



Universidad de Valladolid

**Facultad de Educación y Trabajo
Social**

**Titulación: Master Universitario en
Psicopedagogía**

**Mitos en el TDAH. Intervención con
las familias**

Alumna: García Conde, Natalia

Tutora: Alonso García, María Julia

Convocatoria: Junio del 2012

RESUMEN

El presente estudio se fundamenta en una revisión bibliográfica actualizada sobre el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH).

Uno de los aspectos que sorprenden, por su frecuencia, es la presencia de falsos mitos con respecto al trastorno y, en base a esto, el trabajo centra su atención en ello mediante un estudio dirigido a familias de hijos/as, con o sin TDAH.

Conforme a los resultados obtenidos, se ha diseñado un programa de intervención específico cuyo objetivo principal es aportar información sobre el trastorno y clarificar, la existencia de estas falsas creencias.

PALABRAS CLAVE

Atención e Hiperactividad, Falsos Mitos, Familias e Intervención.

ÍNDICE

1. Motivación y justificación	1
2. Diseño	2
2.1. Marco teórico	2
2.1.1. Definición de TDAH	2
2.1.2. Antecedentes históricos	3
2.1.3. Prevalencia	3
2.1.4. Etiología	4
2.1.5. Clasificación del TDAH	5
2.1.6. Diagnóstico	8
2.1.7. Tratamiento	9
2.1.7.1. Tratamiento farmacológico	10
2.1.7.2. Tratamiento psicopedagógico	10
2.1.7.3. Tratamiento multimodal	11
2.1.8 Trastornos asociados	12
2.1.8.1. Trastorno negativista desafiante	12
2.1.8.2. Trastorno de conducta	12
2.1.8.3. Ansiedad por separación	12
2.1.8.4. Trastornos del humor	13
2.1.8.5. Trastornos del sueño	13
2.1.8.6. Trastornos del aprendizaje	13
2.1.8.7. Otros trastornos	14
2.1.9 El impacto del TDAH en las familias	14
2.2. Aproximación de investigación básica:	
Falsos mitos sobre el TDAH	16
2.2.1. Objetivos	16
2.2.2. Participantes	16
2.2.3. Instrumentos de medida	17
2.2.4. Resultados obtenidos de las familias con hijos/as con TDAH	17
2.2.5. Resultados obtenidos de las familias	

con hijos/as sin TDAH	24
2.2.6. Comparación de los resultados	29
2.3. Programa de intervención	29
2.3.1. Objetivos	30
2.3.2. Contenidos	30
2.3.3. Temporalización	30
2.3.4. Metodología	31
2.3.5. Destinatarios	32
2.3.6. Sesiones	32
2.3.7. Evaluación	39
3. Contexto	40
4. Conclusiones e implicaciones	42
4.1. Conclusiones sobre: “Falsos mitos del TDAH”	42
4.2. Conclusiones sobre el programa de intervención	43
4.3. Conclusiones finales del estudio	43
5. Referencias bibliográficas	
6. Agradecimientos	
7. Apéndices	

1. MOTIVACIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La llegada al seno de una familia de un/a niño/a con discapacidad, tiene influencia en todos los ámbitos de sus vidas.

La psicopedagogía, es la ciencia que estudia el comportamiento humano en una situación socioeducativa y por lo tanto, es necesaria en el contexto educativo.

En este ámbito, hay un profesional, el/la psicopedagogo/a, que entre otras funciones, trabaja con los/as niños/as en situaciones de aprendizaje con la finalidad de prevenir dificultades o ayudarle a acceder al conocimiento.

Se deben adoptar las medidas oportunas para que la educación que se ofrece a ese/a niño/a, le beneficie en todo lo posible y crezca con las menores dificultades, mediante el diseño de actuaciones favorecedoras de su desarrollo personal, competencia específica en un/a psicopedagogo/a.

A lo largo del trabajo, se puede comprobar que todas las actuaciones o medidas que se han diseñado, propician el crecimiento personal del colectivo.

Un aspecto a destacar, es la importancia que tiene, en cualquier profesión, y en especial en ésta, ser críticos con el trabajo y reconocer los aspectos que se deben mejorar en el ejercicio. Para ello, es necesario formular nuevas propuestas de mejora de la intervención, fundamentadas en los resultados de la investigación psicopedagógica.

En este estudio, se presenta un cuestionario elaborado ad hoc, para familias de hijos/as, con o sin Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (en adelante se denominará TDAH), acerca de los mitos existentes sobre el problema en la actualidad.

En base a los resultados obtenidos, se diseña un programa de intervención con familias, mostrando una de las competencias inherentes en un/a psicopedagogo/a, el diseño, implementación y evaluación de prácticas educativas, programas y servicios dando respuesta a las necesidades de las personas o colectivos con los que se esté trabajando. Consta de 9 sesiones y tiene como objetivo fundamental informar y sensibilizar sobre los falsos mitos del TDAH.

Van a intervenir diferentes agentes educativos que forman parte de un mismo equipo psicopedagógico, en él, se planifican las acciones de coordinación necesarias, favoreciendo siempre el trabajo en red y la relación entre ellos, desarrollando, así, otra competencia específica en un psicopedagogo/a.

Además, este profesional, debe planificar, organizar e implementar servicios psicopedagógicos, y el programa de intervención que se ha diseñado, es un servicio de aplicación y mejora que puede ofrecerse a la comunidad educativa.

Hoy más que nunca, debemos ser conscientes de que el contexto social es dinámico y en continua evolución y, conforme a ello, un/a psicopedagogo/a, debe saber proponer actuaciones que se adecúen a las características del contexto en el que se va a trabajar. Los centros de atención son cambiantes y así sus políticas educativas derivadas. La atención a la diversidad en el alumnado de educación primaria, es un aspecto relevante en la sociedad actual.

Finalmente, se muestran conclusiones y propuestas de mejora, con el fin de que este trabajo se convierta en el principio de un estudio a continuar.

2. DISEÑO

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1. Definición de TDAH

Barkley et. al. (2008)

Es un trastorno del comportamiento, normalmente diagnosticado en la infancia, se caracteriza por la falta de atención, impulsividad e inquietud motora (hiperkinesia). Estos síntomas suelen aparecer juntos, aunque pueden aparecer en diferente frecuencia e intensidad y deben mantenerse al menos durante seis meses. Así como deben aparecer/manifestarse al menos en dos ambientes/contextos habituales del sujeto. (p. 185)

2.1.2. Antecedentes históricos

La primera descripción que se encuentra, es en Hoffman (1844), que escribió un cuento “*Der Struwwelpeter*” donde describe a Phil, un niño inquieto, que se mueve constantemente y refleja sintomatología sobre este problema.

Still (1902), describió, a su vez, el comportamiento de unos sujetos que actualmente se consideraría trastorno de atención.

En 1917 y 1918, hubo una epidemia de encefalitis, que provocó en algunos/as niños/as secuelas que terminarían en comportamientos hiperactivos. A partir de aquí, algunos autores relacionaron hiperactividad con daño cerebral, pero al no haber pruebas que lo demostraran, se pasó a utilizar el concepto de disfunción cerebral mínima; como no se tenía un cuadro neurológico definido, el concepto se sustituyó por el término de hiperactividad, que se introdujo por primera vez en el DSM-II (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (1968).

En 1980, aparece el término Trastornos de Atención (T.D.A.), como consecuencia de la publicación del DSM-III. En este manual, se describía a los T.D.A. como trastornos que provocaban signos de atención y de impulsividad, también se diferenciaba la hiperactividad como algo que sólo afecta a un pequeño porcentaje, por lo tanto, era la primera vez, que se diferenciaba a los TDA de los TDA-H.

En el DSM-IV (1987), el síndrome queda definido como un cuadro clínico con tres variantes:

- TDAH combinado.
- TDAH de tipo de atención.
- TDAH de tipo hiperactivo o impulsivo.

2.1.3. Prevalencia

“El TDAH afecta con la misma frecuencia a todas las razas o culturas, pero si bien es verdad, en las poblaciones con un nivel cultural y económico medio-alto, se diagnostica con más frecuencia ya que se identifica más a menudo el impacto familiar y social del trastorno” (Pardo, 2011, p. 11)

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la infancia, aproximadamente lo tiene el 5% de la población infantil-juvenil. Es más frecuente en varones, en una proporción de 1/3.

2.1.4. Etiología

Pardo (2009), afirma que la etiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, es bastante compleja, y que hasta la fecha, no hay una única causa, considerando que puede haber una serie de factores biológicos que interactúan entre sí y con otras variables ambientales.

Rojas (2006), asegura que hay una transmisión familiar del trastorno, es decir, que es hereditario.

También se ha visto que su aparición, se debe a una producción insuficiente de los neurotransmisores dopamina y noradrenalina, cuyo objetivo es producir una correcta comunicación entre las neuronas y en el/la niño/a con TDAH la producción de éstos es irregular.

Según Fernández et al. (2010), puede haber otras causas posibles como son:

- Bajo peso al nacer.
- Gran adversidad psicosocial.
- Consumo de alcohol durante el embarazo.
- Consumo de tabaco durante el embarazo.

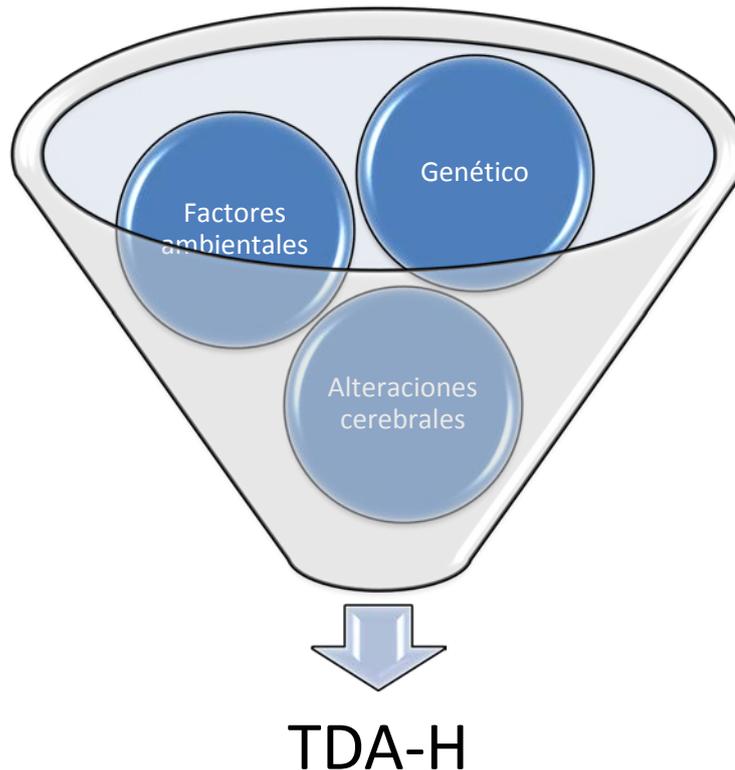


Figura 1. El TDAH es un trastorno heterogéneo con múltiples causas
(elaboración propia)

2.1.5. Clasificación del TDAH

Desde la publicación del DSM-II, encontramos variaciones en las características del trastorno. Actualmente, la mayoría de los profesionales se basan en los criterios que menciona el DSM-IV para clasificar los subtipos de TDAH, (Figura 2).

- a) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en el que predomina el déficit de atención: los/as niños/as tienen facilidad para “despistarse” y, en consecuencia, tienen dificultades para centrarse en las tareas académicas.
- b) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con predominio hiperactivo-impulsivo: las conductas impulsivas hacen que el/la niño/a emita respuestas precipitadas y las conductas hiperactivas, se reflejan por la inquietud motora.
- c) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado: cuando aparecen, más o menos por igual, la inatención, la impulsividad y la hiperactividad.

Si no se cumplen los criterios establecidos para cualquiera de los subtipos que he mencionado anteriormente, se diagnostica como trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.

