, Piazze y Torres, 2012).

La comorbilidad en el TDAH supone un problema importante, pues resulta complicado discernir los efectos asociados al trastorno de las comorbilidades en sí mismas. Es posible distinguir tres tipos de trastornos comórbidos: trastornos externalizantes, entre los que se encuentran el Trastorno Opositor Desafiante y el Trastorno de Conducta; trastornos internalizantes, como ansiedad y depresión; y trastornos del aprendizaje.

Al realizar el diagnóstico, la entrevista clínica con el paciente y con las personas de su entorno, como padres o profesores, debería ser la herramienta primaria. Los test, escalas y cuestionarios deberían ser utilizados como ayuda complementaria y accesoria a las entrevistas. (San Nicolás Cristóbal et al., 2011).

Dado que los síntomas característicos del TDAH no son patognomónicos de este trastorno, es indispensable realizar un diagnóstico diferencial evolutivo, médico, neurológico, psiquiátrico y social. 12

En lo evolutivo se debe distinguir el TDAH de la inatención, impulsividad e hiperactividad normales para la edad y el nivel de desarrollo del niño. Además, algunas enfermedades médicas y/o el uso de algunos fármacos pueden generar un cuadro clínico similar al TDAH. Entre las enfermedades médicas se encuentran la malnutrición, alteraciones del sueño, déficits sensoriales, enfermedades endócrinas, intoxicaciones y enfermedades genéticas, como la fenilcetonuria. Es necesario descartar que los síntomas no sean producidos por alguno de ellos antes de efectuar el diagnóstico.

Ciertas enfermedades neurológicas, como el trastorno epiléptico y el daño cerebral perinatal, también pueden manifestarse de forma similar al TDAH. Del mismo modo, las dificultades sociales o los eventos estresantes pueden cursar clínicamente de manera análoga a este trastorno.

Por último, en el ámbito psiquiátrico, el abuso de sustancias, los trastornos del humor, del comportamiento, del espectro autista, del aprendizaje, de ansiedad, los trastornos psicóticos, el Trastorno por Tics y el Retraso Mental comparten los síntomas del TDAH. Frecuentemente es difícil realizar el diagnóstico diferencial, la causa de ésta dificultad radica en el solapamiento de síntomas y en que hasta en el 70% de los casos el TDAH se asocia a uno de estos trastornos. Se recomienda, por ello, realizar una historia clínica exhaustiva. En la tabla 1 se detallan los síntomas que comparte el TDAH con otros trastornos psiquiátricos y aquellos que lo diferencian (AEPNYA, 2010).

Tabla 1.

Diagnóstico diferencial entre enfermedades psiquiátricas	TDAH y Trastorno	Síntomas comunes (presentes en ambos trastornos)	Síntomas diferenciales (No presentes en el TDAH)
Trastornos depresivos		Dificultad para concentrarse, autoconcepto, rendimiento académico.	Tristeza, disminución de la energía, insomnio, ideas de muerte o suicidio.
BP		Logorrea, energía excesiva, impulsividad, distraibilidad, insomnio de conciliación.	taquialia, Euforia, grandiosidad, irritabilidad extrema, pensamiento acelerado, disminución de necesidad de sueño, psicosis,

		hipersexualidad.
T. del comportamiento (TND o TC)	Escasa tolerancia a la frustración con reacción de irritabilidad, desobediencia, impacto negativo en las relaciones sociales.	Hostilidad, resentimiento, actitud vengativa y rencorosa, siempre enfadado (TND). Problemas legales, violaciones serias de las normas sociales o derechos de los otros (TC).
T. del aprendizaje matemático, diferencia >15 puntos entre CI verbal y manipulativo.	No escucha, no comprende, bajo rendimiento escolar.	Dificultad para lectura, escritura o cálculo
T. de ansiedad	Inquietud psicomotriz, despistes, falta de concentración, evitación (relaciones sociales, colegio), rendimiento por debajo de su CI.	Ansiedad anticipatoria, aprensión incontrolable, miedos, preocupaciones.
T. por abuso / abstinencia de sustancias	Falta de concentración, distraibilidad, agitación, impulsividad, irritabilidad.	Sueño, apetito y libido alterados, marcha inestable, nistagmo.
TGD / TEA	Desarrollo psicomotor retrasado, mala interacción social, rabietas, estereotipias motoras, problemas de lenguaje.	Intereses restrictivos y estereotipado, dificultad para la comunicación verbal y no verbal, falta de reciprocidad social.
TT / Sd de Tourette	Inatención, impulsividad, tics.	Tics constantes con gran impacto.
Esquizofrenia	Inatención, apatía.	Alucinaciones, delirios, desorganización.
RM	Inatención, fracaso escolar, impulsividad	CI <70, síntomas TDAH excesivos para su edad mental

T: trastorno; Sd: síndrome; CI: coeficiente intelectual; TGD: Trastorno Generalizado del Desarrollo; TT: Trastorno por Tics; RM: Retraso Mental; BP: Enfermedad Bipolar; TEA: Trastorno del Espectro Autista

Fuente: Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (2010). *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

2.5 Características primarias y secundarias de los niños con TDAH

Es posible definir el TDAH a partir de sus síntomas primarios como un trastorno de base neurobiológica que se manifiesta por grados inapropiados de atención, hiperactividad e impulsividad.

Los niños diagnosticados con este trastorno presentan además otros síntomas / características que se consideran secundarios, entre ellos, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, baja tendencia a postergar gratificaciones, arriesgarse demasiado, dificultad para seguir instrucciones, trabajar de forma irregular y escasas relaciones sociales (Joselevich, 2003; López et al., 2011; Rief, 1999).

La dificultad para mantener la atención se manifiesta también como dificultad para concentrarse. Los niños diagnosticados con TDAH tienen problemas para conservar la atención, con la duración de la misma y con la persistencia en el esfuerzo. Es por ello que les resulta arduo dedicarse a una tarea tanto tiempo como el resto de los niños, especialmente en aquellas que son más largas o aburridas de lo habitual. 14

El exceso de movimiento o hiperactividad puede presentarse como inquietud, golpear con las manos o los pies de forma repetida, moverse innecesariamente, levantarse o moverse incesantemente de su asiento, jugar de manera constante, cantar o tararear y hablar en exceso o en momentos en los que deberían guardar silencio. Esto hace que su conducta sea difícil de ignorar y resulte disruptiva. Además, los niños con TDAH no controlan su nivel de actividad para cumplir con las demandas del momento y les resulta muy difícil disminuir el ritmo de actividad. Es por ello que suelen tener problemas, por ejemplo, para pasar de un juego activo en los recreos a actividades más tranquilas como las de clase.

La dificultad para controlar los impulsos se evidencia, por ejemplo, en los momentos de espera entre actividades o cuando deben aguardar su turno, momentos en los que están más inquietos que los niños de poblaciones no clínicas. Asimismo, los niños diagnosticados con TDAH suelen tener pensamiento impulsivo, por lo que les resulta difícil concentrarse e inhibir pensamientos que no estén relacionados con la tarea que están realizando (Barkley, 2002).

Entre las características secundarias se encuentra la baja autoestima. Muchos alumnos se consideran incompetentes por la vivencia de sucesivos fracasos, lo cual produce una autoimagen muy pobre. Resulta substancial ayudar a estos niños a sentirse bien consigo mismos y favorecer las vivencias de autoeficacia (Joselevich, 2003).

Asimismo poseen baja tendencia a postergar gratificaciones. La falta de habilidad para persistir en una tarea aburrida se considera un síntoma de inmadurez. A medida que los niños crecen son capaces de postergar gratificaciones más grandes o interesantes por más tiempo. Los niños con TDAH, en cambio, tienden a elegir recompensas inmediatas aunque sean más pequeñas que las que podrían obtener esperando más tiempo o trabajando más (Barkley, 2002).

Los niños con TDAH también suelen tener más accidentes que el resto de los niños debido a que se arriesgan demasiado por actuar impulsivamente sin pensar en las consecuencias de su conducta (Rief, 1999).

La dificultad para seguir instrucciones produce que las órdenes que se le dan al niño tengan poco impacto en su conducta. Esta dificultad es consecuencia de la falta de atención y provoca que los adultos deban recordar constantemente lo que se les pidió que hagan. Por este motivo los niños con TDAH suelen ser vistos como inmaduros, vagos, desmotivados e irresponsables (Barkley, 2002). 15

Otro síntoma secundario es que su trabajo es irregular, a veces pueden finalizar su tarea sin dificultad, y otras veces trabajan muy poco aunque tengan mucha supervisión. El problema es que tienen dificultades para mantener el patrón de trabajo y productividad. Por este motivo muchas veces son catalogados como vagos. Es probable que esta característica sea un subproducto del escaso control de los impulsos (Barkley, 2002).

3. Familia y TDAH

Barkley (2002), afirma que el entorno familiar es sumamente importante para entender al niño con TDAH. Las relaciones con sus padres y sus hermanos suelen diferir de las que se presentan en otras familias. Por ejemplo, el nivel de conflicto suele ser mayor, los otros miembros de la familia con frecuencia reaccionan de forma más negativa hacia el niño y los padres suelen experimentar más estrés que las familias con niños sin TDAH. Además, frecuentemente se considera que los síntomas del niño se deben a la educación que recibe, a que proviene de una familia disfuncional y que podrían remediarse con más disciplina, más organización y más límites.

Si bien el trastorno tiene bases neurobiológicas, el ambiente tiene un rol fundamental en la forma de expresión de las conductas y en el significado que se les atribuya. La disfunción familiar es uno de los factores de riesgo en la génesis, evolución y desarrollo de desórdenes de conducta, asimismo hay una fuerte relación entre las relaciones familiares, la autoestima y el autoconcepto. Estos argumentos llevan a considerar la prevención y el rol del ambiente como claves de intervención, permitiendo el surgimiento de los modelos de intervención psicosocial (Giusti et al., 2004).

La implementación de programas de modificación de conducta para padres de niños diagnosticados con TDAH produjeron cambios en diferentes esferas: en la conducta de los niños, en las relaciones entre padres e hijos y en el funcionamiento familiar. Además, la implicación de los padres en el aprendizaje de sus hijos y la colaboración mutua entre la familia y la escuela son factores que favorecen la mejora en la situación académica de los niños (Presentación Herrero, Siegenthaler Hierro, Jara Giménez y Casas, 2010).

Los especialistas en la temática coinciden en que si los padres y los profesores de estos niños trabajan de forma conjunta se obtienen mejoras tanto conductuales como en el aprendizaje escolar. Esta afirmación se basa en diferentes argumentos, en primer lugar, si los niños están recibiendo medicación los docentes pueden aportar a los padres 16

información sobre los efectos que ésta va produciendo a lo largo del tiempo. Con estos datos la familia informa a los médicos, permitiendo ajustar la dosis en cada caso (Siegenthaler Hierro y Presentación Herrero, 2011).

Por otro lado, si los padres conocen detalladamente las realizaciones de los niños en el ámbito escolar pueden fomentar sus actuaciones y su aprendizaje. Finalmente, en la mayoría de los programas de intervención se obtuvieron mejoras significativas premiando a los estudiantes en su hogar por conductas que realizan en el contexto escolar y viceversa (Barkley, 2002; Giusti et al., 2004; Siegenthaler Hierro y Presentación Herrero, 2011).

Los autores del enfoque psicosocial afirman que para realizar el diagnóstico resulta relevante utilizar la información procedente de los padres y profesores del niño en forma conjunta para poder cotejarla y obtener datos clínicos fiables. De este modo es posible examinar de forma minuciosa aquellos síntomas que puedan generar confusiones. Un problema que se presenta en la actualidad es que se pone el foco en los signos conductuales presentados por el niño y en las consecuencias que éstos acarrearán. Probablemente por dos motivos: muchos padres no tienen tiempo ni recursos para captar los cambios más sutiles de sus hijos y porque los niños pasan cada vez menos tiempo en su casa por las actividades escolares y extraescolares que realizan (San Nicolás Cristóbal et al., 2011).

En los últimos años está aumentando el número de consultas por TDAH y su prevalencia en la población escolar, debido a dos causas principales. En primer lugar, se observa una alarma social sobre el TDAH entre los padres y docentes de los niños de la escuela primaria. En segundo lugar, el temor frente a la posibilidad de un futuro fracaso escolar, puede llevarlos a consultar frente a los primeros síntomas.