(1) o (2)

1. seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Falta de atención:

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

2. seis (o más) de los siguientes síntomas de *hiperactividad-impulsividad* han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa y poco lógica en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- e) a menudo "está ocupado" o suele actuar como si " estuviera impulsado por un motor
- f) a menudo habla en exceso

Impulsividad

- (g) a menudo emite bruscamente las respuestas antes de haber sido terminadas las preguntas
- (h) a menudo tiene dificultades para esperar su turno
- (i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ejemplo se entromete en conversaciones o juegos)

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela y en casa)

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, académico o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Figura 2. Criterios diagnósticos del DSM-IV

Fuente: García (2008)

2.1.6. Diagnóstico

“El diagnóstico del TDA-H es complejo, debe basarse en la evaluación clínica y psicopedagógica realizada por los profesionales especializados y teniendo en cuenta la información aportada desde distintas fuentes, como pueden ser la escuela y la familia”. (Fernández et. al, 2010, p. 18)

Además, Fernández et al. establece también en el 2010 que el número de las sesiones para un diagnóstico adecuado estaría entre 5 y 7, teniendo en cuenta distintos aspectos:

- Con el/la niño/a
 - Entrevista y observación conductual.
 - Test de inteligencia
 - Pruebas pedagógicas
 - Escalas de atención
 - Valoración lingüística
 - Aspectos de personalidad y adaptación
- Con los padres y madres
 - Entrevista clínica
 - Cuestionario evolutivo familiar
 - Inventario TDA-H
 - Observación comportamental
- Con los/as profesores/as
 - Inventario del TDA-H
 - Descripción de conductas en el aula
 - Informe escolar de comportamiento

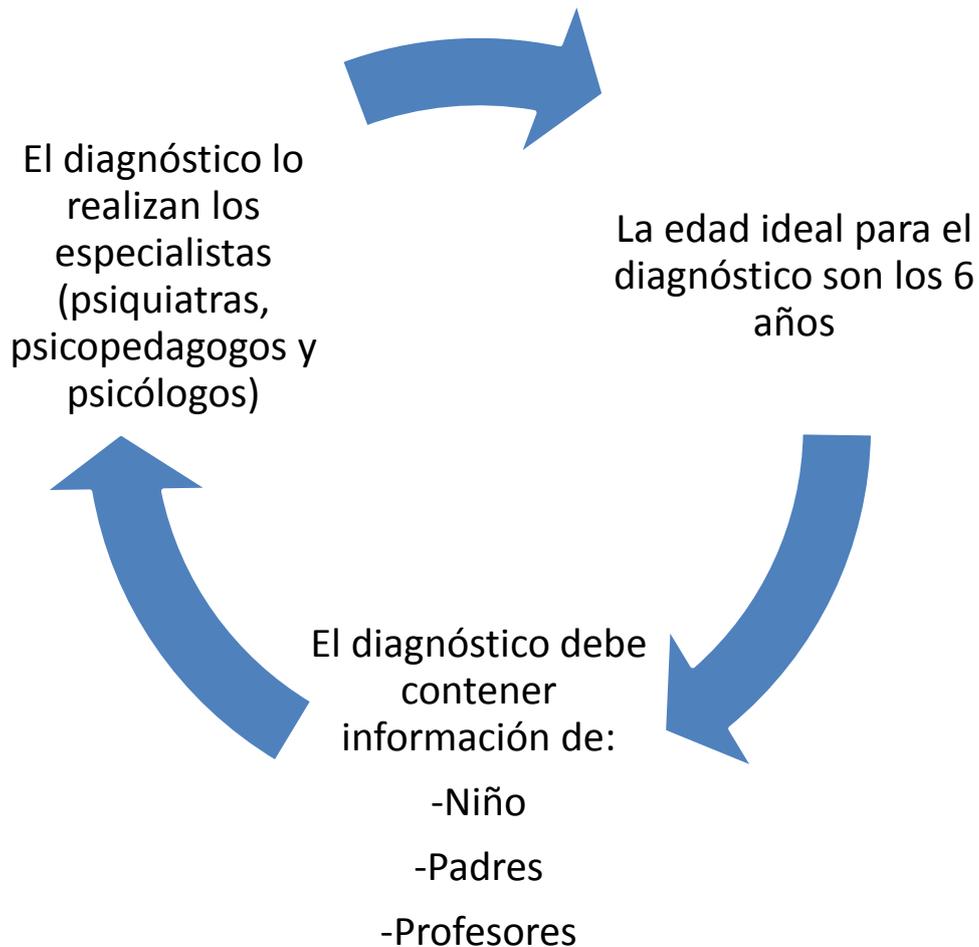


Figura 3. Diagnóstico TDA-H.

Fuente: Fernández et. al. (2010)

2.1.7. Tratamiento

Tal como afirma Pardo (2009), los tratamientos para el TDAH han ido evolucionando de igual manera que el concepto. Durante los años 50 y 60, el TDAH era concebido como un trastorno principalmente conductual, enfocándose los tratamientos terapéuticos en torno a las técnicas de modificación de conducta. Más adelante en los años 70, se evolucionó hacia una concepción atencional del problema donde la intervención farmacológica fue la más importante.

Desde la década de los 90, afloran los tratamientos cognitivo-conductuales basados en el autocontrol, el entrenamiento auto instruccional y en la resolución de problemas.

El tratamiento debe administrarse lo más temprano posible y no solamente centrado en el niño/a, sino también, llevando actuaciones sobre la familia y la escuela para implicar a padres/madres y maestros en la terapia, educándoles acerca del trastorno.

2.1.7.1.Tratamiento farmacológico

Para Safer y Allen (1979), es el núcleo de la mayor parte de la controversia que se relaciona con la hiperactividad. Elevada preocupación pública actual debido a las consecuencias derivadas de tener a niños y niñas, en edad escolar, sometidos a medicación.

La medicación estimulante es el tratamiento más empleado y el más eficaz en la conducta hiperactiva.

El recetado con más frecuencia es el metilfenidato. La función principal de estos fármacos es incrementar la disponibilidad de dopamina.

2.1.7.2.Tratamiento psicopedagógico

Coincidimos con Sánchez (2003) en que el tratamiento debe ser médico y psicopedagógico.

Desde un punto de vista psicoterapéutico, se pueden dar diferentes tratamientos:

- Modificación de conducta.
- La psicoterapia: para eliminar sentimientos negativos.
- Terapia psicopedagógica
- Terapia familiar y Escuela de Padres.
- Intervención Combinada, que conllevaría una relación familia-colegio-terapia psicopedagógica.

Al diseñar y planificar el tratamiento, debemos tener en cuenta los trastornos asociados que presenta el/la niño/a, ya que en la práctica es difícil encontrar sujetos que responden a una sintomatología única.

La finalidad principal de este tratamiento es que los/as niños/as sean capaces de llevar una vida lo más normalizada posible, enseñándoles técnicas de autocontrol y estudio, de relajación o control de las emociones, en resumen, estrategias que mejoren su calidad de vida.

2.1.7.3 Tratamiento multimodal

El mejor tratamiento que se puede llevar a cabo con estos niños y niñas afectados, es el denominado tratamiento multimodal, que conlleva un tratamiento farmacológico, es decir con medicación, tratamiento psicopedagógico (terapias, entrenamiento en lectoescritura, auto instrucciones, programas específicos de atención...), terapia familiar y coordinación con el colegio en caso de que el niño/a con TDA-H acuda a alguna asociación ajena a la escuela.

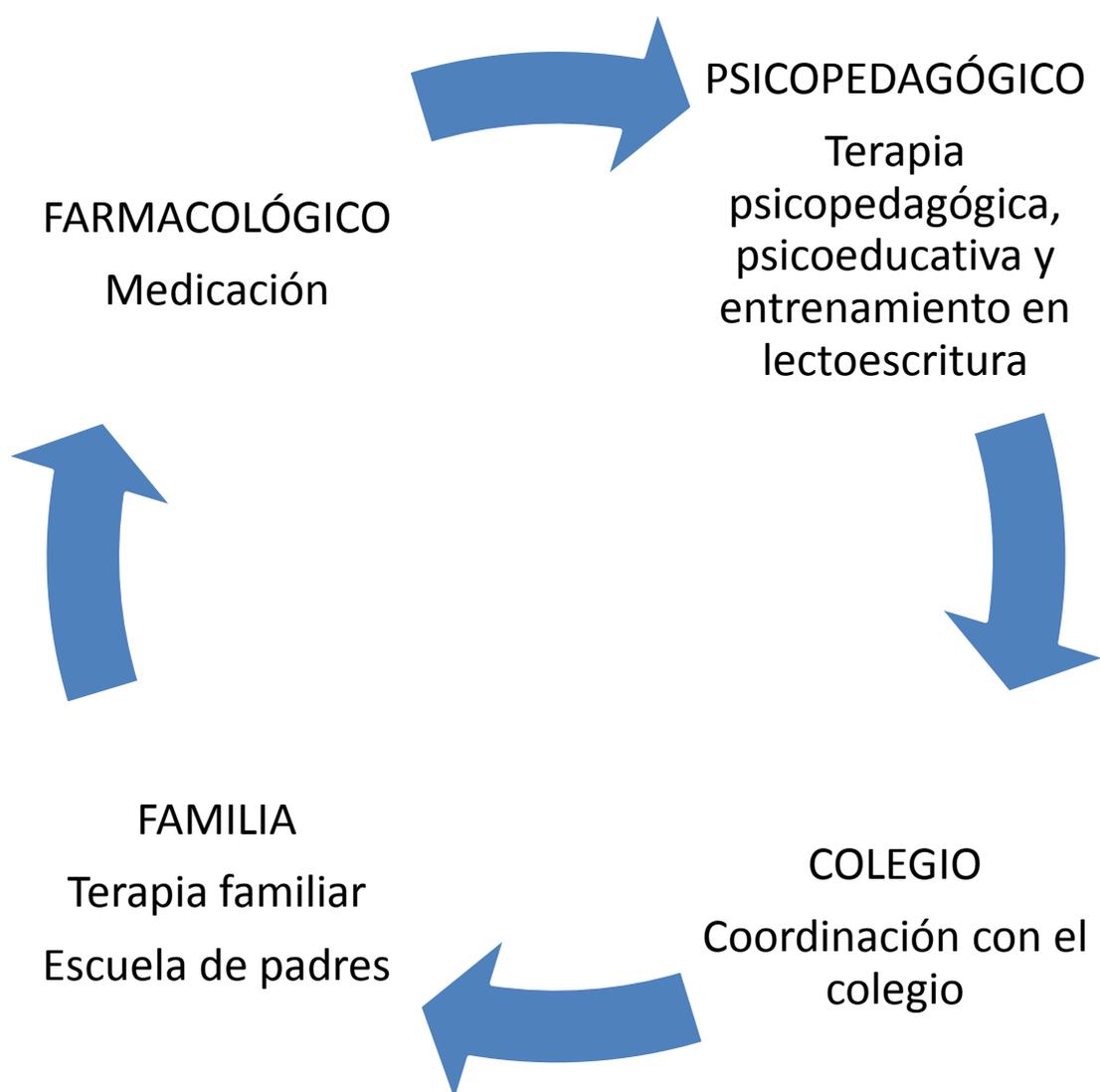


Figura 4. Tratamiento multimodal

Fuente: Fernández et. Al. (2010)

2.1.8. Trastornos asociados

A la hora de realizar un buen diagnóstico es fundamental distinguir entre aquellos trastornos que se parecen al TDAH, pero que no lo son, y que surgen como consecuencia o independientemente del mismo.

La Federación Española de Asociaciones para la ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad [f.e.a.a.] (2012) sostiene que los principales trastornos asociados al TDA-H son los siguientes:

2.1.8.1. Trastorno negativista desafiante

Es el más frecuente en edad escolar y lleva al niño/a a mostrarse hostil y desafiante, presentando conductas de oposición haciendo lo contrario de lo que se le ordena y en algunas ocasiones, le puede ocasionar enfados con los adultos.

Además, discute las órdenes que se le dan y mantiene una actitud provocadora con su familia intentando incumplir las normas que se le imponen.