El enfoque psicosocial sostiene que en la práctica la terapia psicológica queda relegada a un tercer lugar, siendo el tratamiento más frecuente para el TDAH la combinación de tratamiento farmacológico y tratamiento psicopedagógico o de apoyo escolar. De este modo se privilegia la atención de los síntomas relativos al fracaso escolar y al rendimiento académico, pero se olvida que si existen pautas de relación alteradas padres-hijos, la introducción del uso de un fármaco que mejore la sintomatología del niño no favorece el que estas pautas se aclaren, entren en conflicto y evolucionen.

Los mismos autores afirman que la sociedad occidental favorece la satisfacción inmediata. Para los padres establecer límites y modelos de conducta organizada implica

un importante esfuerzo educativo y requiere una gran inversión de tiempo. Se exige a los niños planificación y organización, pero no los educamos para que puedan desarrollarlas. Es por ello que la concepción psicosocial insiste en reivindicar y revalorizar el lugar de la psicoterapia. Esta línea teórica insiste en que la psicopatología de la infancia debe abordarse con un enfoque interdisciplinar integral y secuencial desde el origen de los síntomas psíquicos. De esta manera, afirman, es posible abordar los niveles de gravedad de los síntomas con diferentes aproximaciones terapéuticas y reservar el tratamiento farmacológico para los casos más severos (Pérez Fidalgo, 2013). Wainstein (2000), afirma que el modelo estructural es uno de los mayores aportes para una comprensión psicosocial de la enfermedad mental, porque establece que el modo de organización familiar es un determinante de la etiopatogenia de los trastornos mentales. Según éste modelo las fronteras de una familia regulan el contacto y los intercambios dentro y fuera de la misma, y son un parámetro útil para evaluar su funcionamiento. Las fronteras rígidas y las difusas son consideradas factores de riesgo para la familia, y suelen producir que algún miembro quede atrapado en el rol de víctima de una familia disfuncional.

En las familias aglutinadas se observa un aumento desmedido de la comunicación y la preocupación entre los miembros. Los límites entre ellos desaparecen y la diferenciación se vuelve difusa. En las familias desligadas, en cambio, los miembros tienen una dependencia mínima entre ellos, los límites son muy rígidos y sus mecanismos de apoyo se activan sólo cuando se enfrentan a niveles muy altos de estrés (Minuchin y Fishman, 1981).

Paz (2007), afirma que una de las características de las familias disfuncionales es la negación de los problemas, por lo cual éstos nunca se resuelven.

3.1 Intervenciones psicoeducativas sugeridas a la familia

Barkley (2002), afirma que se debe intentar aumentar la novedad, estimulación o diversión de las tareas para fortalecer la baja tendencia a postergar gratificaciones que presentan los niños con este trastorno. Como así también, proporcionar refuerzos o consecuencias atractivas que puedan darse inmediatamente por completar la actividad.

Para ayudar a los niños con TDAH a lograr una vida más satisfactoria, productiva y gratificante, las intervenciones deben contemplar el desarrollo de las fortalezas personales. Es importante que los padres de los niños con este trastorno promuevan la ampliación de la red social y la utilización de los apoyos sociales. Se 18

recomienda que favorezcan el entrenamiento en habilidades de comunicación y estrategias de afrontamiento.

Los vínculos familiares armoniosos y las relaciones con el docente y los pares desarrollan la confianza mutua y generan en el niño sentimientos de ser comprendido, respetado y amado.

El reconocimiento realista de las capacidades, limitaciones e intereses, el control emocional y el sentimiento de control personal aumentarán la probabilidad de superar con éxito las situaciones difíciles (Miranda Casas, Herrero, Jesús, Colomer Diago, y Roselló Miranda, 2011).

Robledo Ramón, García Sánchez y Díez González (2012), sostienen que los padres de alumnos con problemas para aprender se implican más en la educación de sus hijos. En la esfera escolar, colaboran y mantienen una comunicación fluida con los docentes. En el hogar promueven ambientes físicos agradables y seguros para los niños, y ofrecen actividades orientadas al rendimiento.

4. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el ámbito educativo

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es uno de los problemas más comunes en la edad escolar (García et al., 2013).

Diversos autores señalan que la escuela, como institución, es un lugar para el aprendizaje y la interacción social que propone retos y demandas. El aula exige que los alumnos sigan normas, interactúen apropiadamente con sus compañeros y docentes, aprendan lo que se les está enseñando y respeten el aprendizaje y las actividades de los otros alumnos. Para poder cumplir con ellos los niños deben hacer uso de sus mecanismos de adaptación (Presentación Herrero et al., 2010; Siegenthaler Hierro y Presentación Herrero, 2011).

Un buen ajuste al contexto escolar produce experiencias positivas, y un mal ajuste al mismo promueve la vivencia de experiencias negativas. Teniendo en cuenta que para todos los niños puede resultar complejo ajustarse a las demandas del sistema escolar, esto es aún más difícil para los niños con diagnóstico de TDAH. Estos niños, en comparación con los niños de muestras no clínicas, tienden a tener bajo rendimiento académico, relaciones sociales pobres y pueden presentar conductas que interrumpen y alteren el clima y la dinámica de las clases. El resultado para la mayoría de ellos es una multiplicidad de problemas que afectan de forma cualitativa y cuantitativa sus logros académicos, su desempeño escolar, su comportamiento, a las relaciones con sus pares y

su autoconcepto (Presentación Herrero et al., 2010; Siegenthaler Hierro y Presentación Herrero, 2011).

Diferentes trabajos han mostrado que la utilización de programas de intervención y / o de estrategias didácticas en las aulas han sido eficaces para el progreso académico, social y emocional del niño con TDAH. Entre estas estrategias se encuentran aquellas utilizadas por los docentes para potenciar la atención, para desarrollar la autorregulación y el aprendizaje, y para regular la motivación y las emociones estos niños en las aulas. Es por ello que resulta importante formar a los maestros y autoridades escolares para mejorar la educación de los alumnos con TDAH (Siegenthaler Hierro y Presentación Herrero, 2011).

Miranda (2011), investigó las variables de funcionamiento ejecutivo y motivacionales que predicen el rendimiento de niños con TDAH en comprensión numérica, cálculo y solución de problemas. La autora sostiene que la ansiedad, la actitud, las atribuciones causales y el autoconcepto (variables motivacionales) tienen mayor valor predictivo sobre la mayoría de los procesos matemáticos que las funciones ejecutivas (memoria de trabajo verbal, memoria de trabajo viso-espacial, atención e inhibición).

4.1 Intervenciones psicoeducativas

Los síntomas principales que padecen los niños con TDAH (inatención, impulsividad e hiperactividad) se manifiestan en múltiples esferas a lo largo de toda la escolaridad y explican las características conductuales que adquieren estos niños en el ámbito escolar y familiar (Giusti et al., 2004).

En el contexto escolar se tornan evidentes las dificultades que posee el niño en diferentes esferas de su vida: problemas de aprendizaje, problemas de conducta y problemas emocionales, que afectan la calidad de vida del niño.

Habitualmente se pretende que los alumnos se adapten al ámbito escolar, pero éste también puede ser modificado para que resulte óptimo para abordar las características de cada niño. Esto es especialmente necesario en el caso de los niños con TDAH, y estas adaptaciones pueden realizarse mediante intervenciones psicoeducativas u otros programas de intervención.

En las edades en que se comienza a diagnosticar el TDAH, el espacio escolar comienza a cobrar tal importancia que casi supera al familiar. A las crecientes exigencias académicas se suma la necesidad de conseguir un lugar en el grupo de pares. 20

Los niños con este trastorno tienen dificultades para el aprendizaje de los contenidos curriculares y para lograr integrarse socialmente en el grupo (Pérez, García, Rodríguez, Gutiérrez, & Marcos, 2006).

Como señalan diversos autores, la mayoría de los alumnos con TDAH presentan comportamiento significativamente diferente al de sus compañeros desde el comienzo de la educación inicial. A medida que avanzan a las siguientes etapas de la escolarización, aumentan los resultados negativos tanto en el funcionamiento académico como en el conductual. Las dificultades más frecuentes se presentan en tres esferas: problemas atencionales, problemas de autorregulación cognitiva y problemas emocionales y motivacionales (Barkley, 2002; Siegenthaler Hierro y Presentación Herrero, 2011)

La opinión de los maestros sobre las desviaciones de la “normalidad” es fundamental dado que conviven diariamente con una cohorte de niños de similar edad en un ambiente estructurado. Los informes y opiniones que puedan enviar a las familias son esenciales para poder realizar el diagnóstico específico de TDAH (Pérez et al., 2006).

Numerosos autores señalan la eficacia de la aplicación de intervenciones psicoeducativas en el contexto del aula. Si las mismas se utilizan teniendo en cuenta las necesidades y particularidades de cada alumno y de la institución educativa, los niños con TDAH pueden regular su conducta y su aprendizaje, se minimizan las problemáticas asociadas, se mejora el rendimiento académico y las relaciones sociales con sus pares (Barkley, 2002; Siegenthaler Hierro y Presentación Herrero, 2011).

Entre los problemas atencionales se encuentran dificultades para mantener la atención en tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, problemas para seguir instrucciones, para organizar y finalizar las tareas solicitadas. Tienen dificultades para seleccionar la información relevante, se distraen fácilmente y extravían sus pertenencias reiteradamente. En la tabla 2 se detallan las habilidades necesarias para un buen aprendizaje y ajuste escolar, los problemas atencionales más frecuentes y las intervenciones psicoeducativas que pueden realizar los docentes y el personal escolar para potenciar la atención de los niños con TDAH (Barkley, 2002; Siegenthaler Hierro y Presentación Herrero, 2011).²¹

Tabla 2.

HABILIDADES PARA EL APRENDIZAJE Y AJUSTE ESCOLAR, PROBLEMAS E INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS PARA POTENCIAR LA ATENCIÓN DE LOS NIÑOS CON TDAH EN EL AULA	DIFICULTADES DE LOS NIÑOS CON TDAH	DE INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS
HABILIDADES PARA EL APRENDIZAJE Y AJUSTE ESCOLAR Realizar un esfuerzo mental sostenido	Dificultad para mantener la atención (tareas largas y/o complejas)	Ajustar la dificultad, el tiempo y la cantidad de tareas Segmentar las tareas en objetivos parciales, reforzar el logro de los mismos y motivar el avance hacia el objetivo final Corregir frecuentemente, no esperar a que finalice Pedirle que explicita pasos de la tarea que realiza

Atender a las explicaciones y mantenerse concentrado

Tendencia a la dispersión

Favorecer el contacto ocular

Ubicarse cerca del alumno y supervisar su trabajo

Ubicar al niño entre alumnos atentos y concentrados

Utilizar ayudas visuales, por ejemplo palabras clave o dibujos junto a la explicación

Usar auriculares con música relajante para eliminar distractores

Retirar del pupitre los elementos que puedan distraerlo

Emplear señales (verbales o no) acordadas con el alumno para recordarle “mira”, “escucha”

Ubicarlo lejos de puertas y ventanas

Pedir que repita las indicaciones dadas

Realizar preguntas frecuentes al explicar un nuevo tema

Utilizar refuerzos y alabanzas

Permitir excepciones, como dar exámenes orales en lugar de tener pruebas

escritas o que dicten las respuestas de las tarea a sus padres

Cuidar las condiciones de trabajo en grupos para evitar las distracciones y la desorganización

Tener materiales de trabajo de reserva para evitar distracciones por no contar con ellos

Capacidad para Escasos recursos distinguir los conceptos para seleccionar relevantes y los procesar la secundarios información relevante

y Destacar lo esencial del mensaje: cambiar el tono de voz, gesticular más, etc.