2.1.8.2. Trastorno de conducta

Suele presentarse principalmente en la adolescencia. Al tener tantos problemas en el colegio y con su familia, el/la niño/a termina por desafiar de forma persistente todas las normas sociales sin respetar los derechos de los demás. Con frecuencia, faltan a clase y se escapan de casa.

2.1.8.3. Ansiedad por separación

Es una causa frecuente de rechazo y fracaso escolar. El/la niño/a tiene mucho miedo de separarse de su familia, lo que conlleva que en el colegio esté distraído y manifieste síntomas físicos como dolores de cabeza o de estómago, aunque la causa de éstos sea psicológica.

2.1.8.4.Trastornos del humor

Consisten en alteraciones emocionales que provocan un estado de ánimo triste, deprimido, irritable o eufórico, también pueden generar ideas de inutilidad, de culpa, de muerte y de superioridad, así como alteraciones físicas de la energía, sueño, apetito y actividad.

Las enfermedades conocidas como trastornos del humor son las siguientes:

Depresión: hay episodios cortos de estado anímico muy deprimido.

Distimia: hay períodos largos de humor medianamente triste.

Enfermedad bipolar o maníaco depresiva: además de episodios de depresión hay episodios de manía, fuertes cambios de humor, disminución de la necesidad de dormir, comportamiento hiperactivo y síntomas paranoides.

2.1.8.5.Trastornos del sueño

Los niños/as con TDAH suelen tener problemas para conciliar y mantener el sueño.

Pueden presentar también somnolencia, terrores nocturnos, pesadillas, movimientos involuntarios y sonambulismo.

2.1.8.6.Trastornos del aprendizaje

Como consecuencia de los síntomas de hiperactividad, impulsividad y déficit de atención, algunos de los/as niños/as con TDAH presentan problemas específicos del aprendizaje.

Los trastornos de aprendizaje más frecuentes aparecen en la lectura, la escritura y el cálculo, también denominados dislexia, disgrafía y discalculia. Concretamente, los problemas más significativos aparecen en las capacidades lectoras. Los/as niños/as suelen tener dificultad para descomponer las palabras en sonidos, en la lectura visual y en la comprensión lectora, así como en la velocidad a la hora de leer.

2.1.8.7.Otros trastornos

Algunos trastornos menos frecuentes en niños/as con TDAH son el síndrome de la Tourette (emisión repetida de tics motores y verbales), el trastorno obsesivo-compulsivo, los desórdenes en la comunicación (alteraciones en el desarrollo del lenguaje expresivo y comprensivo) y trastornos de la coordinación.

A su vez, el/la niño/a con TDAH tiene más posibilidades de sufrir accidentes y lesiones físicas como fracturas óseas, traumatismos craneo-encefálicos o rotura de dientes debido a su impulsividad y trastornos en la coordinación motora.

2.1.9. Impacto del TDAH en las familias

Para las familias no es fácil asumir que su hijo/a tiene algún problema. Se pueden dar diferentes reacciones ante esta situación.

Es frecuente, que los sentimientos negativos, aparezcan en la recepción del diagnóstico.

No hay un sentimiento único ante este hecho, sino que nos podemos encontrar con distintas formas de afrontarlo.

Según la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (2002), pueden surgir distintos tipos de reacciones.

En algunas ocasiones, los padres y madres no comprenden que su hijo/a tenga problemas en el colegio ya que en casa manifiesta los síntomas de diferente manera.

Es común, que aparezcan síntomas de negación, lo que imposibilita o dificulta la recepción de la ayuda necesaria. Algunas familias, además, no se ven capaces para hacer frente a un trastorno crónico y desplazan la responsabilidad a otros profesionales u agentes.

El sentimiento de rabia, puede estar causado por la frustración ante la sospecha de que el/la niño/a podría llegar a superar su problema con más esfuerzo o por la desilusión al no coincidir con sus expectativas iniciales.

En otras ocasiones, las familias se hacen a sí mismas muchos interrogantes para averiguar la causa de ese trastorno en su hijo/a, asumiendo como propia la culpa de la aparición del mismo; lo cual puede llegar a dañar las relaciones de pareja y el clima familiar.

Otro de los sentimientos posibles ante un diagnóstico, es el miedo y la preocupación por la calidad de vida de esas personas. Puede estar provocado por distintas causas como el desconocimiento del problema, el temor a que su hijo/a sea rechazado o no pueda valerse por sí mismo/a.

El rechazo, puede estar dirigido hacia el/la niño/a, los profesionales u otros miembros de la familia. En el caso de que uno de los miembros de la pareja tenga TDAH, aunque en algunos entornos resulte positivo y se empatice con esa persona, en otros, el rechazo aumenta, ya que éste, es un recordatorio y espejo de su problemática.

La impotencia y el desamparo suelen surgir ante la imposibilidad de cambiar lo que le sucede al niño/a, recurriendo así a especialistas en TDAH. Para muchas familias, esto último es muy difícil, ya que tienen que dar información íntima y depositar su confianza en personas desconocidas.

La desilusión, es otro sentimiento que puede aflorar en algunas familias, al ver que su hijo/a no es el que esperaban ni deseaban. Otras, por el contrario, se sienten aliviadas cuando, tras una trayectoria de búsqueda infructuosa y de incertidumbre sostenida, conocen el diagnóstico.

La compensación, es una actitud sobreprotectora que suele ser habitual en los padres y madres lentificando el proceso de madurez y autonomía personal de su hijo/a.

Puede observarse también un sentimiento de aceptación con respuesta poco eficaz, los padres y madres son conscientes del problema pero no saben organizarse o llevan a cabo medidas educativas de forma irregular.

Todas estas emociones, no son las únicas que se pueden dar ante un diagnóstico, puede haber otras posibles.

Por todo ello, es importante que los padres/madres estén muy bien informados del problema, para que así les sea más fácil afrontarlo.

Pero el impacto en las familias no únicamente es negativo, también tiene aspectos positivos; aumenta la información de los padres/madres y sus metas, adquieren otras prácticas educativas que seguramente no experimentarían en otras situaciones y en el caso de que existan hermanos, éstos, con frecuencia, se vuelven más tolerantes y responsables.

No obstante, uno de los aspectos que sorprenden por su frecuencia y actualidad, es la presencia recurrente de falsos mitos con respecto al trastorno TDAH. Por esto, el interés de este trabajo es centrar su atención en ello.

2.2 APROXIMACIÓN DE INVESTIGACIÓN BÁSICA: FALSOS MITOS SOBRE EL TDHA

En la primera parte del estudio, se presenta un marco teórico actualizado sobre el TDAH y la influencia, tanto positiva como negativa, en las familias.

Los falsos mitos sobre el TDAH, son un tema preocupante, a veces, tenemos una concepción errónea de los problemas, debido a los mitos que la sociedad crea y que se difunden a gran velocidad. En algunas ocasiones, la población, poco a poco va asumiendo estos mitos como verdaderos y comunes.

Para explorar y profundizar más en este tema, se ha diseñado un cuestionario restringido, elaborado ad hoc, (anexo I), con el fin de averiguar los mitos presentes en las familias de hijos/as con o sin TDAH.

En base a los resultados obtenidos, se percibe la necesidad de sensibilizar sobre esto y por ello, se diseña un programa específico para trabajar con familias sobre los mitos del TDAH y en el cual van a intervenir distintos agentes educativos.

2.2.1. Objetivos

1. Identificar los mitos que tienen las familias con hijos con TDAH de la muestra acerca de este problema.
2. Conocer los mitos presentes en una muestra de familias con hijos sin TDAH.
3. Comparar entre distintos tipos de familia las concepciones que se tienen acerca del TDAH.

2. 2.2. Participantes

Veinte familias con hijos/as con TDAH y veinte con niños/as sin este trastorno han sido los seleccionados para contestar a este cuestionario. Los sujetos con TDAH se encuentran en 5º y 6º de Educación Primaria.

Tabla 1:

Muestra seleccionada

Hijos/as con TDAH	Hijos/sin TDAH
Total encuestados: 20 familias	Total encuestados: 20 familias
TDAH: 17 niños y 8 niñas	-

En un primer momento, se ha planteado la posibilidad de pasar el cuestionario únicamente a las familias que tienen hijos/as con TDAH y ver algunos de los mitos presentes en ellas, pero posteriormente, se ha encuestado a los dos tipos de familias, de tal manera que se puedan comparar los resultados obtenidos.

2.2.3. Instrumentos de medida

La recogida de datos, se ha llevado a cabo mediante un cuestionario elaborado ad hoc y pendiente de validación.

Se trata de un cuestionario restringido con dos alternativas de respuestas (respuestas dicotómicas): SI o NO y consta de 15 ítems, que en realidad son 15 falsos mitos sobre el TDAH. Estos falsos mitos, han sido obtenidos de distintas fuentes en el 2012: como la Federación Española de Asociaciones para la ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad, la Fundación CADAH y JANSSEN-CILAG S.A.

2.2.4. Resultados obtenidos de las familias con hijos/as con TDAH

En la tabla que se presenta a continuación, se muestran los resultados obtenidos. En primer lugar, se analizan los datos resultantes del cuestionario realizado a las familias con hijos/as con TDAH.

Se trata de una tabla de doble entrada, el eje horizontal, hace referencia a las 20 familias y en el eje vertical a los 15 ítems del cuestionario. La “S” corresponde a “SÍ”, y la “N” indica “NO”.

Tabla 2:

Resultados del cuestionario pasado a las familias con hijos/as con TDAH

FAMILIA / ÍTEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
2	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
3	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
4	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
5	N	N	N	S	S	N	S	N	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	N
6	N	N	N	S	N	N	N	N	N	S	N	N	N	S	N	N	N	S	N	N
7	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
8	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
9	N	N	N	S	S	N	S	N	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	N
10	S	S	S	N	N	S	N	S	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	S
11	N	N	N	S	S	N	S	N	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	N
12	N	N	N	S	S	N	S	N	N	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	N
13	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
14	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
15	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N

A continuación, se muestra un gráfico en el cual encontramos en el eje horizontal el número de los ítems y en el eje vertical la cantidad de familias que han elegido ese ítem. Se han utilizado distintos colores para representar la cantidad de familias que han marcado “si” y “no” en cada uno de los falsos mitos.

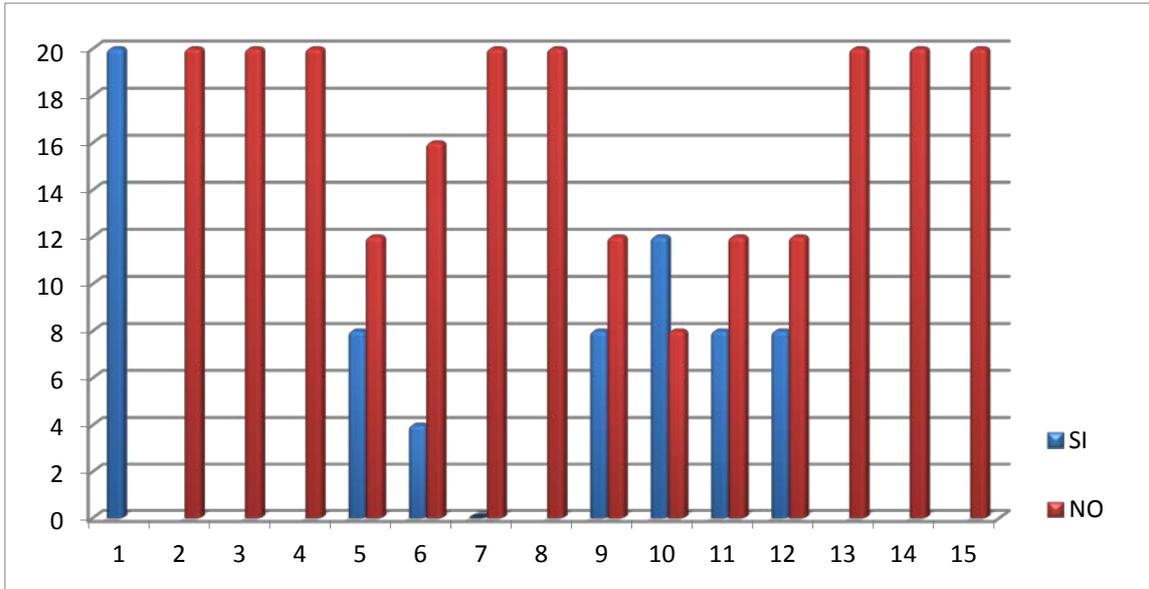


Figura 5. Resultados del cuestionario pasado a las familias con hijos/as con TDAH

Y finalmente, para representar los datos obtenidos, se muestran dos figuras en las que se pueden ver, el porcentaje de familias que han respondido si o no a cada ítem.

Elección: SI en familias con hijos/as con TDAH

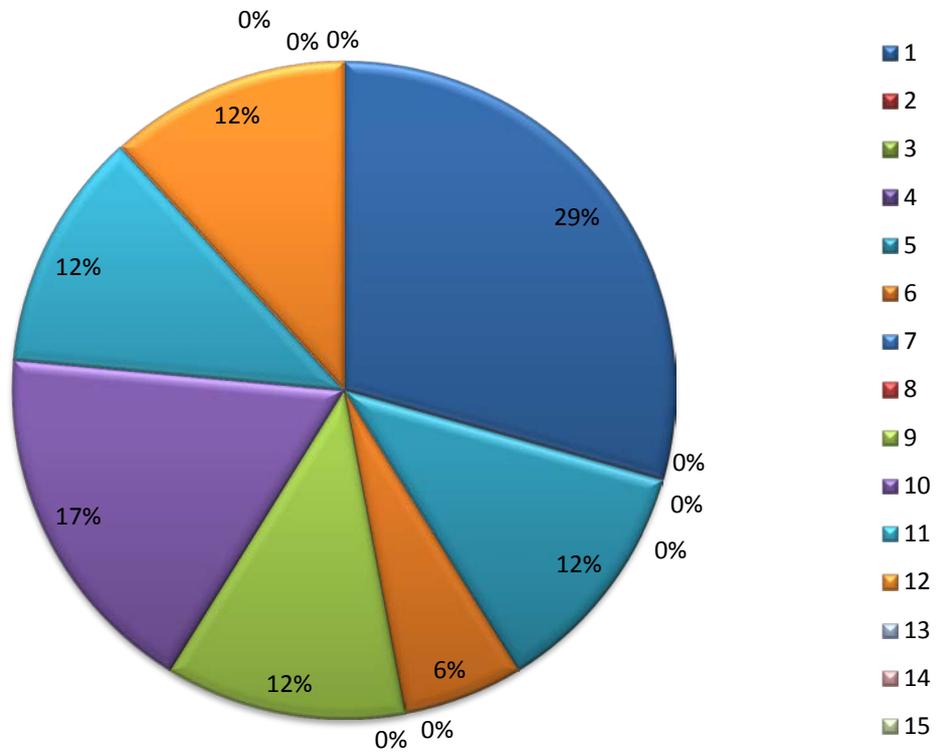


Figura 6. Porcentajes de elección: Si

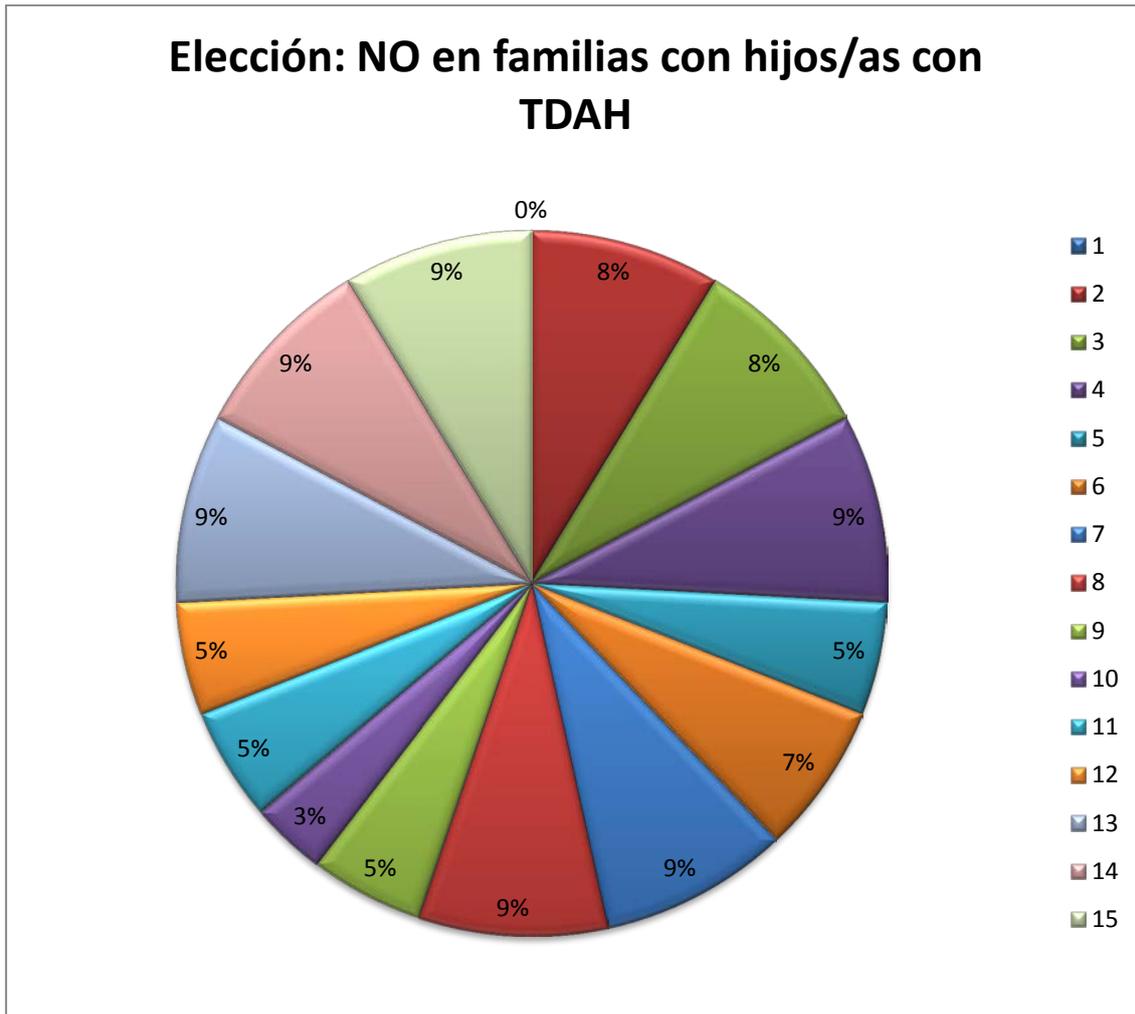


Figura 7. Porcentajes de elección: No

Cada color corresponde a la cantidad de familias que han marcado “Si” en cada uno de los ítems.

Seguidamente, se va a explicar cada uno de los falsos mitos, en los que todas las familias han elegido lo mismo (tabla 2):

- El TDAH no existe, es un invento de la Psiquiatría norteamericana para vender medicación. Numerosas investigaciones han manifestado la existencia este trastorno.

La Medical Association (1998) describió en TDAH como “uno de los trastornos mejor estudiados en la medicina, en el que los datos globales sobre su validez superan a los de muchas enfermedades”.

En la actualidad no existe ninguna prueba que demuestre la inexistencia del TDAH o invalide su diagnóstico.

- El TDAH es una moda: es evidente que en la actualidad hay una mayor sensibilidad hacia los/as niños/as con TDAH. Pero cada vez se publican más estudios e investigaciones con el fin de mejorar la calidad de vida de estas personas y en consecuencia la de sus familias y profesores.
- Un/a niño/a con TDAH tiene tumor o una lesión cerebral: las personas con TDAH no tienen ningún daño físico, únicamente lo que ocurre, es que una zona de su cerebro funciona de otra manera y produce irregularmente dopamina y neodrenalina.
- La mala educación que hoy en día proporcionan los padres a sus hijos/as genera en ellos TDAH; el TDAH no está causado por la relación o características de la familia, aunque si bien es verdad, estas características pueden empeorar el problema, pero no es la causa.
- Los profesores diagnostican el TDAH a todos los/as alumnos/as que son inquietos/as y que normalmente están distraídos/as. Todas estas familias saben que el diagnóstico no le puede dar un profesor, aunque es verdad que puede detectar posibles dificultades.
- El TDAH se cura: en base a los resultados, este falso mito no es común entre las familias con hijos/as con TDAH. Es un trastorno en el desarrollo neurobiológico y por lo tanto no se cura, puede afectar negativamente al desarrollo de una persona a lo largo de su vida.
- El TDAH sólo afecta a varones; es más común en los hombres, pero no afecta únicamente a este sexo.
- El tratamiento con psicoestimulantes debe interrumpirse en vacaciones y en el fin de semana: los padres están muy bien informados viendo los resultados. Los psicoestimulantes ayudan positivamente al niño/a con TDAH, mejoran su atención, rendimiento y conducta. El TDAH se manifiesta en diferentes entornos, no únicamente en la escuela y por lo tanto, este tratamiento, no debe interrumpirse ni en vacaciones ni en fines de semana.

Y por otro lado, se encuentran una serie de mitos en los que no hay unanimidad a la hora de responder si son correctas o incorrectas las afirmaciones planteadas en el cuestionario (tabla 2):

- El niño/a con TDAH es menos inteligente: 8 de las 20 familias han afirmado este falso mito. El TDAH no tiene relación con la inteligencia. Hay niños/as con TDAH con inteligencia normal, alta y baja.
- La persona con TDAH necesita clases especiales; esta afirmación también es un falso mito, es verdad que un/a niño/a con TDAH puede necesitar intervención pedagógica o psicopedagógica pero no recibe otras clases diferentes al resto de sus compañeros/as, recibe las mismas clases. Seguramente las familias que hayan afirmado esto, puede ser que lo hayan hecho porque sus hijos/as acudan a algún tipo de asociación y ellos lo consideran como clases especiales.
- El tratamiento con psicoestimulantes altera el crecimiento. Estudios recientes, nos demuestran que no es verdad. Biederman (2010) ha realizado un seguimiento de 261 niños/as durante 10 años y no ha encontrado ninguna diferencia de peso o altura entre los sujetos con tratamiento y los sujetos sin tratamiento. Aunque sería conveniente que el médico lo revisara al menos dos veces al año o en cada consulta.
- ¿Es bueno dar medicación a los/as niños/as?. En este ítem, 12 familias creen que es bueno dar medicación a los/as niños/as, siempre que sea necesario. La mayoría de las familias verbalizan que es un respiro para ellos dar la medicación a sus hijos/as porque están mucho más calmados. Esta decisión es consecuencia de una evaluación completa y su utilización debe hacerse siempre de acuerdo con las indicaciones y directrices marcadas.
- El tratamiento debe ser primero sin medicación y si no mejora, se puede usar medicación, porque los fármacos son peligrosos; el tratamiento del TDAH debe incluir apoyo e información a los padres sobre acerca del trastorno, adaptación escolar y en algunas ocasiones, un tratamiento médico.
- La medicación produce adicción. 8 de las familias 20 familias creen que esto es así. El metilfenidato en dosis normales en TDAH no produce efecto euforizante. De hecho, reduce el riesgo de que el futuro el sujeto abuse de las drogas, porque disminuye su impulsividad.

En los ítems que hacen referencia a la medicación, aquellas familias que han afirmado que los psicoestimulantes alteran el crecimiento, en consecuencia han elegido que no es bueno dar medicar a los/as niños/as o que produce adicción. En estas ocasiones, puede

influir la concepción que tiene la sociedad acerca de este tema o también la poca información que en algunos casos se proporciona a la familia.