Antes de las explicaciones hacer un listado de conceptos o aspectos importantes a exponer

Utilizar un lenguaje claro

Usar recursos didácticos para destacar lo importante: p. e. con tizas de colores

Proporcionar tutoría de un compañero que ayude a revisar las tareas y las lecciones

En los controles utilizar un formato sencillo: con una o dos preguntas por página, separadas por

amplio espacio, y destacar los epígrafes
Elegir actividades que destaquen los conceptos fundamentales, que no incluyan dibujos sin relación con las tareas. Deben presentarse una o dos actividades por página
Utilizar diferentes tonos de voz y otros recursos para mantener la atención de los alumnos

Fuente: Elaborado en base a Barkley, R. A. (2002). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*(2ª ed.). Barcelona, Paidós y Siegenthaler Hierro, R., PresentaciónHerrero, M. J., (2011). Estrategias didácticas inclusivas en TDAH. Universitat Jaume I. Castellón. España Centre d'Estudis Vall de Segó

Recuperado de

<http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/36960/52132.pdf?sequence=1>

Fomentar una buena organización es un elemento clave en la educación de estos niños. Del mismo modo, es importante establecer un horario de clase sistemático y establecer estrategias para que los alumnos puedan recordarlo en todo momento. Los problemas de autorregulación cognitiva que padecen se presentan en el aprendizaje como limitaciones para organizarse, planificar, analizar, sintetizar y realizar deducciones. Quienes han sido diagnosticados con este síndrome tienen dificultades para seguir normas, reglas o instrucciones. En la tabla 3 se detallan las habilidades necesarias para un buen aprendizaje y ajuste escolar, los problemas atencionales más frecuentes y las intervenciones psicoeducativas que pueden realizar los docentes y el personal escolar para potenciar el aprendizaje y la autorregulación de los niños con TDAH en el aula (Barkley, 2002; Siegenthaler Hierro y Presentación Herrero, 2011).

Tabla 3.

Habilidades para el aprendizaje y ajuste escolar, problemas e intervenciones psicoeducativas para potenciar la autorregulación y el aprendizaje de los niños con TDAH en el aula

DIFICULTADES DE LOS NIÑOS CON TDAH

DE INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS

HABILIDADES PARA

EL APRENDIZAJE

Y AJUSTE ESCOLAR

Respetar y

cumplir las normas del

aula

Problemas para

Seguir reglas,

Instrucciones y

consignas

Pedir que repita las normas sociales del aula, en especial ante situaciones problemáticas

Proponer actividades cortas y variadas

Dar consignas simples, con palabras claras y sencillas

Utilizar recursos atractivo para que el aprendizaje sea dinámico

Solicitar periódicamente una autoevaluación de los alumnos

Capacidad de

organización

Baja capacidad de

organizarse

para alcanzar

Conversar sobre las consignas y tareas para

objetivos

verificar que se comprenden los criterios de ejecución y presentación

Usar una agenda para recordar las tareas pendientes

Facilitar el trabajo cooperativo y la tutorización entre compañeros

Mantener el espacio y los materiales de trabajo ordenados

Flexibilidad frente a los cambios **Dificultad ante los cambios de rutina y/o niveles de actividad**

Anticipar los cambios, evitar las sorpresas por los cambios de rutina

Utilizar señales para facilitar la transición entre actividades

Evitar tiempos largos de espera entre actividades

Estructurar los períodos no reglados, por ej. los actos escolares, los traslados

Utilizar técnicas para tranquilizar a los alumnos para pasar de actividades más intensas a otras más tranquilas

Habilidades creativas y para alcanzar metas	Dificultades para planificar tareas y estrategias	<p>Plantear metas y logros inmediatos</p> <p>Realizar un seguimiento individual</p> <p>Favorecer el uso de categorías y la jerarquización</p> <p>Explicar con claridad al estudiante lo que se espera que haga, no lo que no se desea que haga</p> <p>Dialogar sobre trabajos asignados, tratando de que tenga conciencia de criterios de ejecución y presentación</p>
--	--	--

Capacidad analítica, sintética y deductiva	Problemas para hacer inferencias y dificultades en los procesos de análisis y/o síntesis de la información	<p>Explicitar el paso a paso de los procedimientos</p> <p>Dar instrucciones cortas</p> <p>Utilizar materiales ordenados con clasificaciones y jerarquizaciones claras</p> <p>Ofrecer problemas concretos cuando se solicite realizar inferencias causales y predictivas</p>
---	---	---

Fuente: Elaborado en base a Barkley, R. A. (2002). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales* (2ª ed.). Barcelona, Paidós y

Siegenthaler Hierro, R., Presentación Herrero, M. J., (2011). Estrategias didácticas inclusivas en TDAH. Universitat Jaume I. Castellón. España Centre d'Estudis Vall de Segó Recuperado de <http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/36960/52132.pdf?sequence=1>

Usualmente los niños con TDAH poseen problemas emocionales y motivacionales que se expresan en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelven. El bajo control emocional suele originar conductas agresivas, arrebatos emocionales, labilidad emocional, baja tolerancia a la frustración, autoritarismo, baja autoestima y sentimientos de indefensión. La mayoría de estos niños tiene problemas tanto con los adultos como con sus pares por sus comportamientos disruptivos, antisociales o agresivos. Como alumnos suelen manifestar poco interés por las tareas y actividades escolares, por ello es importante que las tareas se relacionen con sus intereses y experiencias. Al ayudarlos a recordar y concretar los objetivos se promueve la vivencia de experiencias positivas en el ámbito escolar. Las actividades y experiencias que permitan a alumnos con TDAH desarrollar sentimientos de responsabilidad y participación conseguirán también que aprendan a mantener el autocontrol de sus emociones. En la tabla 4 se detallan las habilidades necesarias para un buen aprendizaje y ajuste escolar, los problemas atencionales más frecuentes y las intervenciones psicoeducativas que pueden realizar los docentes y el personal escolar para regular la motivación y las emociones de los niños con TDAH en el aula (Barkley, 2002; Siegenthaler Hierro y Presentación Herrero, 2011).

Tabla 4.

Habilidades para el aprendizaje y ajuste escolar, problemas e intervenciones psicoeducativas para regular la motivación y las emociones de los niños con TDAH en el aula

HABILIDADES PARA EL APRENDIZAJE Y AJUSTE ESCOLAR	DIFICULTADES DE LOS NIÑOS CON TDAH	INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS
Autocontrol de las emociones	Insuficiente control emocional	Entrenamiento en habilidades sociales Proponer tareas que

**Interés por el
aprendizaje**

**Escasa o nula
motivación
intrínseca**

acrecienten su
responsabilidad y
autoeficacia

Hablar con el niño sobre
sus emociones para que
reflexione sobre sí mismo
y sus conductas

Impulsar su participación
y colaboración en el aula

Relacionar los contenidos
con los intereses y
experiencias del niño

Proponer actividades
acordes a sus capacidades,
que le permitan sentirse
capaz y exitoso

Explicitar los objetivos de
aprendizaje de cada tarea

Fragmentar las actividades
en metas a corto plazo

Variar las características
de la tarea con frecuencia

**Locus de control
interno**

Sesgo atribucional

Orientar sobre los errores
cometidos de manera
constructiva

Procurar que tenga
interacciones satisfactorias
con el docente y con sus
pares

Fuente: Elaborado en base a Barkley, R. A. (2002). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales* (2ª ed.). Barcelona, Paidós y Siegenthaler Hierro, R., Presentación Herrero, M. J., (2011). Estrategias didácticas inclusivas en TDAH. Universitat Jaume I. Castellón. España Centre d'Estudis Vall de Segó

Recuperado

de

<http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/36960/52132.pdf?sequence=1>

Los diferentes autores coinciden en que es necesario que las interacciones docente-alumno con TDAH sean satisfactorias y que la colaboración entre los padres y los profesores de estos niños lleva a lograr mejoras conductuales y en el aprendizaje escolar. Si los padres conocen lo que sus hijos hacen como alumnos pueden potenciar sus logros y su aprendizaje (Giusti et al., 2004; Siegenthaler Hierro y Presentación Herrero, 2011).

5. Metodología

5.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo de caso único.

5.2 Participante

Se trata de un niño con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), de género masculino, de ocho años de edad. El mismo reside en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Su grupo familiar está compuesto por su mamá, su papá, de una hermana de y un hermano . Los padres están separados y cada uno ha vuelto a formar pareja. Su nivel socioeconómico es medio-alto.

El niño asiste a un colegio religioso privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, al que ingresó en sala de cuatro años. Al momento de tomar contacto con él se encontraba finalizando segundo grado de la escolaridad primaria.

Resulta importante destacar que por cuestiones de secreto profesional no se dará a conocer el nombre del niño y se utilizará la letra F para referirse a él. Por el mismo motivo no se conocerá el nombre de los profesionales involucrados ni el nombre del establecimiento educativo al que asiste. 26

5.3 Instrumentos

Para la elaboración del presente trabajo se utiliza la información obtenida a través de diferentes instrumentos. Entre ellos, el legajo escolar en el que constan los datos personales y familiares del alumno. Este documento también incluye las interacciones del EOE, los docentes y los directivos con el niño, su familia y los profesionales que lo atienden fuera del ámbito escolar.

Para realizar el análisis sobre el rendimiento académico del alumno se observan las calificaciones obtenidas en la planilla de notas del mismo, teniendo en cuenta que en este establecimiento educativo los alumnos poseen una Media de ocho puntos.

También se incluyen los datos contenidos en el informe psicológico realizado por la psicóloga con la que estaba en tratamiento y en las evaluaciones psicopedagógica y neuropsicológicas. Asimismo se incluye la información obtenida en las entrevistas no participantes con el alumno, su madre, maestros, directivos del establecimiento educativo y con el jefe del EOE.

5.4 Procedimiento

El presente trabajo presenta un cuerpo teórico sobre el TDAH en el cuál se realiza un recorrido bibliográfico a través de las características del mismo, su relación con el rendimiento académico y con el contexto familiar. A continuación se examinan los datos obtenidos a partir de los diferentes instrumentos para analizar si en F se observan los criterios diagnósticos del TDAH según el DSM-IV-TR. Luego se describe el historial académico y escolar del niño y su contexto familiar. Finalmente, se describe el impacto del caso en la institución educativa y las estrategias implementadas por el Colegio frente al mismo.

6. Desarrollo

6.1 Análisis del caso.

Al momento de realizar las observaciones el niño F. tiene ocho años y fue diagnosticado con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) hace menos de seis meses. Ingresó como alumno de la institución educativa, en sala de 4 años del nivel inicial. Mientras cursaba segundo grado de la escuela primaria, es llevado por sus padres al Departamento de Neuropsiquiatría 27

para que realicen una evaluación. Tras la misma, los padres informan al Colegio el diagnóstico. El rendimiento académico del niño es bajo en comparación con la población que asiste al mismo establecimiento educativo.

La institución cuenta con un Equipo de Orientación Escolar (EOE) El EOE trabaja con los alumnos de los niveles inicial, primario y secundario. En el nivel primario el equipo se compone por un psicólogo, una psicóloga, un psicopedagogo y una psicopedagoga.

El EOE mantiene entrevistas con los padres y los profesionales externos que atienden a los alumnos, realiza observaciones de los alumnos en forma individual o grupal en el gabinete, en los recreos y en las aulas, toma evaluaciones proyectivas y psicométricas a los estudiantes, sugiere derivaciones a tratamiento psicopedagógico o psicológico a aquellos niños que presentan dificultades y realiza talleres con padres y alumnos sobre las problemáticas que presente la población escolar.

6.2 Síntomas de TDAH en el niño

Para establecer el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad el DSM-IV-TR indica que deben cumplirse ciertos criterios. El niño F. ingresó al Colegio en el nivel inicial y en segundo grado de primaria fue diagnosticado con este trastorno. El diagnóstico fue realizado tras realizar una evaluación neuropsicológica y psicopedagógica. Los informes de las dos evaluaciones neuropsicológicas se incluyen en los Anexos 1 y 2.

Tal como afirman Rubiales et al. (2011) establecer el diagnóstico del TDAH resulta complejo dado que es un síndrome integrado por diversos síntomas, que también se encuentran en la población general aunque con menor frecuencia e intensidad.

Además, dada la alta comorbilidad que los sistemas de clasificación internacionales informan para el TDAH, es importante realizar un adecuado diagnóstico diferencial (Piro, Piazzè y Torres, 2012).

El Criterio A para el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención del DSM-IV-TR analiza los síntomas de desatención e hiperactividad-impulsividad. Establece que 28

para diagnosticar este trastorno deben estar presentes seis o más síntomas de una lista compuesta por nueve para desatención, y seis o más síntomas de una lista también integrada por nueve para hiperactividad-impulsividad. Los síntomas deben haber persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo del paciente. Resumiendo, para poder establecer el diagnóstico se deben observar doce o más síntomas de una lista integrada por dieciocho (APA, 2000).

A continuación se describen los síntomas del niño, con el fin de analizar cuáles de los criterios diagnósticos para el trastorno se encuentran presentes en él.

El Criterio A (1b) postula que se debe observar si el sujeto tiene a menudo dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas (APA, 2000). En los informes de las evaluaciones realizadas por profesionales, mencionan que durante las entrevistas al niño le costaba concentrarse en las consignas, se bloqueaba ante las dificultades y le costaba encontrar la respuesta correcta. En estos casos el niño prefería interrumpir la tarea que intentar resolverla. Solo algunas veces pudo arribar a la respuesta siendo estimulado. Durante las tres evaluaciones los períodos de atención de F fueron fluctuantes y se dispersó ante cualquier estímulo, intentaba conversar permanentemente, por lo que le resultaba difícil trabajar en silencio y concentrarse en las tareas propuestas. Los niños diagnosticados con TDAH tienen problemas con la constancia en el esfuerzo, y para conservar y sostener la atención. Por este motivo tienen dificultades para dedicarse a tareas que son más largas o aburridas de lo habitual y para mantenerse atentos el mismo tiempo que el resto de los niños (Barkley, 2002)

En primer grado, la maestra sentó al niño en el primer banco, al lado suyo. De este modo intentó que F estuviese más concentrado y poder controlar más su conducta. La docente alegaba que sin un control constante el niño se distraía, molestaba a otros y no trabajaba. Durante todo primer y segundo grado F fue sentado en los primeros bancos, cerca del escritorio de la maestra. Pese a ello, solía conversar con su compañero de banco o darse vuelta para hablar con los niños que se sentaban detrás de él. En clase los períodos de atención eran cortos y se distraía. No siempre era permeable a los intentos de los maestros por redireccionar la atención, y si lo lograba no podía sostenerla.

Los autores de la concepción psicosocial afirman que el aumento de la prevalencia de TDAH puede estar relacionado con que se les exige a los niños planificar 29

sus actividades y ser organizados, pero que no se les enseña cómo hacerlo (Pérez Fidalgo, 2013).

El Criterio A (1d) establece que a menudo no siguen instrucciones y no finalizan sus tareas escolares y que esto no se debe a comportamiento negativista o a que son incapaces de comprender las instrucciones (APA, 2000). En los informes del legajo escolar consta que el niño frecuentemente no terminaba las tareas propuestas. Por ejemplo, solía realizar las primeras cuentas pero raramente las hacía todas y sólo a veces terminaba de copiar lo que la maestra escribía en el pizarrón. Una queja frecuente de los docentes y los directivos era que el niño no seguía las instrucciones que le brindaban, especialmente aquellas relacionadas con la disciplina.

La dificultad para seguir instrucciones es consecuencia de la falta de atención. Esta dificultad produce que los niños diagnosticados con TDAH sean vistos como inmaduros, vagos, desmotivados e irresponsables y que se les deba recordar constantemente lo que se les pidió que hagan (Barkley, 2002).

El Criterio A (1e) enuncia que frecuentemente tiene dificultad para organizar tareas y actividades (APA, 2000). En los informes de la evaluación realizada en FLENI se señala que durante la misma F presentó dificultades en iniciar y planificar resoluciones de problemas. Por las dificultades que presentaba el niño no pudo concluirse la evaluación. Las maestras del niño señalaron la misma dificultad en las actividades escolares. Dado que cursó solamente primero y segundo grado las tareas prescriptas eran sencillas y no requerían gran autonomía, siendo las maestras quienes señalaban los pasos a seguir. Sin embargo, en espacios más informales, como cuando era citado al EOE esta dificultad se volvía más visible. Si por ejemplo se le indicaba que escribiese su nombre, su edad y su grado en una hoja y que hiciera un dibujo y le ponga un título, el niño comenzaba con la consigna pero no podía terminarla, siendo necesario recordarle los pasos que habían quedado inclusos. Además, las autoridades del colegio señalan que el alumno estaba más tranquilo y atento por la mañana y que por la tarde tenía más dificultades y problemas de conducta. Informaron también que en el aula su comportamiento es mejor que en los espacios donde las pautas son más flexibles, como los recreos y los tiempos entre clases con cambio de docentes.

El Criterio A (1f) sostiene que para poder realizar el diagnóstico de TDAH se debe observar que el sujeto a menudo evita, le disgusta o es renuente a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, como trabajos escolares o domésticos (APA, 2000). En la planilla de notas de segundo grado que se encuentra en 30

el Anexo 3, puede observarse que el desempeño académico del niño es bajo, más aún en comparación con resto de los alumnos de esta institución, cuya Media es de ocho puntos. Los maestros señalan que durante las clases F trabaja muy poco y es especialmente reacio a la explicación de los temas nuevos. Por otro lado, entre las conclusiones de los informes psicopedagógico y neuropsicológicos (Anexo 1 y 2) se especifica que F presentó dificultades para realizar tareas simples de tipo mecánico, acentuándose en aquellas más monótonas y al realizar dos tareas en forma simultánea.

Las maestras dejaron asentado en el legajo escolar dos episodios en el que F extravió sus pertenencias. En uno de ellos el niño olvidó su campera en el campo deportivo y en la otra extravió su bolso de natación. Por otro lado, en una entrevista del EOE con la madre del niño, la señora dijo que debió comprar nuevamente el manual que la docente solicitó porque F lo había perdido. También en preescolar se señaló que el niño había perdido útiles de su cartuchera. El Criterio A (1g) para diagnosticar TDAH es el extravió frecuente de objetos necesarios para las tareas o actividades que realizan, entre ellos: juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas (APA, 2000).

El Criterio A (1h) es la condición que indica si el paciente usualmente se distrae con facilidad por estímulos irrelevantes (APA, 2000). Esta conducta fue la más frecuentemente señalada. En los informes realizados en FLENI (Anexos 1 y 2) se señala que el niño se distrae con facilidad y ante la presentación de estímulos mínimos y que pierde la concentración, por ejemplo, al buscar conversación. La madre del alumno también señala que en su casa “salta de un juego al otro” y que pasa rápidamente de jugar en la computadora a mirar la televisión y querer jugar en la PlayStation, y que esta conducta es fuente de conflicto entre el niño y su hermano. La maestra de segundo grado, por ejemplo, le indicaba que dejara sobre el banco los elementos que necesitara para la tarea que iba a realizar, para evitar distracciones con el resto de los útiles. En el informe de preescolar la docente señalaba que F participaba activamente en clase siempre que se encontrase cerca de ella, en caso de quedar ubicado lejos de la maestra F se distraía, conversaba con otros niños o los burlaba.

El exceso de movimiento o hiperactividad característico de los niños con TDAH hace que su conducta sea difícil de ignorar y resulte disruptiva. Estos niños tienen dificultades para controlar y/o disminuir su nivel de actividad para que sea acorde a las demandas del momento en el que se encuentran (Barkley, 2002).

En los informes realizados (Anexos 1 y 2) se detalla que a F le costó quedarse quieto y sentado durante la evaluación. Incluso intentó poner los pies sobre la 31

mesa y recostarse sobre la misma. Las maestras solían decir que F “tenía hormigas en la cola” por la forma en la que se movía permanentemente. En las entrevistas agregaron que solía jugar con los lápices y otros útiles de forma casi constante. Todas estas conductas son evaluadas por el Criterio A (2a), que indaga si el sujeto a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento (APA, 2000).

Criterio A (2b) examina si el niño abandona su asiento con frecuencia durante la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado (APA, 2000). Durante los traslados fuera del establecimiento escolar la conducta de F suele empeorar: pelea con sus compañeros, escupe por la ventanilla, se para y camina dentro del micro. Lo mismo sucede durante las excursiones, el niño en una ocasión, también escupió y arrojó envoltorios de golosinas por la ventanilla y se paró y caminó dentro del micro. Además, durante el espectáculo se paró y comenzó a caminar entre los asientos, por lo que fue reprendido tanto por el personal del colegio .

Los maestros vigilaban especialmente a F durante los desplazamientos dentro de la escuela, por ejemplo, los que realizaban entre el aula y el patio. El edificio del Colegio es muy grande y tiene cuatro pisos; en un ala se encuentran las aulas y oficinas. En planta baja se ubican las aulas de primer grado, las de segundo grado en el primer piso y los laboratorios de computación en el tercero. En otra ala se encuentra el gimnasio y el comedor de la escuela, en el primer piso y en el subsuelo respectivamente. Durante los traslados era frecuente que F intentase bajar las escaleras usando las barandas como tobogán o corriese por los pasillos. En varias oportunidades lo encontraron deambulando por las aulas durante el recreo. Cabe destacar que en este Colegio los alumnos deben permanecer en los patios durante los recesos y que no tienen permitido regresar a las aulas ni circular por los pasillos.

Durante la entrevista en la que se informaba a la madre del alumno sobre el comportamiento del niño en la visita a X, la señora relató que hacía tiempo que quería llevar a sus hijos allí. Pero que dado que las entradas no se venden en forma anticipada, no lo hizo, “Ir a esperar con los chicos es un caos, más con F que empieza a correr por todos lados”, afirmó. Estas conductas se describen en el Criterio A (2c), correr o saltar excesivamente en situaciones en las que resulta inapropiado (APA, 2000). 32

El Criterio A (2d) indaga si el sujeto usualmente tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio (APA, 2000). Algunos de los episodios ya mencionados dan cuenta de ello, algunos ejemplos son el comportamiento durante la visitas y las dificultades durante los recreos. Un incidente significativo ocurrió durante un recreo cuando tras discutir con un compañero por un juego, F tomó al otro niño por el cuello y lo puso contra la pared. Los maestros presentes tuvieron que intervenir para que lo suelte.

La dificultad para controlar los impulsos característica del TDAH, se presenta tanto en la conducta motora como en el pensamiento impulsivo. A los niños diagnosticados con este trastorno les resulta difícil concentrarse e inhibir pensamientos que no estén relacionados con la tarea que están realizando (Barkley, 2002).

Un comentario sobre la conducta del niño que se repite incesantemente en el legajo escolar, en las entrevistas mantenidas con las maestras y directivos y en las reuniones con la mamá, es que habla mucho y que busca conversar cuando se espera que permanezca callado. Por ejemplo, durante las explicaciones de un tema nuevo, durante los actos escolares o en el saludo a la bandera. Estas conductas se describen en el Criterio A (2f), que indaga si el sujeto a menudo habla en exceso (APA, 2000).

Para la evaluación de la impulsividad el DSM-IV-TR contiene tres criterios, el primero de ellos es el Criterio A (2g), que examina si usualmente el sujeto responde antes de haber sido completadas las preguntas, el segundo es el Criterio A (2h) que indaga si suele tener dificultades para aguardar su turno y finalmente el Criterio A (2i), que evalúa si a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros, por ejemplo en conversaciones o juegos (APA, 2000).

Diversos autores señalan que la escuela es una institución que plantea retos y demandas. En ella se exige que los alumnos sigan normas, interactúen apropiadamente con sus compañeros y docentes, aprendan lo que se les está enseñando y respeten el aprendizaje y las actividades de los otros alumnos (Presentación Herrero et al., 2010; Siegenthaler Hierro y Presentación Herrero, 2011).

Al evaluar la impulsividad emergen los episodios más disruptivos para el ámbito académico, y es por ello que muchas veces el diagnóstico de TDAH se realiza cuando la conducta de los niños entra en conflicto con las expectativas y demandas de padres y maestros (Breggin, 2008, 2011).

En el caso de F la impulsividad se encontraba presente desde el jardín de infantes. En el segundo informe de preescolar, realizado sobre el desempeño del período 33

comprendido entre julio y noviembre, la docente señalaba que continuaban las dificultades de F para concentrarse, ejemplifica comentando que le costaba mantenerse concentrado hasta terminar una consigna y que con frecuencia interrumpía su trabajo para conversar con otros niños. Agregaba que al niño le costaba esperar su turno en las actividades grupales y que era desorganizado y poco cuidadoso en el uso de los materiales, habiendo perdido varios útiles de su cartuchera. En las entrevistas mantenidas con las docentes de primero y segundo grado las mismas señalaron que el niño continuaba teniendo estas dificultades a diario. El niño tuvo un incidente durante el cual tomó por el cuello a un compañero durante un recreo. La discusión se había iniciado porque F perdió jugando al quemado, no quería salir de la cancha y quedarse esperando afuera. Este tipo de episodios, en los que intentaba cambiar las reglas del juego para no perder o tener que esperar su turno también se presentaban cotidianamente.