De los datos obtenidos de estas familias, hay uno que llama la atención, 8 de las 20 familias a las que se ha pasado este cuestionario, creen que sus hijos/as con TDAH son menos inteligentes. Se trata un mito que afecta negativamente a esa familia, pero sobre todo, afecta al niño con TDAH.

Las familias tienen que apoyarlos y ser conscientes de que su hijo/a tiene dificultades pero no es menos inteligente que los demás. Teniendo esta concepción, los avances con ese/a niño/a van a evolucionar positivamente y por el contrario, si la familia piensa que es menos inteligente, dañan su propia autoestima y la de su hijo/a.

2.2.5. Resultados obtenidos de las familias con hijos/as sin TDAH

Para extraer los datos obtenidos de las familias con hijos/as sin TDAH, se lleva a cabo el mismo procedimiento que en el caso anterior, mostrando así primero una tabla de doble entrada y a continuación el gráfico de barras correspondiente.

Tabla 3:

Resultados del cuestionario pasado a las familias con hijos/as sin TDAH

FAMILIA / ÍTEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	N	S	S	N	S	N	N	S	N	N	S	N	S	S	S	S	S	N	N	S
2	S	N	N	S	N	S	S	N	S	S	N	S	N	N	N	N	N	S	S	N
3	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N
4	S	N	N	S	N	N	S	N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N
5	N	N	S	N	S	N	N	S	N	N	N	N	S	N	S	N	S	N	N	N
6	N	N	S	N	S	N	N	S	N	N	N	N	S	N	S	N	S	N	N	N
7	S	N	N	S	N	S	S	N	S	S	N	S	N	N	N	N	N	S	S	N
8	S	N	N	S	N	S	S	N	S	S	N	S	N	N	N	N	N	S	S	N
9	S	N	N	S	N	S	S	S	S	S	N	S	N	N	N	N	S	S	S	N
10	N	S	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N	S	S	S	S	N	N	N	S
11	S	N	N	S	N	S	S	S	S	S	N	S	N	N	N	N	S	S	S	N
12	S	N	N	S	N	S	S	S	S	S	N	S	N	N	N	N	S	S	S	N
13	N	N	N	S	N	N	S	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N
14	N	N	N	S	N	S	S	N	S	N	N	S	N	N	N	N	N	S	S	N
15	S	N	N	S	N	S	S	S	S	S	N	S	N	N	N	N	S	S	S	N

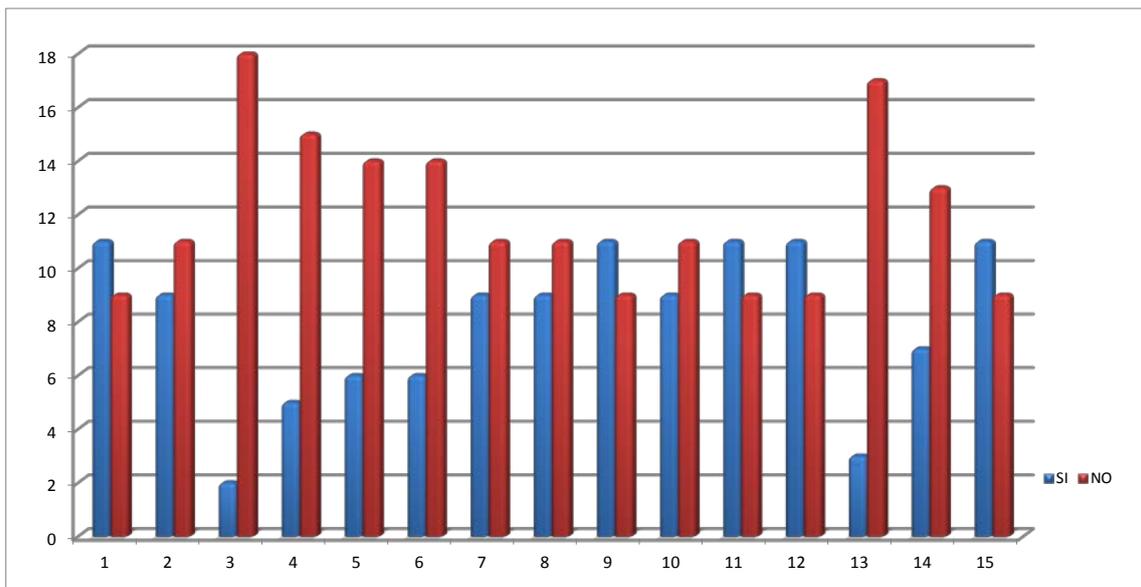


Figura 8. Resultados del cuestionario pasado a las familias con hijos/as sin TDAH

A continuación, igual que en el caso de las familias con hijos/as con TDAH, se muestran dos figuras con la representación porcentual de los resultados.

Elección: Si en familias con hijos/as sin TDAH

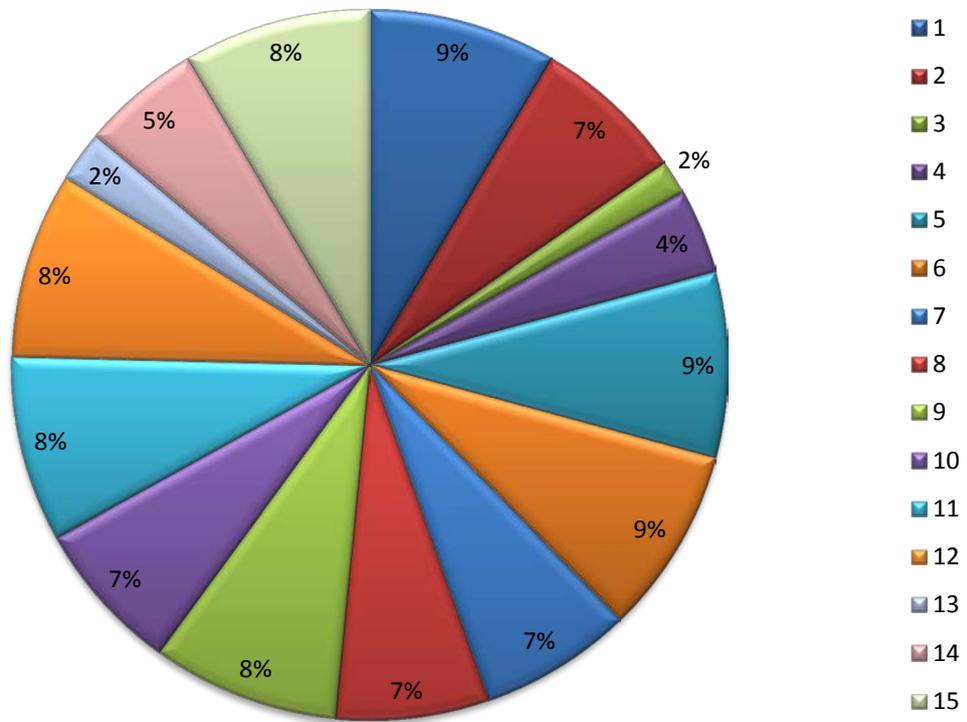


Figura 9. Porcentajes de elección: Si

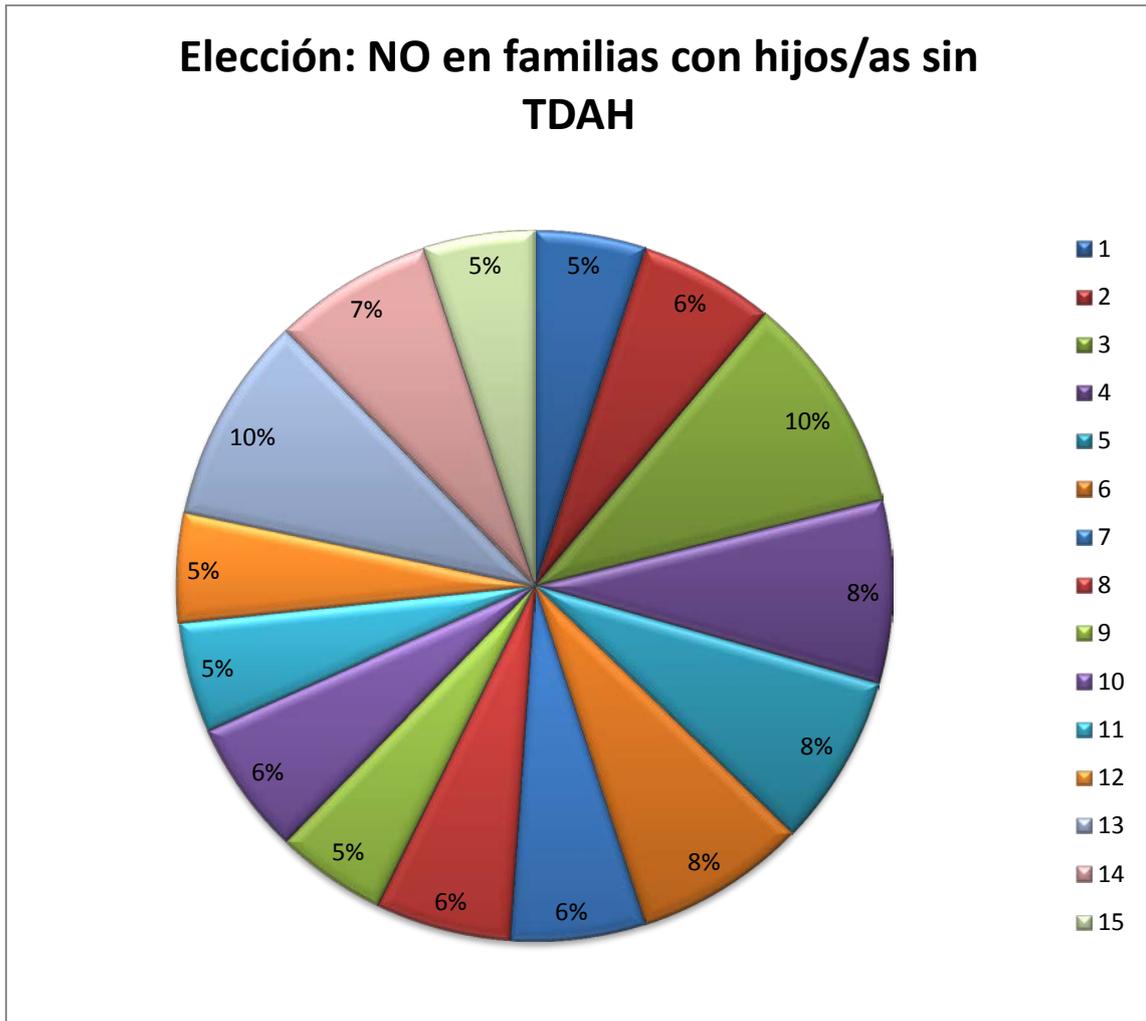


Figura 10. Porcentajes de elección: No

Cada color, corresponde a la cantidad de familias que han elegido “No” o “Si” en cada uno de los diferentes ítems del cuestionario.

Estas familias, al no tener hijos/as con TDAH, están poco informadas sobre el trastorno.

Nueve de las veinte familias, creen que el TDAH no existe y que es una moda o que consiste en falta de voluntad.

Por lo que respecta a los fármacos, algunas de ellas, en concreto once, están en contra de utilizarlos con los/as niños/as con TDAH, afirmando que altera el crecimiento o que provocan adicción.

En segundo lugar me gustaría decir que este tipo de familias tienen bastante confusión con el diagnóstico y las causas; cinco de ellas, piensan que el TDAH aparece por la mala educación que esos niños/as reciben de sus familias y nueve, opinan que el

diagnóstico le hace el/la profesor/a cuando percibe que ese/a alumno/a es movido/a o inquieto/a, lo cual es incorrecto.

2.2.6. Comparación de los resultados

A continuación, se muestra una figura donde se puede ver en el eje horizontal el número de ítems y en el eje vertical la cantidad de familias que han escogido ese ítem como correcto o incorrecto; con distintos colores aparecen los dos tipos de familia tal y como se refleja en la leyenda de la misma.