Otro ejemplo se observó durante una clase en el campo deportes. El niño pasó por atrás del profesor y pateó una pelota por arriba de un alambrado, esto derivó en que la clase estuviese interrumpida hasta que recuperaron la pelota. Cuando fue sancionado F dijo él “quería empezar a jugar”. La madre relató que estas situaciones también se presentaban en el hogar, por ejemplo, cuando el niño discutía con su hermano por el turno para jugar en la PlayStation. La señora también comentó durante una entrevista que no llevaba a su hijo a los cumpleaños de sus compañeros porque el niño “no sabe compartir” y siempre termina discutiendo con los demás en los juegos.

El Criterio B para el diagnóstico de TDAH del DSM-IV-TR establece que algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención estaban presentes en el paciente antes de los siete años (APA, 2000).

En la entrevista de admisión al establecimiento educativo para el nivel inicial la madre del niño describió a F como rebelde, comunicativo, caprichoso e inquieto. Manifiesta que le cuesta aceptar límites y que a veces pega, por este motivo y por actitudes caprichosas se encontraba realizando un tratamiento psicológico. Además, comenta que el niño tiene apariencia rebelde pero es muy sensible y cariñoso y que necesita sentirse importante para los demás. La madre relata que el niño suele golpearse y lo atribuye a que es inquieto, que le cuesta compartir sus juguetes, que a veces pega sin causa y que le cuesta aceptar límites. Entre las observaciones agrega que espera que el jardín lo ayude a incorporar hábitos relacionados con el compartir. En relación a las 34

travesuras, afirma que F entiende cuando hace cosas que están mal, pero le cuesta no repetirlas.

En el primer informe de sala de 4 años se consigna que el niño tenía actitudes desafiantes ante el adulto y que durante los juegos solía pelear a otros niños, siendo necesaria la intervención de la maestra. En el mismo informe se menciona que F solía golpear a sus compañeros cuando no aceptaban sus palabras. Se señalaba que los períodos de atención y concentración eran variables. Por ejemplo, lograba concentrarse si el tema le interesaba y que en los intercambios grupales, en cambio, solía distraerse. La docente detalla que no siempre lograba representar gráficamente un cuento cuando le era narrado y que realizaba sus trabajos rápidamente. Por estos motivos se mantuvieron dos entrevistas con los padres del alumno en las cuales se recomendó iniciar un tratamiento psicológico. Los padres señalaron que el niño presentaba conductas similares en el ámbito familiar.

En el informe de la docente de Inglés del mismo período, se señala que se distraía con facilidad y que ocasionalmente había podido incorporar el vocabulario y las actividades enseñadas.

En el primer informe de preescolar indica que el niño no siempre lograba concentrarse ni atender espontáneamente. Se detalla que aunque estaba integrado al grupo de compañeros, frecuentemente interrumpía los intercambios grupales para realizar preguntas no relacionadas con lo conversado y expresaba sus emociones en un tono de voz muy alto. Asimismo se detalla que solía anticiparse y responder preguntas que la docente dirigía a otros alumnos. La maestra agrega que en ocasiones generaba conflictos porque intercedía en los problemas de los demás, tomando partido por alguno de ellos, y que molestaba a sus compañeros con burlas. La docente también indica que con frecuencia debía intervenir para que las peleas verbales no terminasen con empujones o golpes. La relación con las docentes era muy buena, aunque en algunas ocasiones se mostraba desafiante ante pautas establecidas. En el mismo período los juegos solían ser bruscos y durante los mismos le costaba aceptar las propuestas de los demás niños. En el informe de éste período las docentes de ambos turnos informaban que se habían mantenido una entrevista con los padres del alumno sobre el comportamiento del niño en el horario escolar. Durante la misma los padres relataron cómo era la conducta de F en el hogar y se mostraron predispuestos a trabajar en forma conjunta con el fin de mejorar el comportamiento de su hijo. 35

En el segundo informe de preescolar la docente señalaba que F participaba activamente en clase siempre que se encontrase cerca de ella, en caso de quedar ubicado lejos de la maestra F se distraía, conversaba con otros niños o los burlaba. F continuaba teniendo dificultades para concentrarse, por ejemplo, le costaba mantenerse concentrado hasta terminar una consigna y con frecuencia interrumpía su trabajo para conversar con otros niños. Al niño le costaba esperar su turno en las actividades grupales y que era desorganizado y poco cuidadoso en el uso de los materiales, habiendo perdido varios útiles de su cartuchera.

En el informe que realizan las maestras de Educación Física e Inglés de éste mismo período, comunican a los padres del alumno que los niveles de atención del mismo no siempre son los requeridos, y que esto interfiere en el proceso de aprendizaje.

La maestra informaba que se había mantenido una entrevista con la psicóloga del alumno. Tras esta entrevista recomendaron a los padres de F continuar el tratamiento psicológico durante el verano para que el niño comenzara primer grado acompañado.

El Criterio C para el diagnóstico de TDAH del DSM-IV-TR establece que algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes, por ejemplo en la escuela y en el ámbito familiar (APA, 2000). Al ejemplificar los criterios para el diagnóstico de TDAH que se observaron en el niño se incluyeron ejemplos de la conducta del mismo en la escuela, en la familia y en las evaluaciones neuropsicológicas y psicopedagógicas que constaban en el legajo del alumno.

El Criterio D postula que deben existir pruebas claras de que el sujeto padece un deterioro clínicamente significativo de la actividad social o académica. Todos los ejemplos mencionados dan cuenta del deterioro en la vida del niño. En el ámbito escolar su comportamiento resultaba tan disruptivo que era sancionado casi diariamente. En la esfera social también tenía dificultades porque solía pelear con sus compañeros, no participaba de los cumpleaños porque no lo invitaban o porque sus padres no lo llevaban por temor a cómo pudiera comportarse. En el ámbito familiar también se percibía el deterioro, su madre dijo en reiteradas oportunidades “ya no sabemos qué hacer con él”.

El Criterio E señala que debe analizarse si los síntomas del niño no aparecen exclusivamente en el transcurso de un Trastorno Generalizado del Desarrollo, Esquizofrenia u otro trastorno psicótico o no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad (APA, 2000). 36

Como señala la Asociación Española de Psiquiatría del niño y del Adolescente (2010), el TDAH comparte algunos síntomas con otras enfermedades psiquiátricas, pero estas a su vez presentan síntomas diferenciales que no se presentan en el TDAH. Es posible señalar que el niño no presentaba un Trastorno Generalizado del Desarrollo, porque entre sus síntomas no se observaron intereses restrictivos y estereotipados, dificultad para la comunicación verbal y no verbal y falta de reciprocidad social.

Asimismo es posible descartar el diagnóstico de Esquizofrenia u otro trastorno psicótico porque F no padecía alucinaciones, delirios ni desorganización. Entre los trastornos del estado de ánimo, se descarta el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor porque el niño no presentaba tristeza, disminución de la energía, insomnio, ideas de muerte o suicidio; se descarta también que el niño padezca Trastorno Bipolar porque entre los síntomas del no se observaron euforia, grandiosidad, irritabilidad extrema, pensamiento acelerado, disminución de necesidad de sueño, psicosis ni hipersexualidad. Además es posible descartar el diagnóstico de un Trastorno de Ansiedad porque F no presentaba ansiedad anticipatoria, aprensión incontrolable, miedos o preocupaciones.

En los trastornos disociativos y en los trastornos de la personalidad los síntomas de desatención suelen iniciarse después de los 7 años de edad. Por este motivo en el historial de adaptación escolar al nivel inicial generalmente no se detalla la presencia de comportamiento perturbador ni quejas de los maestros por un comportamiento desatento, hiperactivo o impulsivo (APA, 2000). En el caso de F los síntomas se presentaron desde su ingreso al establecimiento educativo en sala de cuatro años, y en ese mismo período su madre refirió que el niño se encontraba en tratamiento psicológico por estos síntomas. Es por ello que es posible realizar el diagnóstico diferencial con éstos trastornos.

6.3 Impacto del caso en la institución educativa. Descripción del rendimiento académico del niño y su comportamiento disfuncional en la escuela

El segundo objetivo de este trabajo fue describir el rendimiento académico del niño y su comportamiento dentro del ámbito escolar.

En los informes de sala de cuatro años y preescolar que constan en el legajo del alumno se consigna que el niño estaba integrado al grupo de compañeros aunque sus juegos solían ser bruscos y durante los mismos le costaba aceptar las propuestas de los demás niños. Las peleas con sus compañeros eran frecuentes, y muchas veces era necesaria la intervención la maestra para que el niño no golpeara a sus compañeros 37

cuando no aceptaban sus palabras. Frecuentemente interrumpía los intercambios grupales para realizar preguntas no relacionadas con lo conversado. Asimismo se detalla que solía anticiparse y responder preguntas que la docente dirigía a otros alumnos y que expresaba sus emociones en un tono de voz muy alto. Las maestras agregaban que en ocasiones generaba conflictos porque intercedía en los problemas de los demás, tomando partido por alguno de ellos, y que molestaba a sus compañeros con burlas. En el nivel inicial mantuvo una muy buena relación con sus docentes, aunque en algunas ocasiones se mostraba desafiante ante pautas establecidas.

Barkley (2002), señala que la mitad de los niños con TDAH tienen problemas en las relaciones sociales y comportamiento rebelde. Estos problemas generan malos entendidos, resentimientos familiares y castigos frecuentes.

En el mismo informe la maestra indica que el período de atención y concentración de F era variable. Que lograba concentrarse si el tema le interesaba y que en los intercambios grupales, en cambio, solía distraerse. La docente detalla que no siempre lograba representar gráficamente un cuento cuando le era narrado y que realizaba sus trabajos rápidamente. En el informe de la docente de Inglés del mismo período, se señala que se distraía con facilidad y que ocasionalmente había podido incorporar el vocabulario y las actividades enseñadas.

Los niños diagnosticados con este trastorno presentan algunos síntomas que se consideran secundarios, entre ellos, baja tendencia a postergar gratificaciones, dificultad para seguir instrucciones y suelen trabajar de forma irregular (Joselevich, 2003; López et al., 2011; Rief, 1999).

Consta también en el legajo escolar que durante el mismo período se habían mantenido dos entrevistas con los padres del alumno en las cuales se recomendó iniciar un tratamiento psicológico. Diversos autores afirman que se arriba al diagnóstico de TDAH cuando la conducta de los niños entra en conflicto con las expectativas y demandas de padres y maestros (Breggin, 2008, 2011). Si bien el niño fue diagnosticado a los ocho años, resulta relevante destacar que su conducta resultó suficientemente disruptiva para que sólo seis meses después de su ingreso al Colegio el EOE y los directivos recomienden que el niño inicie un tratamiento psicológico. Además, como indica la American Psychiatric Association (2002), un criterio diagnóstico para este trastorno es que algunos síntomas de inatención e hiperactividad- impulsividad se hayan presentado antes de los siete años. 38

Los informes del nivel inicial sobre el desempeño del niño destacaban que no siempre era capaz de concentrarse ni de atender espontáneamente. Las docentes señalaban que F tenía dificultades para concentrarse, le costaba mantenerse concentrado hasta terminar una consigna y con frecuencia interrumpía su trabajo para conversar con otros niños o para burlarlos. Esto interfería en el proceso de aprendizaje. Consta también en estos registros que al niño le costaba esperar su turno en las actividades grupales y que era desorganizado y poco cuidadoso en el uso de los materiales, habiendo perdido varios útiles de su cartuchera.

En los niños diagnosticados con TDAH la dificultad para mantener la atención se manifiesta también como dificultad para concentrarse, por ello tienen problemas para conservar la atención, con la duración de la misma y con la persistencia en el esfuerzo (Barkley, 2002).

En cada reunión que el EOE mantuvo con los padres del niño se reiteró el pedido para conocer el diagnóstico de F. Cuando el niño se encontraba finalizando el ciclo de educación inicial, la psicóloga que lo atendía envió un informe al Colegio.

En el año 2012 F ingresa a primaria tras finalizar el jardín de infantes en el mismo Colegio. Consta en el legajo del alumno que su test de incorporación fue bueno.

Al iniciar el primer grado de la escuela primaria los problemas de conducta y de atención que se observaban durante el ciclo inicial se agravaron. Frecuentemente era castigado por escupir y agredir físicamente a sus compañeros. Estas conductas motivaban las quejas de los padres de los otros niños en la escuela. La maestra señaló que no tenía amigos. Solía gastar mucho dinero en el quiosco del colegio y comer muchas golosinas. Los docentes relataban que la conducta de F era muy impulsiva. Se movía constantemente en su silla, se paraba y caminaba por el aula y se ponía a conversar con sus compañeros. Adoptaba un tono agresivo tanto con los pares como con los adultos. Solía escribir o dibujar en los bancos, se adueñaba de los útiles de sus compañeros y solía correr por los pasillos y las escaleras de la escuela.

Los niños diagnosticados con TDAH pueden presentar conductas que interrumpen y alteren la dinámica de las clases. Como resultado de estas conductas surgen una multiplicidad de problemas que afectan cualitativa y cuantitativamente su desempeño escolar, su comportamiento, a las relaciones con sus pares y su autoconcepto (Presentación Herrero et al., 2010; Siegenthaler Hierro y Presentación Herrero, 2011).

A mediados de primer grado la docente afirmaba que por la mañana F se portaba bien y que por la tarde se desorganizaba. Agregaba que el niño “necesita mucho cariño”, que tienen una buena relación y que F suele demostrarle su afecto regalándole dibujos.

Durante todo primer grado el niño no respetó los límites que se le planteaban. Por ejemplo, una vez en la que se encontraba en la oficina del EOE dejó de dibujar, se dirigió a un escritorio sobre el que había un paquete de galletitas y comenzó a comerlas. Cuando se le explicó que las galletitas tenían dueño contestó que no le importaba y continuó comiendo. En otra ocasión rompió un foco de luz de su aula con un tenedor que llevaba en su mochila para almorzar en el colegio. Después de hacerlo se fue a la oficina del director sin decir nada.

Como afirman diversos autores, los niños diagnosticados con este trastorno presentan baja tendencia a postergar gratificaciones, incurren en conductas riesgosas y tienen dificultad para seguir instrucciones (Joselevich, 2003; López et al., 2011; Rief, 1999).

Una costumbre del Colegio es que todos los alumnos de primer grado realizan un campamento a fin de año. Como castigo por su mal comportamiento y por temor a lo que pudiese hacer la dirección del Colegio no permitió que el niño participe de esta actividad tradicional. Como F fue el único alumno que no asistió al campamento no sólo dejó de participar de la experiencia, sino que también estaba excluido cuando el resto de los alumnos hablaban sobre lo que iban a hacer o sobre lo que habían hecho en dicho encuentro.

Antes de que el alumno pase a segundo grado los directivos de la escuela y el equipo de EOE mantuvieron una entrevista con los padres del niño. En la misma se les sugirió que F intensifique su tratamiento psicológico con una frecuencia de dos veces por semana y tenga un acompañante terapéutico en el aula. En dicha reunión se volvió a informar a los padres sobre la mala conducta del niño y se les indicó que al año siguiente los llamarían ante cualquier dificultad que se produzca, y en el caso de que las dificultades fueran insoslayables se les pediría que lo cambien de colegio.

En el contexto escolar se tornan evidentes que las dificultades que posee el niño con TDAH afectan su calidad de vida. Estos problemas se agrupan en tres grandes esferas: problemas de aprendizaje, problemas de conducta y problemas emocionales (Giusti et al., 2004). Pero además, las respuestas que reciba el niño por su conducta también pueden incidir positiva o negativamente en su bienestar. 40

En las edades en que se comienza a diagnosticar el TDAH aparece la necesidad de conseguir un lugar en el grupo de pares, por lo cual el espacio escolar casi supera en importancia al espacio familiar. Los niños con este trastorno tienen dificultad para lograr integrarse socialmente en el grupo (Pérez et al., 2006). En el caso de F la maestra señalaba que no tenía amigos, pero al no permitir que participe en el campamento se lo aisló aún más.

El EOE dispuso que dos pasantes de la carrera de Psicología de la Universidad de Palermo acompañaran al alumno y ayudaran a la docente en la conducción del niño.

Al segundo día de iniciar el ciclo lectivo en el que F cursaba segundo grado, la maestra se dirigió al EOE consultando sobre la mala conducta del niño.

Como señalan diversos autores, a medida que los niños con TDAH avanzan en las etapas de la escolarización, aumentan los resultados negativos en su funcionamiento académico y conductual. (Barkley, 2002; Siegenthaler Hierro y Presentación Herrero, 2011).

El equipo de EOE conversa con el niño sobre los reiterados episodios en los cuales se le llamó la atención sobre su comportamiento. En el transcurso de un mes el niño entró sin pedir permiso a la oficina de la vicedirectora y robó figuritas que habían sido retenidas a otro alumno, en diferentes episodios llevó al colegio objetos contundentes (un hierro, una estaca y una piedra). Además insultó al jefe del EOE llamándolo “pelotudo”. Pese a todo esto se observa una leve mejora en el área social, dado que pelea y golpea a sus compañeros con menos frecuencia que el año pasado.

Durante la entrevista F dice que no le importan los castigos de la madre, pero que no le gusta que el Colegio lo castigue no dejándolo participar de las actividades en el campo de deportes. Como ya se mencionó durante estas excursiones la conducta de F suele empeorar: pelea con sus compañeros, escupe por la ventanilla, se para y camina dentro del micro. En varias oportunidades el niño fue castigado por estas conductas no dejándolo participar de la próxima visita al predio.

Con frecuencia los niños con TDAH poseen bajo control emocional, que suele originar conductas agresivas, arrebatos emocionales, labilidad emocional, baja tolerancia a la frustración, autoritarismo, baja autoestima y sentimientos de indefensión. La mayoría de estos niños tiene problemas tanto con los adultos como con sus pares por sus comportamientos disruptivos, antisociales o agresivos. Es importante que el ámbito escolar promueva en ellos la vivencia de experiencias positivas. Las actividades y 41

experiencias que permitan a alumnos con TDAH desarrollar sentimientos de responsabilidad y participación conseguirán también que aprendan a mantener el autocontrol de sus emociones (Barkley, 2002; Siegenthaler Hierro y Presentación Herrero, 2011).

Al mes de haber iniciado el cursado de segundo grado, frente a los reiterados pedidos del Colegio, los padres llevan al niño a realizar una evaluación neuropsicológica y psicopedagógica. Los informes neuropsicológicos integran los Anexos 1 y 2. En la reunión en la que la mamá de F entrega los informes al Colegio comenta que tras los mismos fue diagnosticado con TDAH y que le indicaron que debía medicarlo pero que no lo hizo porque temía por las consecuencias que la medicación pudiera tener en el niño.

En otra entrevista mantenida con la mamá del alumno a dos meses de que el niño haya iniciado segundo grado, la señora informa que F sigue en terapia con la psicóloga que lo atiende desde que tenía cuatro años pero que lo va a cambiar. El cambio, según refiere, está motivado en que todos sus amigos y familiares le dicen que F está en tratamiento con ésta profesional desde hace dos años y medio y no observan ningún cambio en él.

La mamá comenta que tampoco está conforme con el diagnóstico de TDAH y “posible Dislexia”, según sus palabras. Por eso consultó a una médica psicoanalista que le habían recomendado, quién advirtió un severo cuadro emocional en el niño. La profesional propuso un tratamiento doble, mientras F era atendido por una psicopedagoga, ella trabajaría con los padres y hermanos del niño. Finalmente, los padres optaron por tratar al niño con la psicopedagoga. Dieron por finalizando el tratamiento con la psicóloga y tampoco realizaron el tratamiento para la familia propuesto por la médica psicoanalista.

Como informa Pérez Fidalgo (2013) en la práctica al tratar el TDAH la terapia psicológica queda relegada a un tercer lugar, siendo más usualmente utilizados el tratamiento farmacológico y psicopedagógico o de apoyo escolar. De este modo se privilegia la atención de los síntomas que impactan sobre el rendimiento académico y el fracaso escolar pero se olvida que si existen pautas de relación alteradas, el uso de un fármaco puede mejorar los síntomas del niño pero no favorece el que estas pautas se aclaren, entren en conflicto y evolucionen.

Debido al comportamiento del niño, las reuniones que el EOE y la vicedirectora mantenían con los padres del mismo tenían una frecuencia casi mensual. Tras el receso

de invierno las autoridades citan nuevamente a los padres y les informan que deben llamar la atención diariamente al niño porque todos los días protagoniza algún incidente. Entre los episodios más recientes se encuentran lo ocurrido durante la visita a X y el incidente en el que pateó una pelota interrumpiendo una clase de Gimnasia. Ambos ya fueron mencionados anteriormente en este trabajo. Durante el mismo período el niño cortó un cartucho de tinta en tres oportunidades diferentes, salpicando a sus compañeros y ensuciando también el mobiliario y las cortinas del Colegio. Alegó en todos los episodios que el cartucho se le había caído al piso y que había salpicado a los demás sin querer.

El relato continúa exponiendo que durante los recreos el alumno va al baño e insulta a los alumnos de séptimo grado diciéndoles “puto, puto, puto, puto”, y que también insulta a sus compañeros llamándolos “negra gorda”, “gordo”, etc. Los inconvenientes generalmente se desarrollan después del mediodía o en los espacios menos estructurados, como los recreos o el almuerzo.

Los diferentes autores coinciden en que la colaboración entre los padres y los profesores de estos niños lleva a obtener mejoras tanto en el aprendizaje escolar como en la conducta. La comunicación entre la familia y la escuela permite que los padres conozcan lo que sus hijos hacen en el ámbito escolar y puedan potenciar sus logros y su aprendizaje (Giusti et al., 2004; Siegenthaler Hierro y Presentación Herrero, 2011).

A mediados de año el comportamiento del niño resultaba tan disruptivo para el ámbito escolar que las autoridades advierten a la madre que si el niño no mejora su conducta no podrá continuar sus estudios en el colegio. Sin embargo la decisión ya estaba tomada. La vicedirectora informa al EOE que los directivos no permitirán que el niño renueve su vacante, pero que se lo informarán a los padres a fin de año.

Numerosos autores señalan la importancia de que las interacciones docente-alumno con un TDAH sean satisfactorias para potenciar las actuaciones de los niños en el aprendizaje escolar y en la conducta (Giusti et al., 2004; Siegenthaler Hierro y Presentación Herrero, 2011).

6.3 Descripción del funcionamiento familiar

Para realizar la descripción del funcionamiento familiar se utiliza la información obtenida a lo largo de las numerosas entrevistas mantenidas con los padres del alumno desde su ingreso al establecimiento educativo. Además se toma la información proveniente de las reuniones con la psicóloga del alumno. 43

El niño convive con su madre y sus dos hermanos, ambos mayores que él. Los padres están separados desde que F tenía tres años y cada uno ha vuelto a formar pareja.

Desde la entrevista de admisión la madre del niño fue el nexo entre la familia y la escuela, dado que era ella quien asistía a las reuniones con el EOE y los directivos. El padre del niño sólo asistió en dos oportunidades en cuatro años.

En el ingreso la madre informaba que la relación del niño con sus padres y sus hermanos era muy buena. Él había asistido a un colegio con doble jornada, por lo cual pasaba la mayor parte del día en la escuela y la familia se reunía por la noche.

Los autores del enfoque psicosocial afirman que un problema actual que se presenta al realizar el diagnóstico de TDAH es que los padres ya no poseen tanta información sobre sus hijos como antes porque los niños pasan cada vez menos tiempo en su casa por las actividades escolares y extraescolares que realizan. Por este motivo se pone el foco en los signos conductuales presentados por el niño y en sus consecuencias. Los autores de esta línea teórica señalan que sería más acertado utilizar la información procedente de los padres y profesores del niño en forma conjunta para poder cotejarla y obtener datos clínicos fiables (San Nicolás Cristóbal et al., 2011).

La mamá relataba que intentaban que el niño no sea testigo de discusiones entre los padres, pero no siempre lo lograban. En relación a las travesuras, afirma que F entiende cuando hace cosas que están mal, pero le cuesta no repetir las. Relata también que el niño suele golpearse y lo atribuye a que es inquieto. En relación a sus hábitos, comenta que al momento de realizar la entrevista, con tres años y medio, el niño comparte la habitación con su hermano y generalmente se duerme mirando la televisión. Agrega que le cuesta compartir sus juguetes, que a veces pega sin causa y que le cuesta aceptar límites. Entre las observaciones agrega que espera que el jardín lo ayude a incorporar hábitos relacionados con el compartir, y que desea que la maestra sepa que a pesar que su hijo tiene apariencia rebelde, es muy sensible.