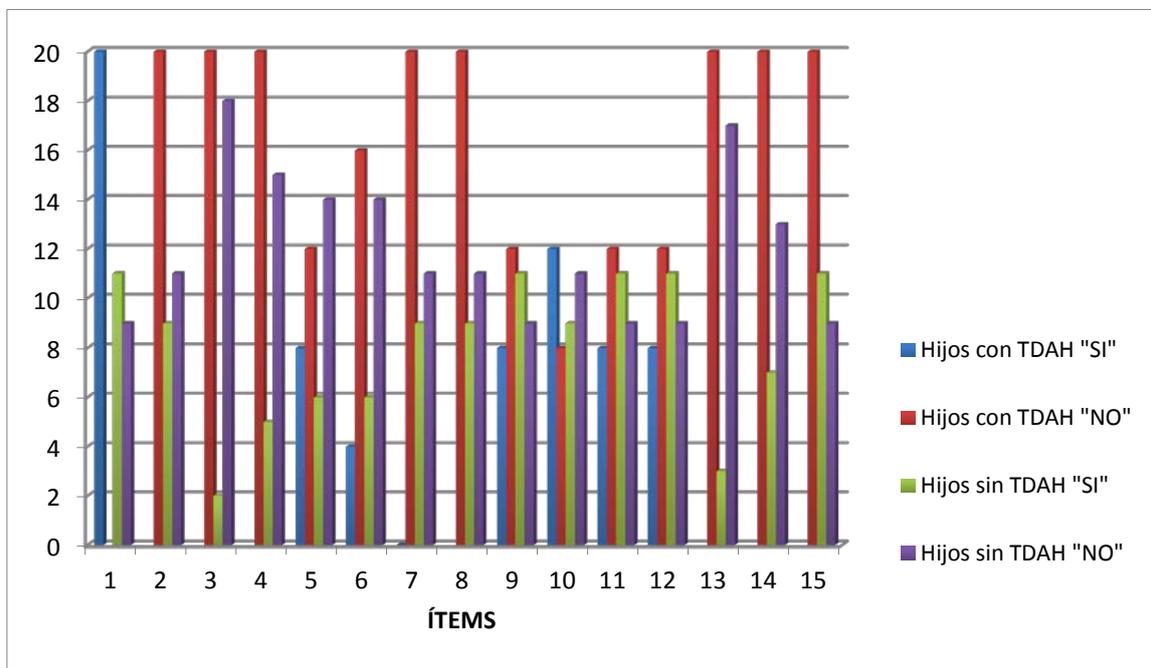


Figura 11. Comparación de los resultados del cuestionario pasado a las familias con hijos/as con TDAH y a familias con hijos/as sin TDAH

2.3. Programa de intervención

Conforme a estos resultados y teniendo en cuenta, que una de las competencias inherentes en un/a psicopedagogo/a es el diseño, puesta en práctica y evaluación de programas, se ha diseñado uno específico para trabajar con familias sobre los mitos del TDAH.

2.3.1. Objetivos

- Aportar a las familias información general acerca del TDAH.
- Intercambiar experiencias que faciliten el enriquecimiento mutuo.
- Posibilitar la expresión de sentimientos en los padres y madres.
- Sensibilizar e informar sobre los falsos mitos relacionados con el TDAH.

2.3.2. Contenidos

Todos los contenidos que se van a tratar a lo largo de las 9 sesiones, están explicados detalladamente en el trabajo.

- TDAH: características, etiología, prevalencia, diagnóstico y tratamiento.
- Falsos mitos sobre el TDAH.

2.3.3. Temporalización

Este programa específico de intervención con familias, se llevará a cabo en 9 sesiones grupales. Algunas sesiones durarán una hora y media y otras dos horas, ya que en estas últimas, se utilizará media hora para la evaluación continua.

Cada semana se desarrollará una sesión, aunque se pueden establecer modificaciones, como por ejemplo por motivos de trabajo para que las familias puedan acudir a su trabajo con total normalidad y además, a esta escuela a formarse. El horario es flexible.

A continuación, se muestra un cronograma, con la temporalización de las sesiones dentro del tiempo total planificado para el programa.

Año X														
N°	Nombre de la sesión	Marzo				Abril				Mayo				
		S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	
1	¿Qué es el TDAH?	X												
2	Características del TDAH		X											
3	Etiología del TDAH			X										
4	Prevalencia del TDAH				X									
5	Diagnóstico del TDAH					X								
6	Tratamiento farmacológico						X							
7	Tratamiento multimodal							X						
8	Otros falsos mitos								X					
9	Sesión final										X			

Figura 12. Cronograma de las sesiones

2.3.4. Metodología

Es recomendable que los grupos sean pequeños, de no más de 10 personas para lograr la máxima participación.

Las sesiones presentan una estructura uniforme, por un lado, tendrá lugar una exposición oral por parte del profesional responsable, junto con una presentación audiovisual, para poder seguir la explicación y continuación, una vez que se ha tratado el contenido correspondiente, se mostrarán falsos mitos sobre el TDAH relacionados con los conceptos trabajados en esa sesión, dando siempre oportunidad a las familias

para debatir, manifestar opiniones o sentimientos; de tal manera que todos/as aprendan con todos/as.

Las sesiones las llevarán a cabo diferentes agentes educativos como el/la médico/a, el/la psicólogo/a clínico, el/la maestro/a especialista en educación especial y el/la psicopedagogo/a. Todos ellos, estarán en constante relación antes, durante y después del desarrollo del programa.

Antes de llevar a cabo el programa, se establecerán grupos de trabajo, en los que los distintos agentes, reflexionarán sobre el TDAH, los problemas que existen y elaborarán propuestas para realizar en el programa y aproximadamente, dos veces por semana, durante el desarrollo del mismo, se reunirán para estudiar la puesta en práctica y la marcha de la intervención y detectar posibles problemas para solucionarlos en las sesiones posteriores.

2.3.5. Destinatarios

Este programa va dirigido a familias cuyos/as hijos/as sean menores de 14 años y presenten o no TDAH.

En el caso de las familias de hijos/as con TDAH, tendrán que aportar el diagnóstico de los/as niños/as y si fuera necesario, se realizarán las pruebas pertinentes, de tal manera que los profesionales que van a intervenir en el programa, conozcan los distintos casos con los que se van a encontrar a lo largo del programa.

2.3.6. Sesiones

1ª ¿Qué es el TDAH?

- Objetivos
 - o Aportar información a las familias sobre el concepto del TDAH.
 - o Sensibilizar acerca de los mitos relacionados con la existencia de este trastorno.
- Temporalización

La sesión durará una hora y media aproximadamente y estará dividida en dos partes, por un lado, una exposición teórica por parte del profesional responsable y por otro lado, tendrá lugar la explicación de dos mitos relacionados con el concepto del TDAH.

- Contenidos
 - o Concepto de TDAH
 - o Mitos:
 - El TDAH no existe, es un invento de la Psiquiatría norteamericana para vender medicación.
 - El TDAH es una moda.
- Desarrollo y recursos personales

Se trata de una sesión informativa y de sensibilización, llevada a cabo por el/la Maestro/a especialista en Educación Especial que será el encargado/a de explicar el concepto del TDAH.

En la segunda parte de la clase, el/la Maestro/a explicará científicamente dos falsos mitos que ponen en evidencia la existencia de este trastorno. A continuación las familias tendrán tiempo para debatir u opinar sobre ellos.

- Recursos materiales: presentación audiovisual aportada por el/la profesional responsable de la sesión.

2ª Características del TDAH.

- Objetivos
 - o Conocer las características del TDAH.
 - o Sensibilizar a las familias sobre algunos de los mitos relacionados con las características del trastorno.
- Temporalización

Esta segunda sesión, durará dos horas y está estructurada de igual manera que la anterior; la primera parte será teórica, y a continuación, se expondrán dos falsos mitos relacionados con las características del TDAH con su correspondiente explicación científica. En los últimos minutos, se pasará un cuestionario de evaluación (anexo II).

- Contenidos
 - o Características del TDAH.
 - o Mitos:
 - Un niño/a con TDAH tiene un tumor o una lesión cerebral.
 - El alumno/a con TDAH es menos inteligente.

- Desarrollo y recursos personales

En esta sesión va a intervenir el/la psicopedagogo/a explicando de manera clara y detallada las características del TDAH, enfocando la sesión hacia el contexto escolar.

Seguidamente, el psicopedagogo/a explicará dos falsos mitos relacionados con el contenido tratado en la sesión, dando oportunidad a las familias para debatir o expresar su opinión y establecer así un clima de confianza.

- Recursos materiales: presentación audiovisual.

3ª Etiología del TDAH

- Objetivos
 - o Explicar las causas del TDAH.
 - o Hacer conscientes a las familias sobre la existencia de falsos mitos relacionados con las causas del TDAH.
- Temporalización

La duración de la sesión es de una hora y media. La primera parte será teórica, de aproximadamente tres cuartos de hora y en la segunda parte se tratará el tema de los falsos mitos.

- Contenidos
 - o Causas del TDAH.
 - o Mitos:
 - La mala educación que hoy en día proporcionan las familias a sus hijos/as genera en ellos TDAH.
 - El TDAH aparece por alergias alimentarias u otros problemas ambientales.

- Desarrollo y recursos personales

El/la psicopedagogo/a y el/la Maestro/a especialista en Educación Especial, explicarán las causas del TDAH mediante una presentación audiovisual.

A continuación, en la parte final, se expondrán dos falsos mitos existentes en la actualidad con su correspondiente explicación científica por parte de los profesionales responsables de la sesión y en donde las familias tendrán tiempo para expresar su opinión o debatir sobre este tema.

- Recursos materiales: presentación audiovisual.

4ª Prevalencia del TDAH

- Objetivos
 - o Informar sobre la prevalencia del TDAH.
 - o Sensibilizar acerca de los falsos mitos relacionados con la prevalencia del TDAH.
- Temporalización

Esta sesión durará dos horas. Por un lado, será una sesión teórica y a continuación, se presentarán los falsos mitos relacionados con la prevalencia del TDAH.

En el últimos minutos, se pasará un cuestionario para evaluar la tercera y la cuarta sesión y el desarrollo del programa (anexo III).

- Contenidos
 - o Prevalencia del TDAH.
 - o Mitos:
 - El TDAH sólo afecta a varones.
 - El TDAH sólo afecta a familias con nivel económico y cultural medio-alto.
- Desarrollo y recursos personales

El/la Maestro/a en Educación Especial y el/la psicopedagogo/a, explicarán la prevalencia del TDAH y en qué medida afecta dependiendo del sexo u origen cultural, social o económico.

Con el fin de seguir sensibilizando acerca de los mitos, se presentarán dos de ellos, relacionados con la prevalencia del TDAH, junto con su correspondiente explicación científica y dando lugar a las familias para debatir o expresar sus opiniones al respecto.

- Recursos materiales: presentación audiovisual.

5ª Diagnóstico del TDAH

- Objetivos
 - o Conocer la manera de realizar el diagnóstico de un niño/a con TDAH.
 - o Informar del profesional que realiza el diagnóstico.
 - o Sensibilizar a las familias sobre los mitos relacionados con el diagnóstico del TDAH.
- Temporalización

La sesión durará una hora y media y se divide en dos grandes partes. Por un lado una parte teórica y por otro lado, una segunda parte en la que las familias podrán debatir y expresar su opinión a partir de los mitos relacionados con el diagnóstico.

- Contenidos
 - o Diagnóstico del TDAH.
 - o Mitos:
 - Los profesores/as diagnostican el TDAH.
 - Los profesores/as diagnostican TDAH a todos los alumnos/as que son movidos/as e inquietos/as.
- Desarrollo y recursos personales

El/la psicólogo/ clínico será el responsable de llevar a cabo esta sesión. En primer lugar, explicará a todas las familias en qué consiste el diagnóstico y las pruebas que se realizan con un niño/a que pueda tener TDAH y a continuación, dará una explicación científica de dos falsos mitos relacionados con el diagnóstico, dejando claro en todo momento quién es el profesional que lo realiza.