El Criterio B para el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es que algunos síntomas de hiperactividad - impulsividad o de desatención causantes de alteraciones se hayan presentado antes de los 7 años de edad (APA, 2002). El relato de la madre de F revela que algunos de estos síntomas estaban presentes en él a los tres años.

Entre los síntomas que presentaba el niño antes de su ingreso al Colegio se encuentran los accidentes. Dado que los niños con TDAH actúan impulsivamente sin pensar en las consecuencias de su conducta, suelen tener más accidentes que el resto de 44

los niños (Rief, 1999). En relación a compartir los juguetes, la agresión física y la dificultad de F para no repetir sus travesuras. Barkley (2002), sostiene que el TDAH es un trastorno del desarrollo del autocontrol que dificulta regular el propio comportamiento y prever el futuro.

En el informe de preescolar las docentes informaban que habían mantenido una entrevista con los padres del alumno sobre el comportamiento del niño en el horario escolar. Durante la misma los padres relataron cómo era la conducta de F en el hogar y se mostraron predispuestos a trabajar en forma conjunta con el fin de mejorar el comportamiento de su hijo.

Los especialistas en la temática coinciden en que si los padres y los profesores de estos niños trabajan de forma conjunta se obtienen mejoras tanto conductuales como en el aprendizaje escolar (Siegenthaler Hierro y Presentación Herrero, 2011). Lamentablemente, en éste caso no se logró trabajar en equipo. En primer lugar porque la relación entre los padres era muy conflictiva y no lograban ponerse de acuerdo casi sobre ningún aspecto. En segundo lugar, los desacuerdos familiares impactaban negativamente sobre la comunicación entre la familia y la escuela.

Cuando F se encontraba finalizando el ciclo de educación inicial, la psicóloga que lo atendía envió un informe al Colegio. En el mismo la Licenciada señala que el niño realiza un tratamiento de frecuencia semanal, y que el mismo se focaliza en enunciar, pensar y resolver los enojos y angustias del niño, abordar el vínculo con ambos padres y sobre el lugar de F en el grupo familiar. Durante una reunión con las autoridades del Colegio la psicóloga señaló que el niño tendría que hacer terapia dos veces por semana, pero por la falta de organización familiar no pudo lograrse. Afirma también que los padres discuten mucho y que las pautas de conducta son distintas en la casa de cada uno de ellos. Los desacuerdos hacen que el niño se confunda y aproveche las discrepancias sobre la puesta de límites. Por estos motivos la profesional intenta reunirse con los padres para lograr acuerdos mínimos sobre las normas de conducta y sobre el tratamiento.

Para entender al niño con TDAH es sumamente importante observar el entorno familiar. En estas familias el nivel de conflicto suele ser mayor y los padres suelen experimentar más estrés que las familias con niños sin TDAH (Barkley, 2002).

La terapeuta dice que el alumno responde todo el tiempo “no me importa” e incluso actúa como si nada le importase. Pero señala que debajo de esa actitud hay 45

desesperanza. Esta actitud también se evidencia en la escuela, donde parece no importarle los retos y las sanciones.

Los niños con TDAH suelen experimentar baja autoestima (Rief, 1999). Al haber experimentado fracasos de manera sucesiva muchos de estos niños se consideran incompetentes, lo cual produce una autoimagen muy pobre. Es esencial ayudar a estos niños, en cada ámbito en el que se desarrollen, a sentirse bien consigo mismos y favorecer las vivencias de autoeficacia (Joselevich, 2003).

Las situaciones relatadas por la mamá del alumno evidenciaban lo caótico que podía llegar a ser el funcionamiento familiar. Un ejemplo es la absoluta libertad que tenía el niño en la casa de fin de semana en un barrio cerrado. El niño solía salir a andar en bicicleta sin que los adultos sepan adonde fue. La madre relata que sucede a menudo y que cuando lo notan, se preocupan y tienen que salir a buscarlo. Otro ejemplo son las peleas con su hermano mayor. La mamá afirma que es reprendido cuando insulta a sus hermanos, que a la hermana mayor le hace caso y que por la diferencia de edad, ella no responde a los insultos y las peleas. Sostiene también que el niño está mejor entre adultos. La mamá comenta que los problemas de disciplina se presentan de manera constante, que antes ella lo retaba más, pero que se dio cuenta que es peor. Que el niño reacciona mejor con un abrazo.

Barkley (2002), relata que las relaciones de un niño con TDAH con sus padres y sus hermanos suelen ser diferentes a las de otras familias. Por ejemplo, los otros miembros de la familia con frecuencia reaccionan de forma más negativa hacia el niño. A pesar de conocer las dificultades de los niños con TDAH la convivencia con ellos resulta desgastante, esto produce tensión en la familia y frecuentemente los niños son castigados o responsabilizados por aquellas conductas que no pueden controlar. Un ejemplo fueron los preparativos para el octavo cumpleaños de F.

La maestra había comentado que el niño no tiene amigos. F es rechazado por sus compañeros porque los burla, los pelea e incluso los agrede físicamente. La mamá organizó el festejo de cumpleaños del niño pero temía que los otros chicos no quisieran ir. Al relatarlo se angustia, dice que no sabía si festejar el cumpleaños o no, y que espera que los compañeros vayan. Comenta que al pensar en el lugar en el que harían la fiesta eligió un espacio que fuera cómodo para las otras madres. Agrega que los padres hablaron con el alumno y le dijeron que si sus amigos no van a su cumpleaños “va a tener que pensar por qué no fueron”. 46

La impulsividad característica del TDAH que llevan al niño a no poder controlar su conducta, repercute negativamente en sus relaciones sociales. En este ejemplo los padres responsabilizaban al niño por aquellas conductas que lo distanciaban con sus compañeros, cuando en realidad no podía controlarlas.

La psicóloga del niño comentó que el máximo problema para el trabajo terapéutico es la desorganización familiar. Cita como ejemplo que los padres del niño le pidieron que les prepare las facturas para tramitar el reintegro de sus honorarios en la obra social, pero que ellos en su desorganización se olvidan de llevárselas. La terapeuta también comentó que orientó a los padres para que los castigos que impongan a su hijo sean más adecuados y puedan ser cumplidos. La Licenciada también trabajó con los padres para que puedan sostener las penitencias.

Giusti et al. (2004), sostienen que el ambiente tiene un rol fundamental en la forma de expresión de las conductas y en el significado que se les atribuya. La disfunción familiar es uno de los factores de riesgo en la génesis, evolución y desarrollo de desórdenes de conducta.

Para los padres, establecer límites y modelos de conducta organizada implica un importante esfuerzo educativo y demanda mucho tiempo. Por este motivo se observa que muchas veces se exige a los niños planificación y organización, cuando no son educados de modo que puedan desarrollarlas. La concepción psicosocial insiste en reivindicar y revalorizar el lugar de la psicoterapia para el tratamiento del TDAH (Pérez Fidalgo, 2013). Como se mencionó anteriormente, el niño F pasó de una psicoterapia a una terapia psicopedagógica con apoyo escolar, cuando su rendimiento académico no lo ameritaba. Si bien el desempeño académico de F era bajo respecto al resto de la población que asiste al mismo Colegio, el problema mayor del niño se centraba en su comportamiento hiperactivo e impulsivo.

Una de las características de las familias disfuncionales es la negación de los problemas, por lo cual éstos nunca se resuelven (Paz, 2007). En este caso se evidencia la negación del trastorno del niño. Los padres eran renuentes a la psicoterapia y la medicación recomendada. Retiraron al niño del tratamiento psicológico porque “mostró muy pocos resultados”, intentaron un tratamiento homeopático pero tampoco suministraron al niño esta medicación. A través de las entrevistas la madre parecía desorientada, reiteraba que ya no sabían qué hacer.

Tal como afirma Barkley (2002), Con frecuencia los síntomas de TDAH se entienden como parte del crecimiento y los padres son renuentes al diagnóstico y/o

medicación del niño. Sin embargo, no brindar la atención adecuada a un niño con este trastorno es un error, dado que la falta de diagnóstico y/o tratamiento es probable que conduzca al fracaso escolar y a un pobre rendimiento académico.

7. Conclusión

A lo largo de este trabajo se describió el caso de un niño de ocho años diagnosticado con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, su rendimiento académico, las implicancias que el caso tiene en el establecimiento educativo al que asiste y su situación familiar. Como ya ha sido señalado, es poco probable que un único factor sea suficiente determinar el contexto del TDAH dado que se trata de un síndrome complejo de etiología multifactorial.

Las teorías actuales coinciden en señalar que el déficit primario está asociado a una disfunción ejecutiva, considerando que el trastorno tiene una compleja combinación de factores genéticos, neurobiológicos y ambientales.

Desde una mirada psicosocial la interacción de los factores contextuales, el ambiente y el tiempo son fundamentales en la conceptualización y el tratamiento del TDAH. Al entender al ser humano como una unidad, un sujeto biopsicosocial, es posible abordar este trastorno teniendo en cuenta a la persona que lo padece, sus vínculos familiares, su personalidad y en el caso de los niños, su entorno escolar. En una sociedad que favorece la satisfacción inmediata frente a las contingencias negativas y donde lo breve e inmediato le gana la partida a lo lento y duradero, la escuela y la familia pueden contribuir a que los niños con TDAH puedan tener una vida más satisfactoria, productiva y gratificante.

El primer objetivo del presente trabajo fue describir la sintomatología del niño y en base a ella analizar si se observan los criterios diagnósticos del TDAH según el DSM-IV-TR. El Criterio A del citado Manual evalúa los síntomas de desatención e hiperactividad-impulsividad y establece que para diagnosticar este trastorno deben estar presentes seis o más síntomas de una lista compuesta por nueve para desatención, y seis o más síntomas de una lista también integrada por nueve para hiperactividad-impulsividad. En el caso de F se observaron seis síntomas de desatención y ocho de hiperactividad-impulsividad.

El mismo Manual indica que los síntomas deben haber persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo del paciente. En el caso analizado, los síntomas estuvieron presentes desde 48

que el niño ingresó al establecimiento educativo en sala de 4 años de Nivel Inicial y se agudizaron al comenzar la escolaridad primaria. Como afirman diversos autores, el ajuste a las demandas del sistema escolar puede resultar complejo para todos los niños, pero es aún más difícil para los niños con diagnóstico de TDAH (Presentación Herrero et al., 2010; Siegenthaler Hierro y Presentación Herrero, 2011).

El Criterio C del DSM-IV-TR señala que las dificultades originadas por los síntomas deben presentarse por lo menos en dos ambientes, el Criterio D indica que debe haber pruebas claras de deterioro en la actividad social, académica o laboral; y el Criterio E especifica que debe descartarse que los síntomas no aparezcan exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico y que no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental. En el caso de F se verificaban todos estos criterios diagnósticos y por ello fue posible analizar los síntomas de TDAH en el niño.

Los objetivos de este trabajo que llevaban a describir el rendimiento académico y el contexto familiar del niño también pudieron corroborarse. F tenía bajo rendimiento académico, que parecía aún más bajo dado que en el establecimiento educativo al que asistía la Media de las calificaciones de los alumnos es de ocho puntos. El pobre rendimiento académico es una característica de los alumnos diagnosticados con TDAH (AEPNYA, 2010; Barkley, 2002)

En lo relativo al entorno familiar, se pudo observar que posee las características de una familia desligada. En este tipo de familia los miembros tienen una dependencia mínima entre ellos, los límites son muy rígidos y sus mecanismos de apoyo se activan sólo cuando se enfrentan a niveles muy altos de estrés (Minuchin y Fishman, 1981). Las fronteras rígidas entre los miembros y la negación de los problemas son factores de riesgo para las familias. Los problemas que son negados no se tratan ni se resuelven, y por este motivo pueden derivar en que el funcionamiento familiar se vuelva disfuncional. En el caso de F la familia se mostraba renuente al diagnóstico y al tratamiento del niño, sin embargo, es un error no brindar a un niño con TDAH la atención adecuada (Barkley, 2002). Por lo expuesto es posible inferir que la familia del niño F es una familia disfuncional.