- Recursos materiales: presentación audiovisual.

6ª Tratamiento farmacológico

- Objetivos
 - o Informar a las familias sobre el tratamiento farmacológico en los niños y niñas con TDAH.
 - o Hacer conscientes a las familias de la existencia de falsos mitos relacionados con el tratamiento farmacológico.
- Temporalización

La duración de esta sesión es de dos horas aproximadamente, ya que en los últimos minutos se pasará el cuestionario correspondiente para las sesiones 5 y 6 (anexo IV).

La primera parte será teórica y a continuación, como en todas las anteriores se pasará a explicar los falsos mitos relacionados con el tratamiento farmacológico.

- Contenidos
 - o Tratamiento farmacológico en personas con TDAH.
 - o Mitos:
 - Los psicoestimulantes alteran el crecimiento.
 - No es bueno dar medicación a los niños/as.

- El tratamiento debe ser primero sin medicación y luego si no mejora, con medicación.
- La medicación produce adicción.
- Desarrollo y recursos personales

En esta sesión van a intervenir tres profesionales: un/a médico/a, un/a psicólogo/a clínico y un/a psicopedagogo/a para tratar el tema del tratamiento farmacológico en los niños con TDAH.

Mediante una exposición teórica, se explicará en qué consiste este tratamiento, mostrando también ventajas e inconvenientes y a continuación, se presentarán cuatro falsos mitos relacionados con este tratamiento con su correspondiente explicación, dando oportunidad en todo momento a las familias para manifestar su opinión con respecto a este tratamiento.

- Recursos materiales: presentación audiovisual.

7ª Tratamiento multimodal

- Objetivos
 - Sensibilizar sobre los falsos mitos relacionados con el tratamiento del TDAH.
 - Informar a las familias sobre el tratamiento multimodal.
- Temporalización

La sesión durará una hora y media, y tendrá la misma estructura que las anteriores; en la primera mitad se realizará una presentación teórica y a continuación, se trabajará sobre un falso mito relacionado con este tratamiento.

- Contenidos
 - Tratamiento multimodal en niños/as con TDAH.
 - Mito:
 - El alumnado con TDAH necesita clases especiales.
- Desarrollo y recursos personales

En esta sesión, el/la psicopedagogo/a, explicará en qué consiste este tratamiento junto con la justificación científica de un falso mito; éste, no está directamente relacionado con el contenido de la sesión, ya que un niño con TDAH no necesariamente necesita clases especiales, sino un tratamiento multimodal adecuado.

- Recursos materiales: presentación audiovisual aportada por el/la psicopedagogo/a.

8ª Otros falsos mitos sobre el TDAH

- Objetivo
 - o Explicar científicamente otros falsos mitos relacionados con este trastorno y sensibilizar a las familias sobre ello.
- Temporalización

La sesión durará dos horas ya que al final de la clase, se tendrá que pasar el cuestionario correspondiente de la evaluación continua de las sesiones 7 y 8 (anexo V).

- Contenidos
 - o Falsos mitos sobre el TDAH
 - El TDAH se cura.
 - El TDAH desaparece en los adolescentes.
- Desarrollo y recursos personales

En esta sesión van a intervenir todos los profesionales que han llevado a cabo el programa. Ellos explicarán científicamente dos falsos mitos sobre el TDAH y a continuación, se dejará tiempo a las familias para que ellas mismas, siempre que así lo deseen, manifiesten algún mito que tienen ellos hacia estos/as niños/as o que han oído con frecuencia, de tal manera que entre todos, se pueda dar la explicación correcta.

- Recursos materiales: presentación audiovisual.

9ª Sesión final

- Objetivo
 - o Explicar la importancia que tiene la lucha contra los falsos mitos.
- Temporalización

La sesión durará dos horas aproximadamente.

- Contenido
 - o El TDAH y los falsos mitos.
- Desarrollo y recursos personales

En esta sesión final del programa, también van a intervenir todos los profesionales que han aportado algo en él. Este último momento de encuentro con las familias, se va a

dedicar a sensibilizar en general sobre la importancia que tiene acabar con los falsos mitos en general y en particular sobre el TDAH.

- Recursos materiales: presentación audiovisual.

2.3.7. Evaluación

La evaluación del programa será continua, cada dos sesiones, se realizará una pequeña prueba de contenidos tipo test, en la que se recogerá también la opinión de las familias sobre el programa al que están acudiendo, de tal manera que se puedan establecer modificaciones de contenidos, metodología o temporalización.

En la última clase, se realizará una evaluación final de manera oral, en la que se tratarán todos los contenidos desarrollados a lo largo de la intervención.

A continuación, se muestra un cronograma con el reparto de las pruebas de evaluación a lo largo del tiempo del programa.

Año X														
Nº	Nombre de la sesión	Marzo				Abril				Mayo				
		S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	
1														
2	Evaluación sesión 1 y 2		X											
3														
4	Evaluación 3 y 4				X									
5														
6	Evaluación 5 y 6						X							
7														
8	Evaluación 6 y 7								X					
9	Evaluación final oral										X			

Figura 13. Cronograma de la evaluación continua del programa

Teniendo en cuenta los objetivos que se han establecido para este programa y los instrumentos de recogida de datos, los criterios de evaluación que se van a seguir, son los que van a permitir evaluar la capacidad de la familia para:

- Responder adecuadamente a cuestiones relacionadas con el concepto, características, etiología, prevalencia, diagnóstico y tratamiento del TDAH.
- Explicar correctamente y con datos actualizados diferentes mitos falsos sobre el TDAH.

Por otro lado, a lo largo de todas las sesiones, los profesionales evaluarán en base a los siguientes criterios:

- Utilizar adecuadamente los conceptos que se trabajen en las sesiones.
- Participar activamente en el desarrollo del programa.

La evaluación es continua. Cada dos sesiones, las familias contestarán a una prueba objetiva (se muestra en los anexos), que consta de seis preguntas con tres alternativas de respuesta, de las cuales sólo una es correcta.

De estas seis cuestiones, tres están relacionadas con el contenido teórico de las sesiones que se estén evaluando, y las restantes, se refieren a los falsos mitos sobre lo tratado en las dos clases correspondientes.

A continuación de las preguntas, los padres y madres, tendrán que responder brevemente a cuatro ítems relacionados con el desarrollo del programa. De esta manera, que siempre que sea posible y coherente, se podrán establecer las modificaciones que las familias soliciten.

3. CONTEXTO

La familia es un núcleo preferente de atención, al cual debemos aportar los recursos necesarios para que se conviertan en un apoyo de la persona que presenta algún tipo de problema o discapacidad.

Coincidente con Paula (2003), en este trabajo se considera que la intervención educativa en la familia ha adquirido gran importancia en los últimos años, pero las experiencias llevadas a cabo son incipientes.

Afirma también, que si atribuimos al desarrollo psicológico de los/las niños/as un origen social y cultural, tenemos que reconocer a la familia como un contexto de desarrollo y entender las prácticas educativas familiares, como uno de los principales factores a la hora de explicar cómo y por qué se desarrollan las personas.

En 1989, el preámbulo de la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas dejaba muy claro que todos los niños y niñas tienen derecho a un ambiente familiar necesario para su crecimiento y el bienestar y que éstos, deben crecer en contextos adecuados para poder desarrollar por completo sus personalidades.

Una de las limitaciones que a veces nos encontramos, es que la escuela y la familia trabajan separadas e independientemente. No es suficiente que el currículo esté bien organizado y estimule a ese/a niño/a sino que es necesario que ambos contextos se relacionen a la hora de educar. Con respecto a esto, Brofenbrenner (1987), afirma que los/as alumnos/as con NEE se tienen que sentir mutuamente valorados y respetados para que la escuela y la familia incrementen el potencial cognitivo de ese alumnado.

Llegados a este punto, se van a destacar las aportaciones y limitaciones de este estudio.

En primer lugar, se presenta marco teórico sobre el TDAH que facilita la posición conceptual.

La clarificación de los falsos mitos sobre el TDAH, es un problema recurrente que rara vez se ha abordado a pesar de su relevancia e impacto negativo. Aquí no solo es tenido en cuenta, sino también estudiado, identificado y afrontado.

Por otro lado, se presenta un diseño de un programa específico de intervención con las familias, con hijos/as, con y sin TDAH, con la finalidad de sensibilizar y asesorar sobre ello.

Por lo que respecta a las limitaciones, el trabajo por sí sólo ya las presenta, al profundizar sobre los falsos mitos existentes en el TDAH, se seleccionan únicamente veinte familias, por lo que no es generalizado en toda la población, la muestra es reducida. Igualmente, hay que decir que el instrumento de medida utilizado no contempla, aún, los criterios de validez adecuados.

“Nuestras limitaciones vienen determinadas por la imposibilidad de que el trastorno desaparezca. Es importante que los padres comprendan que nada de lo que hagan podrá hacer que el trastorno desaparezca. Tampoco la escuela puede hacerlo desaparecer por completo” (Bernal, 2008, p. 155)

4. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES

4.1 CONCLUSIONES SOBRE “FALSOS MITOS DEL TDAH”

Según los datos obtenidos en los cuestionarios, se deducen las siguientes conclusiones: Si se comparan resultados, todas las familias que tienen niños/as con este problema, saben que el TDAH existe y que no es una moda, pero por el contrario, no ocurre lo mismo con las familias con hijos/as sin TDAH, donde algunas de ellas, piensan que no existe y que es una moda actual; en unos casos se conoce el problema, y en otros, se guían por lo que creen u oyen en la sociedad.

En segundo lugar, por lo que se refiere a las causas o al diagnóstico, en las familias donde no hay hijos/as con este trastorno, creen que este problema aparece por la mala educación y que lo diagnostican los/as profesores/as y en las familias donde hay niños/as con TDAH, está muy claro que no es el/la profesor/a quien da el diagnóstico.

Todas estas conclusiones y comparaciones, nos llevan a un mismo punto, la falta de información en las familias donde hay niños/as sin TDAH.

En el caso del tratamiento farmacológico, el falso mito tiene mucho más peso que la propia realidad y provoca la creencia de un perjuicio para el niño o niña, hecho que se demuestra en este cuestionario.

En cuanto a la inteligencia de las personas, de este colectivo, o la necesidad de clases especiales, los datos se aproximan en los dos tipos de familias.

Los temas de mayor controversia y discrepancias, entre los dos tipos de familias, han sido la existencia, o no, del trastorno y los ítems relacionados con el tratamiento farmacológico.

Este cuestionario, elaborado ad hoc, es una muestra de algunos de los falsos mitos existentes hoy en día.

4.2 CONCLUSIONES SOBRE EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

La familia es el pilar central de la sociedad en la educación de sus hijos/as, junto con otras instituciones como la escuela. En este trabajo, se hace evidente la importancia de la incorporación de la familia en la formación de sus hijos/as y de ellos mismos.

Con este programa de intervención, creado a partir del trabajo de profundización sobre los falsos mitos del TDAH, se pretende formar a las familias con información básica sobre el trastorno y sensibilizar acerca de la existencia de creencias falsas.

Estos programas, deben ser unos recursos muy a tener en cuenta, ya que, además de aportar conocimientos con profesionales especializados, se convierten en un lugar de intercambio de experiencias, emociones o sentimientos en el que pueden ayudarse mutuamente, transmitiendo sus vivencias y su propia visión del problema.

4.3 CONCLUSIONES FINALES DEL ESTUDIO

En este trabajo, se ha profundizado en el conocimiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y en el impacto que tiene en la familia. A partir de aquí y viendo la fuerte presencia de falsos mitos sobre el TDAH, y su repercusión negativa, se ha tratado de estudiar y clarificar estas creencias, con la elaboración de un cuestionario para familias, con y sin TDAH.

Los resultados obtenidos sugieren la necesidad de proporcionar más información a las familias y sensibilizar sobre la existencia de falsos mitos sobre el TDAH, creando así un programa específico de intervención con familias.