Esta familia carece de estructura sólida, las discusiones frecuentes y los desacuerdos entre los padres interfieren en la autoridad que los adultos deberían tener sobre los niños. La dificultad en la toma de decisiones sobre los hijos y en la organización familiar trae aparejada factores de riesgo para la salud de los miembros, especialmente si uno de ellos padece TDAH. Esto se torna evidente en la dificultad de 49

los padres para transformar en adecuadas conductas inadecuadas, en la falta de organización y planificación de actividades, incluso del tratamiento psicoterapéutico del niño. Se evidencia también, en la autonomía de F para deambular con su bicicleta sin un adulto que lo controle y sin que sus padres sepan lo que hace o donde está.

A las características típicas de desatención e hiperactividad se suma la desorganización familiar, esto produce el aislamiento del niño de su grupo de pares. Como señalan diversos autores, los niños con este trastorno tienen dificultades para lograr integrarse socialmente (Pérez et al., 2006; Presentación Herrero et al., 2010; Siegenthaler Hierro y Presentación Herrero, 2011). Se observan dos motivos principales, en primer lugar los otros niños lo rechazan porque su comportamiento resulta disruptivo; F los agrede, los insulta y los juegos con él suelen terminar en peleas. En segundo lugar, los padres temen lo que su hijo pueda hacer en determinadas situaciones sociales y prefieren evitarlas, por ejemplo, no permitiendo que asista a los cumpleaños de sus compañeros. Estas situaciones generan angustia y ansiedad en el niño y contribuyen a mantener el aislamiento.

Finalmente, el último objetivo fue valorar el impacto del caso en la institución educativa y analizar las estrategias implementadas por el Colegio frente al mismo. El establecimiento educativo al que asistía el niño F posee una estructura rígida, es renuente a tomar niños que requieran adaptación curricular y a establecer programas de intervención. Es una escuela muy grande, con muchos alumnos en cada curso y a los docentes, directivos y al EOE les resulta difícil realizar un seguimiento individual de los niños. El rol del psicólogo escolar también se encuentra limitado entre el tratamiento individual y la actitud familiar de cada niño. Tradicionalmente se espera que los alumnos se adapten al ámbito escolar, pero la escuela también puede ser flexible para abordar mejor las características de cada niño (Pérez et al., 2006). Esto es especialmente necesario en el caso de los niños con TDAH, y estas adaptaciones pueden realizarse mediante intervenciones psicoeducativas u otros programas de intervención.

Frente a este caso el Colegio se limitó a intentar mejorar el comportamiento del niño, a realizar sugerencias a las docentes y a responsabilizar a los padres por el desempeño de su hijo. Se utilizó el diagnóstico de TDAH como una etiqueta que justificaba el comportamiento del niño, como si el Colegio no pudiese contribuir en nada al mejoramiento de los síntomas. Finalmente, las autoridades no permitieron que el niño continúe sus estudios en ese establecimiento educativo. 50

Una de las motivaciones para realizar este trabajo fue saber que el diagnóstico de TDAH es cada vez más habitual y que frecuentemente no se realiza un correcto diagnóstico diferencial. El caso del niño F era el más relevante para el Colegio porque generaba gran cantidad de interacciones entre los docentes, los directivos, el EOE y la familia del alumno. Su comportamiento hiperactivo e impulsivo resultaba muy disruptivo dentro y fuera del aula. A pesar de que hay disponible gran cantidad de bibliografía sobre el TDAH en la escuela y sobre las intervenciones que se sugieren para estos casos, el Colegio sólo intentó unas pocas. Entre ellas, sentar al niño entre los primeros bancos.

En el presente trabajo se detallan una gran cantidad de intervenciones psicoeducativas diseñadas para potenciar la atención, la autorregulación y el aprendizaje, y para regular la motivación y las emociones de los niños con TDAH en el aula. Cada intervención fue pensada como respuesta a los problemas más frecuentes que presentan los niños con éste trastorno. Considero que hubiese sido de gran ayuda para el niño y los maestros implementar estas intervenciones psicoeducativas, especialmente aquellas que apuntan a que los niños con TDAH experimenten autoeficacia y el autocontrol de sus emociones, alcancen metas, sean más flexibles frente a los cambios y aprendan de sus errores.

Se considera que un buen momento para establecer las intervenciones psicoeducativas dentro del repertorio de actividades habituales del Colegio hubiese sido cuando los docentes pidieron al EOE herramientas para trabajar mejor con el niño. En ese momento los docentes se encontraban motivados y dispuestos a intentar nuevas soluciones. Frente a la sintomatología del niño los maestros respondían siempre intentando controlar la conducta del mismo con castigos y llamadas de atención. El EOE podría haber capacitado a los docentes para mantener la atención del niño, diseñar las actividades de manera que destaquen los conceptos importantes, dar consignas simples y claras, estructurar los espacios informales y tiempos de espera entre actividades e impulsar la participación positiva del niño en el aula que le permitan experimentar autoeficacia.

En el ámbito personal la Práctica Profesional realizada en este colegio fue sumamente satisfactoria. El EOE fue muy generoso, permitiendo la participación en todas las actividades que realizan los profesionales que trabajan en él. En este punto es importante aclarar que las expectativas sobre la Práctica Profesional, la tarea que realizaría y sobre las posibilidades que ofrecía la institución eran nulas. Finalmente, el

haber iniciado la práctica en la institución sin expectativas fue muy favorable, porque todo lo realizado y aprendido resultó sorprendente.

El mayor aprendizaje se relaciona con la complejidad de la práctica del psicólogo escolar, que atiende las demandas de los directivos, de los docentes, de los padres y de los alumnos. En lo cotidiano se desempeña todo el tiempo entre lo que le piden y lo que realmente puede hacer. El equipo de EOE de esta escuela combina las actividades programadas con las situaciones emergentes cotidianas y por este motivo muchas veces lo urgente del trabajo diario los lleva a posponer las actividades pensadas a largo plazo.

Dado que el EOE realiza un trabajo de prevención y seguimiento, es necesario manejar la frustración frente a aquello que excede la tarea. Por ejemplo, cuando una familia no atiende las dificultades de un niño, cuando los profesionales (psicólogos o psicopedagogos) que atienden a los alumnos fuera del ámbito escolar se niegan a dar información sobre el diagnóstico, tratamiento y avances del niño al que atienden, cuando las sugerencias que hace el Colegio para articular el trabajo entre la familia y la escuela para ayudar a un alumno con dificultades no son escuchadas por las familias, etc. Pensar lo que sucede como un emergente de múltiples actores y causas permitió no intentar “recetas mágicas” para pensar soluciones. Entender que frente a un niño con problemas hay en realidad una familia, una escuela, una maestra, directivos y profesionales con problemas. Y que la mirada de cada uno de ellos sobre lo que le pasa al niño y lo que se debería hacer es diferente. Que además, el Colegio debe responder a la comunidad de padres por las decisiones que toma, que tiene una misión institucional y una historia propia que marcan el camino entre lo que se puede y lo que no se puede hacer en esa escuela específica.

En función de lo anteriormente expuesto, se considera que el mejor abordaje para el caso del niño F hubiese sido un tratamiento integral que incluya un tratamiento psicoterapéutico para el niño, una orientación a padres y la inscripción en una escuela más pequeña, más flexible y que permita tener un seguimiento individual de los alumnos. 52

8. Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR Breviario. Criterios Diagnósticos*. Barcelona: Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Asociación Española de Psiquiatría del niño y del Adolescente (2010). *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Barkley, R. A. (2002). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales* (2ª ed.). Barcelona, Paidós.
- Breggin, P. R. (2008). Practical Applications: 22 Guidelines for Counseling and Psychotherapy. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 10, 43-57.
- Breggin, P. R. (2011). Psychiatric drug-induced Chronic Brain Impairment (CBI): Implications for longterm treatment with psychiatric medication. *International Journal of Risk & Safety In Medicine*, 23, 193-200.
- Cardo E., Servera M., Vidal C., de Azúa, B., Redondo, M., Riutort, L. (2011). Influencia de los diferentes criterios diagnóstico y la cultura en la prevalencia del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 52 (1), 109-117.
- Frank de Verthelyi, R. (1999), La evaluación del déficit de atención e hiperactividad en adolescentes y adultos. En Frank de Verthelyi, R. (Comp.). *Nuevos temas en evaluación psicológica*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- García, T., Rodríguez, C., Castro, P. G., Álvarez, D., Cueli, M., & Pienda, J. A. G. (2013). Funciones ejecutivas en niños y adolescentes con trastorno por déficit de 53

atención con hiperactividad y dificultades lectoras. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(2), 179-194.

Giusti, E., Helou, S., & Abadi, A. (2004). Hijos que tiene déficit de atención. *Psicodebate*, 5, 99-114.

Gratch, L. (2000). *Trastorno por déficit de atención*. Buenos Aires, Panamericana.

Joselevich, E. (2003). *AD/HD Qué es, qué hacer*. Buenos Aires, Paidós.

Lasa Zulueta A. y Jorquera Cuevas, C. (2010). Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA N° 2007/09.

López, J. A., Rodríguez, L., Sacristán, A. M., Garrido, M., Martínez, M. T., & Andrés, J. M. (2011). Validez de los criterios DSM-IV según respuesta de los padres en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31 (110), 271-283.

Minuchin, S. & Fishman C. H. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires, Paidós

Miranda, A. (2011). Executive Functioning and Motivation of Children with ADHD on Problem Solving and Calculation Tasks // Funcionamiento ejecutivo y motivación en tareas de cálculo y solución de problemas de niños con TDAH. *Revista de Psicodidáctica / Journal of Psychodidactics*, 17(1), 51-71.

Miranda Casas, A., Herrero, P., Jesús, M., Colomer Diago, C., & Roselló Miranda, B. (2011). Satisfacción con la vida de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estudio de posibles factores de riesgo y de protección. *Revista de Neurología*, 52 (1), S119-S126.

Paz, S. (2007). Problemas en el desempeño escolar y su relación con el funcionalismo familiar en alumnos de EGB. *Revista de la Facultad de Medicina*, 8 (1), 27-32. 54

- Pérez, E. R. S., García, M. N., Rodríguez, P. G., Gutiérrez, S. F., & Marcos, M. D. (2006). La escuela y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH). *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 8 (4), 175-198.
- Pérez Fidalgo, M. (2013). El TDAH: Icono Actual de una Visión Cerebrocentrista ADHD, Current Icon for a Centric Brain Vision. *Clínica contemporánea*, 4 (1), 55-63.
- Piro, M. C., Piazzese, G. P., y Torres, M. M. (2012). El trastorno por déficit de atención: la importancia del diagnóstico diferencial en el campo de la salud mental. *ExT: Revista de Extensión de la UNC*, 4(2).
- Presentación Herrero M. J., Siegenthaler Hierro R., Jara Jiménez P. & Casas A. M. (2010). Seguimiento de los efectos de una intervención psicosocial sobre la adaptación académica, emocional y social de niños con TDAH. *Psicothema*, 22 (4), 778-783.
- Rief S. F. (1999). *Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad. Técnicas, estrategias e intervenciones para el tratamiento del TDA / TDAH*. Buenos Aires, Paidós.
- Robledo Ramón, P., García Sánchez, J. N., & Díez González, C. (2012). Relación entre tipología de alumnos y factores psicológicos parentales en familias de personas con y sin dificultades de aprendizaje y TDAH. *Análisis y modificación de conducta*, 35(152), 1-18.
- Rubiales, J., Bakker, L., & Mejía, I. D. D. (2011). Organización y planificación en niños con TDAH: Evaluación y propuesta de un programa de estimulación. Organization and planning in children with ADHD: evaluation and proposal of a stimulation program. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 5(2), 145-161.
- San Nicolás Cristóbal, S., Iraurgi Castillo, I., Azpiri Lejardi, M., Jara Segura, A. B., & Urizar Uribe, M. M. (2011). Juicio diagnóstico clínico vs valoración parental en niños remitidos por TDAH a consulta especializada. *Psicología. com*, 15. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10401/4402> 55

Siegenthaler Hierro, R., Presentación Herrero, M. J., (2011). Estrategias didácticas inclusivas en TDAH. Universitat Jaume I. Castellón. España Centre d'Estudis Vall de Segó 1-11. Recuperado de <http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/36960/52132.pdf?sequence=1>

Tizón, J. L. (2007). El “niño hiperactivo” como síntoma de una situación profesional y social. *Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 2, 23-30.

Wainstein, M. (2000). *Intervenciones con individuos, parejas, familias y organizaciones*. Buenos Aires, EUDEBA.