En un futuro, sería interesante crear un programa con la misma estructura, para familias de niños/as, con y sin TDAH, introduciendo más sesiones y tratando otros contenidos, así como aportar estrategias a las familias para trabajar con sus hijos/as en casa. Incluso se podría plantear, que alguna de las sesiones, las prepararán las familias con hijos/as con TDAH, que conocen mejor el problema.

Una de las mejoras a realizar sería la del instrumento de medida utilizado en este trabajo, así como la incorporación de otros rigurosamente validados.

También se podría realizar el mismo estudio con familias con niños/as con dificultades físicas, sensoriales, psíquicas, con altas capacidades o con dificultades en el lenguaje oral.

Sería interesante también, en investigaciones futuras, centrarse en los sentimientos que nacen en las familias cuando conocen el diagnóstico de su hijo/a y en cómo influye en los hermanos/as de esos niños/as. A continuación se citan brevemente dos investigaciones que podrían servir como introducción o pilar base del estudio del que se está hablando.

Roselló (2003) en un trabajo reciente realizado en nuestro país con 36 familias, muestra que tener un/a hijo/a con TDAH genera sentimientos de ineficacia personal, estrés, frustración, enojo y rechazo, que afectan negativamente a la interacción que mantienen con sus hijos/as. También ha analizado cómo afecta el comportamiento de los/as niños/as con TDAH a la convivencia con sus hermanos/as: el 44% de las familias, considera que su hijo/a con TDAH dificulta e incómoda a sus hermanos/as a la hora de participar o realizar actividades.

Precisamente sobre los/as hermanos/as trata el estudio realizado por Kendall (1999), con 11 familias de niños/as hiperactivos/as donde se destaca que éstos manifiestan sentirse influidos, como víctimas, por la conductade su hermano/a hiperactivo/a al verse obligados a ejercer de cuidadores o guardianes.

No obstante, no puede olvidarse el impacto positivo que provoca el hecho de contar con un miembro en la familia. El auento de información, tolerancia, respeto, responsabilidad...son una clara muestra de todo ello.

Como puede observarse, no se trata de un trabajo cerrado, sino el principio de algo que puede, y debe, continuar en un futuro, dejando así las puertas abiertas a otras posibles intervenciones o estudios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barkley, R. A. (1999). <i>Niños hiperactivos. Cómo comprender y satisfacer sus necesidades</i> . Barcelona: Paidós.
Barkley R.A., Bernal Hernández, J., Fernández Jaén, A., Fresno Fernández, M., Lázaro Cerván, M. Orjales Villar, I., Peña González, M., Rojas Marcos, L., Scandar, R.O. y Urra Portillo, J. (2008). <i>Hiperactivos. Estrategias y técnicas para ayudarlos en casa y en la escuela. Opiniones de: Russell A. Barkley, Marina Peña y otros expertos de prestigio mundial</i> . Madrid: LoQueNoExiste.
Bernal, J. (2008). <i>Familia, Escuela y Niños Con TDAH. Relaciones Funcionales en “Hiperactivos, estrategias y técnicas para ayudarlos en casa y en la escuela”</i> . Madrid: LoQueNoExiste.
Bisquerra Alzina, R. (2010). <i>Modelos de orientación e intervención psicopedagógica</i> . Madrid: WK Educación.
Cano González, R., García Nieto, N., Parrilla Latas, A., Paula Pérez, I., Sánchez Manzano, E. y Susinos Rada, T. (2003). <i>Bases pedagógicas de la educación especial. Manual para la formación del profesorado</i> . Madrid: Biblioteca Nueva.
Federación Española de Asociaciones para la ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad. (2012). <i>Guía de actuación en la escuela ante el alumno con TDAH</i> . Murcia: Federación Española de Asociaciones para la ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad
Fernández Abad, E., Vidal de Rueda, I., Hogueras Hernando, L., Manzano Crespo, M ^a J., Martín Yagüe, S., De Pablos Santos, M ^a E., Represa Pérez, I., Blanco García, C., Villanueva Martín, L., Rico Ozores, Y. y López Moreno, B. (2010). <i>Guía para padres y profesionales de la educación y la medicina sobre el TDA-H</i> . Valladolid: Fundaicyl.
García García, M.D., Prieto Tato L.M., Santos Borbujo, J., Monzón Corral, L., Hernández Fabián, A. y San Feliciano Martín, L. (2008). <i>Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un problema actual</i> . Extraído el 20 de Junio del 2012 desde http://robinsonesurbanos.org/book/export/html/3754
Orjales, I. (2000). <i>Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores</i> . Madrid: CEPE.

Pardo Pérez, M^a C. (2009). *Disfunciones visu-perceptivas, oculomotoras, acomodativas y binoculares en niños con trastornos por déficit de atención e hiperactividad*. Trabajo Fin de Máster. Universitat Politècnica de Catalunya.

Safer D., Allen R., (1987). *Niños hiperactivos: Diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Santillana.

WEBGRAFÍA

<http://www.trastornohiperactividad.com>

<http://mistdahfavoritas.blogspot.com.es/>

<http://www.feaadah.org/es/>

<http://www.tdahytu.es/>

<http://www.fundacioncadah.org/>

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer la confianza, seguridad, decisión y el aliento que ha depositado en mí María Julia Alonso García. Gracias por su paciencia y esfuerzo en todo momento, sin ella, este trabajo no hubiera sido posible.

A todas las familias que me han permitido profundizar sobre los falsos mitos relacionados con el TDAH.

Y a toda mi familia, que ha estado apoyándome incondicionalmente, sobre todo mi madre María de los Ángeles.

¡Gracias a todos/as!

ANEXO I

Lee los ítems atentamente y marca con una “X” según corresponda

Hijos/as con TDAH

Hijos/as sin TDAH

ÍTEMS	SI	NO
1- El TDAH no existe, es un invento de la Psiquiatría norteamericana para vender medicación.	Si existe	No existe
2- El TDAH es una moda.		
3- Un niño/a con TDAH tiene tumor o una lesión cerebral.		
4- La mala educación que hoy en día proporcionan los padres a sus hijos/as genera en ellos TDAH.		
5- El sujeto con TDAH es menos inteligente.		
6- La persona con TDAH necesita clases especiales.		
7- Los profesores diagnostican el TDAH a todos los alumnos que son inquietos y que normalmente están distraídos.		
8- El TDAH se cura.		
9- Los psicoestimulantes alteran el crecimiento.		

10- ¿Es bueno dar medicación a los niños/as con TDAH?		
11- El tratamiento debe ser primero sin medicación y si no mejora, se puede usar medicación, porque los fármacos son peligrosos.		
12- La medicación produce adicción.		
13- El TDAH sólo afecta a varones.		
14- El TDAH consiste en falta de voluntad. Las personas con TDAH se pueden concentrar bien en las cosas que les interesan.		
15- El tratamiento con psicoestimulantes debe interrumpirse en vacaciones y en el fin de semana.		

ANEXO II
SESIONES 1 Y 2

Nombre:

Fecha:

1. Una persona con TDAH tiene problemas para prestar atención en diferentes contextos:
 - a. Si
 - b. No
 - c. Depende del caso
2. Algunas de las características del TDAH son:
 - a. Conductas impulsivas
 - b. Inquietud motora
 - c. A y b son correctas
3. La primera descripción del TDAH, la encontramos en:
 - a. Still
 - b. DSM-IV
 - c. Hoffman
4. El TDAH es una moda:
 - a. Si
 - b. No
 - c. Depende del caso
5. Un niño con TDAH tiene un tumor:
 - a. Si, siempre
 - b. Es común que tenga un tumor o lesión cerebral
 - c. Nunca
6. Un niño con TDAH se caracteriza por:
 - a. Ser menos inteligente que los demás.
 - b. Se ríe de sus compañeros
 - c. A y b con incorrectas

¿Los contenidos tratados en estas sesiones han sido nuevos para ti o han servido para afianzar lo que ya sabías?

¿Crees que es útil tener este conocimiento teórico a la hora de trabajar con tu hijo/a?

¿La explicación de las sesiones ha sido la correcta, o establecerías cambios? En caso afirmativo, explica cuáles.

¿Te gustaría seguir tratando el tema de los falsos mitos en las sesiones sucesivas?

ANEXO III
SESIONES 3 Y 4

Nombre:

Fecha:

1. El TDAH sólo afecta a:
 - a. Varones
 - b. Minorías étnicas
 - c. A y b son incorrectas
2. El TDAH es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la infancia:
 - a. Si
 - b. Depende del país
 - c. No
3. Posibles causas del TDAH son:
 - a. Genéticas.
 - b. Producción insuficiente de neurotransmisores
 - c. A y b son correctas
4. El TDAH consiste en falta de voluntad:
 - a. Depende del caso
 - b. Es un falso mito sobre el TDAH
 - c. Si
5. La mala educación que proporcionan los padres genera en los hijos/as TDAH:
 - a. A veces
 - b. No
 - c. Siempre
6. Nosotros como padres, tenemos la culpa de que nuestro hijo/a tenga TDAH:
 - a. No
 - b. Si
 - c. Algunas familias si tienen la culpa y otras no.

¿Los contenidos tratados en estas sesiones han sido nuevos para ti o han servido para afianzar lo que ya sabías?

¿Crees que es útil tener este conocimiento sobre los falsos mitos a la hora de hablar sobre el TDAH?

¿La explicación de las sesiones ha sido la correcta, o establecerías cambios? En caso afirmativo, explica cuáles.

Otras sugerencias:

ANEXO IV
SESIONES 5 Y 6

Nombre:

Fecha:

1. El diagnóstico lo realiza:
 - a. El maestro
 - b. El psicólogo clínico
 - c. Depende del caso
2. En el diagnóstico se tiene en cuenta:
 - a. Al niño
 - b. A la familia y a la escuela
 - c. A Y B son correctas
3. El tratamiento debe realizarse:
 - a. Lo antes posible
 - b. Cuando el niño es recién nacido
 - c. En la adolescencia
4. El tratamiento farmacológico debe proporcionarse sin otro tratamiento:
 - a. Depende del niño/a
 - b. Si
 - c. No
5. El tratamiento farmacológico lo debe supervisar la familia:
 - a. No
 - b. A veces
 - c. Si
6. ¿Es cierto que la mayoría de los niños con TDAH mejoran con este tratamiento?
 - a. Si
 - b. Es un tratamiento eficaz en muchas discapacidades
 - c. No

¿Los contenidos tratados en estas sesiones han sido nuevos para ti o han servido para afianzar lo que ya sabías?

¿Crees que es útil tener este conocimiento teórico a la hora de trabajar con tu hijo/a?

¿La explicación de las sesiones ha sido la correcta, o establecerías cambios? En caso afirmativo, explica cuáles.

¿Crees que es necesario reflexionar sobre los falsos mitos y conocer su explicación científica?

ANEXO V
SESIONES 7 Y 8

Nombre:

Fecha:

1. En el tratamiento multimodal:
 - a. Es positivo
 - b. No influye en el comportamiento del niño
 - c. Es negativo
2. En el tratamiento multimodal:
 - a. Se le suministra al niño/a únicamente medicación
 - b. Se realiza sólo una intervención con las familias
 - c. A y b con incorrectas
3. El tratamiento aconsejado para trabajar con los niños/as con TDAH es:
 - a. El tratamiento farmacológico
 - b. El tratamiento multimodal
 - c. El tratamiento psicopedagógico
4. Los falsos mitos pueden ser demostrados científicamente:
 - a. Si
 - b. No
 - c. A veces
5. Las falsas creencias dañan la imagen que tengamos de un determinado problema:
 - a. No
 - b. Si estamos informados, sabemos que sólo son falsos mitos
 - c. Si siempre

¿Los contenidos tratados en el programa han sido útiles?

Ahora, ¿tienes otra visión acerca del TDAH?

¿En qué medida los mitos pueden dañar la imagen que tengamos de un determinado problema?

Conclusiones y valoraciones finales sobre el programa: