



---

**Universidad de Valladolid**

**FACULTAD DE EDUCACIÓN Y  
TRABAJO SOCIAL**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO: “ESTUDIO DE  
CASOS: EL TDAH DENTRO DE UNA MISMA  
FAMILIA”**

**Autora: Virginia Moras Boada**

**Tutor académico: Juan Carlos García Alonso**

**Educación Primaria. Mención Educación Especial**

**Curso 2017-2018**

## **AGRADECIMIENTOS**

En agradecimiento a mi tutor académico por sus orientaciones, su ayuda y su apoyo. También agradecer a la asociación de TDAH de Palencia por colaborar conmigo, recibirme y orientarme en mis dudas.

## RESUMEN

Desde la escuela nos enfrentamos a una problemática cada vez más frecuente como es el incremento de los síndromes o trastornos en los niños en edad escolar.

Un papel fundamental para la intervención con este tipo de alumnado lo tiene el diagnóstico y el conocimiento de las causas que ocasionan dicho trastorno. Estas cuestiones nos ayudan como futuros docentes a llevar a cabo una intervención específica según las necesidades que presente cada uno de los alumnos de nuestra aula.

En el presente trabajo, nos centramos en el TDAH, a través de un estudio de casos cuyo objetivo es corroborar la heredabilidad del mismo y así poder anticipar la presencia del trastorno en las siguientes generaciones.

**Palabras clave:** TDAH, estudio de casos, metodología cualitativa, heredabilidad, diagnóstico.

## ABSTRACT

From school we have to face a common problematic, because of the increase of the pathologies or disorders in the children at school age.

A fundamental paper for the intervention with these kind of students, is the diagnosis and the knowledge of the reasons that cause the mentioned disorder.

These questions can help us as educationalists to carry out a specific intervention according to the each of the pupils' needs deals with in our classroom.

In the present work, we focus on the TDAH, through a study of cases which aim is to corroborate the inheritability of some of those disorders and to be able to anticipate the presence of the disorder in the following generations.

**Key words:** TDAH, study of cases, qualitative methodology, inheritability, diagnosis.

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	7
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b> .....	9
<b>2.1. Relación de las competencias con el título de grado en Educación Primaria</b> .....	10
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	11
<b>4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA</b> .....	12
<b>4.1. Aproximación al concepto</b> .....	12
<b>4.2. Evolución del TDAH a lo largo de la historia</b> .....	13
<b>4.3. Criterios diagnósticos del TDAH</b> .....	15
<b>4.4. Etiología del TDAH</b> .....	17
<b>4.5. Curso clínico y características</b> .....	19
<b>4.6. Evaluación y diagnóstico</b> .....	20
<b>4.7. Tratamientos</b> .....	22
<b>5. ESTUDIO DE CASOS</b> .....	25
<b>5.1. Contexto y problemática</b> .....	26
<b>5.2. Metodología</b> .....	29
<b>5.3. Instrumentos de análisis</b> .....	30
<b>5.4. Resultados y análisis</b> .....	32
<b>5.5. Conclusiones</b> .....	34
<b>6. REFLEXIONES FINALES</b> .....	37
<b>7. REFERENCIAS</b> .....	40

<b>8. ANEXOS Y APÉNDICES .....</b>	<b>45</b>
<b>Anexo I.....</b>	<b>45</b>
<b>Anexo II:.....</b>	<b>46</b>
<b>Anexo III.....</b>	<b>48</b>
<b>Anexo IV .....</b>	<b>49</b>

## INDICE DE FIGURAS Y TABLAS

<b>Figura 1</b> .....	25
<b>Figura 2</b> .....	28
<b>Tabla 1</b> .....	32
<b>Tabla 2</b> .....	33
<b>Tabla 3</b> .....	34

# 1. INTRODUCCIÓN

Actualmente estamos asistiendo a un crecimiento de la diversidad en las aulas ordinarias, y esto requiere que el sistema educativo se plantee nuevas medidas para poder dar una respuesta adecuada y de calidad a cada uno de los individuos que conforman las aulas de nuestro país.

La atención a la diversidad se define en la Ley Orgánica 2/2006 del 3 de mayo, en el Título II dedica a la Equidad Educativa, como:

*“un principio fundamental que debe regir toda la enseñanza, con el objetivo de proporciona a todo el alumnado una educación adecuada a sus características y necesidades que abarca a todas las etapas educativas y a todos los alumnos; es a partir del principio de inclusión como se concibe la adecuada respuesta a todos los alumnos, entendiendo que únicamente de ese modo se garantiza el desarrollo de todos, se favorece la equidad y se contribuye a una mayor cohesión social.”*

El II Plan de Atención a la diversidad de Castilla y León aprobado en el año 2017 y con validez hasta el año 2022 establece también que el paradigma educativo necesario para avanzar en la atención a la diversidad se debe basar también en la inclusión.

Dentro de los alumnos que se contemplan dentro de los planes de atención a la diversidad encontramos al alumnado que presente necesidades educativas específicas (ACNEE). La definición que la actual ley educativa, Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE) menciona en el artículo 71 concretamente en el segundo apartado la definición de este tipo de alumnado:

*“Corresponde a las Administraciones educativas asegurar los recursos necesarios para que los alumnos y alumnas que requieran un atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, TDAH, por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo o por condiciones personales o de historia escolar, puedan alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y en todo caso los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado”.*



Cabe destacar dentro de este grupo de alumnos a aquellos que sufren el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), es precisamente este trastorno el que se va a estudiar en el presente trabajo.

Hasta finales del siglo XX, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad era un trastorno poco conocido para la mayoría de los miembros del sistema educativo. No se conocía con exactitud su etiología, y esto provocaba problemas en el tratamiento a los individuos afectados por el mismo.

No es acertado creer que todos los niños tienen el mismo potencial para desarrollar el autocontrol en sí mismos, ya que en el caso de las personas con TDAH, esa tarea es difícil y costosa. Por tanto, se ha de ser consciente de este hecho y adecuar el trato a las personas que padecen este trastorno.

En muchas ocasiones estos niños son rechazados o apartados dentro de su grupo de iguales, lo que puede provocar es la exacerbación de los síntomas del trastorno. A pesar de esto, la sintomatología de este trastorno no impide que un niño esté totalmente integrado socialmente, pero esto conlleva que siga una serie de normas y pautas de conducta que le permitan comportarse de forma adecuada dentro del contexto social en el que se desarrolle.

Para el trato con estos niños es muy importante que el docente colabore y sea ayudado desde el entorno familiar, ya que las decisiones que se tomen con respecto al niño deben ser consensuadas desde la escuela, la familia y los otros especialistas a cargo del tratamiento del niño.

El estudio del trastorno se divide en dos partes. En primer lugar, se estudia el trastorno en sí analizando su definición, la evolución histórica, los síntomas, las causas, el tratamiento...etc.

En la segunda parte del trabajo, nos centramos en un estudio de casos, en el cual se va a llevar a cabo el análisis de la situación de distintos sujetos que pertenecen a una misma familia en relación con los criterios diagnóstico del TDAH.

El fin de este estudio es apuntar la influencia de las causas genéticas del trastorno en estos individuos y poder así llegar a una posible detección temprana del mismo en sujetos de generaciones posteriores, permitiendo que la intervención se dé en una edad temprana y las consecuencias sean menores para el niño.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

El tema principal del trabajo es por tanto el TDAH y la elección de este trastorno no ha sido casual. El estudio de este se ha llevado a cabo de forma general en distintas asignaturas de la mención de Educación Especial, por ello mi interés en profundizar en el TDAH era importante, desde una óptica de futura docente.

A parte del estudio desde las asignaturas del grado también mi experiencia personal me ha llevado a estar en contacto con personas con este trastorno durante toda mi vida, ya que existen distintos casos de personas que lo sufren, próximas a mí. Por esta razón, el conocimiento del TDAH de forma más profunda era también una cuestión personal.

Además, este trastorno actualmente se ha generalizado en las aulas y son bastantes los casos que se diagnostican. Según la Federación española de asociaciones de ayuda al TDAH la prevalencia del se encuentra en torno al 5%.

Años atrás se vivieron épocas de sobrediagnóstico, superándose estas cifras de prevalencia lo que provocó que el Comité Permanente de la Asamblea del Consejo de Europa en 2015 tomase las siguientes medidas:

- Manejar procedimiento y criterios diagnósticos más rigurosos para evitar los diagnósticos poco fiables.
- Mejorar la formación de los profesionales encargados del diagnóstico y la intervención con individuos con TDAH.
- Encaminar investigaciones sobre intervenciones no farmacológicas en el TDAH.

Estos datos nos sugieren que en muchos casos existen problemas con el diagnóstico, ya sea por exceso como ocurría hace unos años o por defecto como era habitual a finales del siglo pasado.

En lo que respecta a la falta de diagnóstico, cobra sentido la otra parte del trabajo en la que se utiliza un estudio de distintos casos dentro de una misma familia para analizar una posible falta de diagnósticos en ciertos sujetos, que nos permitiría apoyar la hipótesis genética que explica la causa del trastorno. Además, esta comprobación podrá servirnos para centrar la atención sobre los sujetos de generaciones posteriores para que a pesar de no contar con un diagnóstico específico se puede comenzar a prevenir y a intervenir en ciertos aspectos para mejorar su capacidad atencional y el control de la impulsividad.

Por otro lado, la técnica del estudio de casos se ha utilizado porque es la que mejor se adaptaba a la situación de los sujetos y a la intención del estudio que se proponía para llevar a cabo en el presente trabajo.

### **2.1.Relación de las competencias con el título de grado en Educación Primaria**

La relación del tema del trabajo y de los objetivos del mismo con las competencias del grado en Educación Primaria y con la mención de Educación Especial son los siguientes.

En primer lugar, con las competencias del grado:

- Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio –la Educación- que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio.
- Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio -la Educación.
- Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos esenciales (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas esenciales de índole social, científica o ética.
- Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado.
- Que los estudiantes desarrollen un compromiso ético en su configuración como profesionales, compromiso que debe potenciar la idea de educación integral, con actitudes críticas y responsables; garantizando la igualdad efectiva de mujeres y hombres, la igualdad de oportunidades, la accesibilidad universal de las personas con discapacidad y los valores propios de una cultura de la paz y de los valores democráticos.

Por otro lado, la relación del presente trabajo con las competencias específicas de la mención de Educación Especial es:

- Conocer, participar y reflexionar sobre la vida del aula, aprendiendo a colaborar con los distintos sectores de la comunidad educativa.

### **3. OBJETIVOS**

Los objetivos planteados en el presente trabajo son:

- ✓ Conocer la técnica metodológica de investigación basada en el estudio de casos.
- ✓ Aplicar el estudio de casos a una problemática concreta.
- ✓ Ampliar los conocimientos sobre el TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) en distintos aspectos como los síntomas, las características, la evolución del trastorno, la etiología, el tratamiento... etc.
- ✓ Analizar, reflexionar y apoyar las hipótesis que explican la etiología del trastorno.
- ✓ Conocer la realidad del TDAH desde la experiencia personal de las personas que lo sufren.
- ✓ Utilizar distintos métodos de recogida de información.
- ✓ Establecer relaciones a partir de los resultados obtenidos.
- ✓ Analizar y discutir los resultados obtenidos en el estudio.

## 4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad conocido como TDAH se incluye dentro de los trastornos del neurodesarrollo y se caracteriza por la presencia de deficiencias en el funcionamiento personal, social, ocupacional o académico en niños de la etapa primaria, y por su persistencia hasta la edad adulta.

Según las estadísticas que ofrece la Asociación Elisabeth D'Ornando en su Guía Breve para profesores (2010), hay aproximadamente de 1 a 3 niños con este trastorno por cada 30 alumnos y de 1 a 5 adultos por cada 100. Hay una mayor presencia de este en varones.

### 4.1. Aproximación al concepto

No existe un consenso para definir de forma única el TDAH, ya que han sido muchos los estudios realizados sobre el tema y por lo tanto diferentes las formas de expresar en qué consiste este trastorno.

Con el fin de mostrar los distintos puntos de vista que existen sobre este tema, se muestran a continuación varias definiciones que muestran la heterogeneidad y complejidad de este trastorno.

Según la Guía práctica de educadores del año 2011: *“el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad es un trastorno de origen neurobiológico que se caracteriza por la presencia de tres síntomas típicos, el déficit de atención, la impulsividad y la hiperactividad motora y/o vocal”*.

La fundación CADAH (2009) define el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad como *“un trastorno neurobiológico de carácter crónico, sintomáticamente evolutivo y de probable transmisión genética que afecta entre un 5 y un 10% de la población infantil, llegando incluso a la edad adulta en el 60% de los casos”*.

Teniendo en cuenta el modelo híbrido de Barkley (1997), desde su perspectiva psicoeducativa:

*“es un término específico que se refiere a un grupo de trastornos escolares, que se manifiestan como dificultades significativas para el aprendizaje y la adaptación familiar, escolar y social. El TDAH puede darse a lo largo de toda la vida de la persona, pero se manifiesta de forma particularmente álgida en el*

*periodo vital comprendido entre el nacimiento y la adolescencia. Este trastorno es intrínseco a la persona que lo padece, es decir, es debido a un retraso en el desarrollo neuropsicológico que provoca disfunciones en los mecanismos del Control Ejecutivo e Inhibición del Comportamiento”*

Analizando estas tres definiciones, a pesar de las cuestiones en las que difieren, podemos concluir que se trata de un trastorno iniciado durante la infancia y que prevalece en la edad adulta y cuyas características generales son la dificultad en el mantenimiento de la atención unido a la hiperactividad. Además, este trastorno y su sintomatología afectan a los diferentes contextos de desarrollo del individuo y tiene consecuencias a nivel personal, escolar y laboral.

Dentro del trastorno podemos encontrar distintos perfiles, por un lado, aspectos que se perciben a simple vista, pero también manifestaciones secundarias que se van apreciando a partir del diagnóstico y con el desarrollo y evolución del paciente.

#### **4.2. Evolución del TDAH a lo largo de la historia**

Como se aprecia en el apartado anterior este término es complejo de definir, a pesar de que se acepta de forma genérica la definición dada por el CIE-10 o el DSM-V, aun así, para comprender mejor el significado del concepto actual es conveniente analizar desde un punto de vista histórico la evolución de la idea de este trastorno, ya que sus estudios son tan antiguos como en otros y al igual que en ellos existen controversias científicas y culturales.

Se considera generalmente la definición de Still en 1902 (citado en Lecumberri, 2016), como la primera descripción clínica del TDAH, a pesar de que el la nombró como “déficit del control moral” pero se han descubierto referencias anteriores que, aunque no son siempre clínicas coinciden con la sintomatología actual del TDAH.

Un ejemplo de estas referencias sería un libro escrito por el doctor Hoffman en 1844 (citado en Lecumberri, 2016) “El pequeño Phill” en el que narra dos historias en las que se describe a un niño inquieto, impulsivo y con falta de atención.

Desde los estudios de Still hasta mediados del siglo XX el trastorno se consideró como el resultado de un daño cerebral. A esta conclusión se llegó tras la aparición de síntomas relacionados con el actual TDAH en un grupo de niños que superaron una encefalitis en el año 1917 y 1918. Por ello esto paso a denominarse ahora “daño cerebral”, pero debido

a que estas conductas estaban presentes en niños cuya afectación cerebral era muy leve o inapreciable se aclaró el término denominándolo Daño Cerebral Mínimo y más tarde Disfunción Cerebral Mínima.

En torno a 1940 el doctor Bradley (citado en Navarro, 2010) demuestra que las anfetaminas provocaban una mejora en las alteraciones del comportamiento de los niños. La razón de este cambio viene de la acción de los estimulantes en el cuerpo humano que aumentan los niveles de dopamina en el cerebro, este neurotransmisor se relaciona con el movimiento, la atención y el placer.

A partir de los años 50 se empezó a tener en cuenta la hiperactividad como el síntoma primario del trastorno y el nombre volvió a cambiar siendo ahora Síndrome Hiperactivo. Continuando con la importancia de la hiperactividad el DSM II en su segunda edición publicada en 1968 denomina la sintomatología del actual TDAH “Reacción Hiperactiva de la infancia”

Tras las investigaciones llevadas a cabo en 1972 volvió a estudiarse de forma conjunta la dificultad para mantener la atención y controlar la impulsividad con la hiperactividad, por esto en el DSM III de 1980, ya el trastorno se denomina TDA o TDAH dependiendo si presenta hiperactividad o no. En estos años el concepto se populariza y se introduce en los distintos ámbitos de la sociedad provocando también la aparición de las primeras asociaciones.

Actualmente se ignora el término TDA en el que no está presente la hiperactividad, pero se establecieron en el DSM IV y se mantienen en el actual DSM V los subtipos en los que el predominio es de inatención, de impulsividad-hiperactividad o combinación de las anteriores. Este se incluye en el grupo de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.

Además, las posibilidades de manifestación del trastorno son varias, ya que, según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM-V publicado en 2013 se pueden distinguir tres subtipos:

- Subtipo predominante inatento. Un niño que se caracteriza por no escuchar cuando se le habla directamente, parece que sueña despierto, le cuesta ponerse en marcha y, a menudo, olvida o pierde cosas.

- Subtipo predominante hiperactivo-impulsivo. Este niño se mueve de un lugar a otro en momentos inapropiados, suele mover las manos y los pies, se balancea y a menudo se levanta de su silla.
- Subtipo predominante combinado. Presenta síntomas atencionales e hiperactivos-impulsivos. Es una mezcla de aspectos de los dos casos comentados anteriormente.

A pesar del aumento de los estudios y la mayor prevalencia de casos se considera que aún queda mucho por descubrir sobre el tema, ya que según Barkley (2011), el término TDAH va más allá de las características de inatención, hiperactividad e impulsividad.

Comprobamos en este apartado, que a lo largo de la historia este trastorno se ha tratado desde distintos puntos de vista, en sus inicios el enfoque principal fue el médico pasando a ser considerado como una cuestión más conductual a lo largo de los años, hasta llegar a la actualidad donde nos encontramos ante un trastorno definido desde distintos enfoques y cuyo tratamiento se aborda también de forma multidisciplinar.

#### **4.3. Criterios diagnósticos del TDAH**

Los criterios diagnósticos del DSM-V (2013), que modifican algunas ideas de la versión anterior del DSM, y que sirven para detallar la clasificación del TDAH son los siguientes:

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por 1 o 2:

1. Inatención:

Seis o más de estos síntomas se mantienen durante por lo menos 6 meses en un grado diferentes al que corresponde por su nivel de desarrollo, afectando a las actividades sociales y académicas/laborales del individuo. Estos síntomas se resumen a continuación:

- Falla en prestar atención detalles o comete errores por descuidos
- Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p.e. conversaciones, lectura prolongada...).
- Parece no escuchar cuando se le habla directamente
- No sigue las instrucciones y no termina tareas escolares, quehaceres...



- Tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p.e. tareas secuenciales; ordenar material, cumplir plazo...)
- Evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental
- Pierde cosas necesarias para tareas o actividades
- Se distrae con facilidad por estímulos externos
- Olvida las actividades cotidianas

## 2. Hiperactividad e impulsividad

Seis o más de estos síntomas se mantienen durante por lo menos 6 meses en un grado diferentes al que corresponde por su nivel de desarrollo, afectando a las actividades sociales y académicas/laborales del individuo. Estos síntomas se resumen a continuación:

- Juguetea o golpea con las manos/pies o se retuerce en el asiento.
- Se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado
- Corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.
- Es incapaz de jugar o de permanecer tranquilo en actividades ocio.
- Parece siempre “ocupado” actuando como si “lo impulsara un motor” (por ejemplo, es incapaz de estar quieto durante un tiempo prolongado, los otros pueden pensar que está intranquilo...).
- Habla excesivamente.
- Responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta.
- Le es difícil esperar su turno.
- Interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones o juegos o actividades de otros)

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

- C. Más de un síntoma de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, en el colegio o el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades).
- D. Existen pruebas claras de que los síntomas influyen en el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.
- E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, de ansiedad, de personalidad...)

#### **4.4. Etiología del TDAH**

Comúnmente se ha aceptado que el TDAH es un trastorno de etiología compleja, ya que suele estar causado por varios genes de efecto menor unido a ciertos factores ambientales. (Ramos-Quiroga et al, 2009). Por esto, las causas del TDAH se abarcan desde distintas hipótesis que incluyen áreas de estudio muy diferentes, desde la genética, la neurobiología, la neurofisiología o la psicología conductual entre otras.

Como podemos apreciar la causa no está clara, pero parece que nos encontramos ante un trastorno multifactorial cuya base principal es la orgánica en cuestiones neurobiológicas y con una predisposición genética específica unida a ciertos factores ambientales.

En primer lugar, nos referimos a los factores hereditarios o genéticos que pueden provocar el trastorno.

Según la Fundación Cadah (2012):

*“Los genes asociados con las manifestaciones del TDAH son los genes que codifican para los transportadores y receptores de la dopamina y el gen transportador de la noradrenalina. A pesar de la asociación significativa con el TDAH, las magnitudes de efecto son pequeñas por lo que la probabilidad de desarrollar TDAH probablemente dependa de varios genes y tal vez existan combinaciones distintas.”*

Según la Guía para Padres y profesionales de Fundaicyl (2009), los factores hereditarios explican cerca en un 70-80% la aparición de este trastorno. Un estudio que realizó el doctor Mulas en 2011, en el Instituto Valenciano de Neurología pediátrica, afirma que: “el 80% de los casos de TDAH son de origen genético”

Soutullo y Diez (2007) afirman sobre el coeficiente de heredabilidad del TDAH que es de un 0,76, lo que quiere decir que si el niño tiene TDAH el 76 % se explica por causa genética.

A pesar de estas cifras, no existe una acción genética directa, por lo que un padre tenga TDAH no determina con exactitud que sus hijos vayan a desarrollarlo, tan solo que existe una probabilidad mayor, como ocurre con otras patologías psiquiátricas como la depresión o esquizofrenia.

Por otro lado, atendiendo a las cuestiones neurobiológicas y biológicas que pueden causar el trastorno, debemos citar en primer lugar a Barkley (1997), porque él afirma que el trastorno se considera un trastorno de origen neurobiológico con carácter hereditario.

En cuanto a la influencia del ambiente en relación a la presencia del trastorno, son diversos autores los que hacen referencia a la influencia del entorno en el desarrollo del TDAH. Barkley (1990) junto con otros estudios de Biederman (1992) y Pauls (1991) (citados en Stricker et al 2003), pueden afirmar a partir de sus estudios que los factores socioambientales influyen en la gravedad de los síntomas, en un peor pronóstico del TDAH y en una mayor probabilidad de presentar problemas asociados, pero aun así no se puede considerar que estos factores sean los causantes del trastorno. Por ello, se pueden considerar estos como catalizadores o inhibidores del trastorno, pero no se deben utilizar para explicar el origen del mismo.

También hay otros factores que pueden influir en la aparición del trastorno, estos estarían relacionados con determinadas situaciones, como son los problemas en el parto, el estrés durante el embarazo, las alteraciones neurológicas, la presencia de déficits sensoriales o el entorno social que rodea al niño.

En cuanto a su posible concreción anatómica y fisiológica, este trastorno ha sido también conceptualizado como un problema que afecta a la zona frontal del cerebro. Un estudio de Castellanos et al (2002) demostró que el cerebro, cerebelo y los cuatro lóbulos eran de menor tamaño y no se modificaban con el tiempo en sujetos con TDAH. Estas áreas

afectan a la regulación del lenguaje y la función inhibitoria. Por otro lado, Shaw et al (2007), (citado en Proal, 2016), reportaron una disminución en el grosor cortical en pacientes con TDAH. Sin embargo, el desarrollo del cerebro en áreas sensitivo-motoras y asociativas era similar en niños con y sin el trastorno, pero se observa que la edad de desarrollo se retrasa en los pacientes con TDAH.

Por último, Makris et al (2007), (citado en Ramos-Quiroga, 2013) también demuestran que hay anormalidad en el grosor cortical y que las áreas del cerebro afectadas en los niños con TDAH se mantiene en la edad adulta.

También se aprecia una disminución en el nivel de dos neurotransmisores cerebrales, que son la noradrenalina y la dopamina. Sobre todo, se aprecia que estas sustancias no funcionan de manera correcta en la corteza prefrontal, es esta zona concreta la que influye en el control de algunas funciones como la atención, la concentración o la impulsividad, casualmente estas son las que se encuentran afectadas por la presencia del trastorno.

#### **4.5. Curso clínico y características**

Este trastorno es de tipo crónico, pero la sintomatología y sus consecuencias cambian con la edad y el desarrollo académico y social de los individuos a lo largo de la vida.

En general, suelen presentar dificultades para mantener la atención que requieren las situaciones escolares o laborales, también les cuesta comenzar a realizar actividades o tareas y, por último, encuentran difícil la selección de estímulos relevantes y el mantenimiento de la atención sostenida. Esto ocurre sobre todo en momentos en los que las tareas no son motivadoras para él, son repetitivas o tienen una duración larga, en estos casos tienden a abandonarlas y dejarlas sin acabar. (Barkley, 1997)

En cuanto a la conducta en los niños de distintas edades se ha de tener en cuenta lo siguiente:

- En edades tempranas, el niño hiperactivo no presenta un comportamiento muy diferente al de otros niños con su misma edad. La conflictividad de sus conductas surge de la frecuencia con la que se dan, su intensidad y los momentos inoportunos en los que suceden.
- Tienen más dificultad para el control de sus conductas cuando están con sus iguales, que cuando están solos. La causa de esto está en su baja capacidad para mantener la atención y por lo tanto la facilidad para distraerse.

- Cada uno de los casos es distinto, por ello, no todos los niños con el trastorno muestran las características que se especifican a continuación. A pesar de ello, en general muestran falta de atención, impulsividad e hiperactividad, estas cuestiones no faltan, aunque el grado sea diferente en cada sujeto.

Estas características son:

- Poca capacidad de concentración
- Falta de constancia en sus labores y actividades
- Impulsividad
- Incapacidad para parar de moverse
- Falta de capacidad para relacionarse adecuadamente
- Desorganización
- Inflexibles
- Dificultades en el aprendizaje
- Baja autoestima
- Comportamiento desafiante
- Fallos en la memoria a corto plazo
- Problemas de ansiedad y estrés

#### **4.6. Evaluación y diagnóstico**

Se ha podido comprobar en lo dicho anteriormente que nos encontramos ante un trastorno poco específico, que se describe principalmente a partir de conductas visibles en la mayoría de pacientes y que se han explicado en el apartado 4.3. Para realizar un diagnóstico y una evaluación adecuada es necesario definir el nivel de actividad motora o falta de atención para saber si estos son suficientes como para considerarlo fuera de la normalidad. En algunos casos hay dificultad para discernir entre un niño con niveles normales de atención y actividad y otro con TDAH, La diferencia clara se encuentra en la persistencia de las conductas y actitudes, ya que, si un niño sin TDAH las presenta en ocasiones, el niño con el trastorno debe realizarlas con mayor asiduidad. (Montague y Castro, 2005)

El diagnóstico del trastorno ha de abordarse desde un punto de vista multidisciplinar debido al carácter multifacético del trastorno. Según lo que señalan Presentación, Miranda y Amado (1999), el diagnóstico debe hacer uso de diferentes instrumentos de

evaluación, pero exige que la aproximación sea principalmente clínica. Las peculiaridades del TDAH exigen que se realice una evaluación comprensiva, junto con un examen médico y una evaluación de la presencia de los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-V (2013) incluidos en el apartado 4.4. Además, del uso de escalas de estimación conductual, evaluaciones psicoeducativas y observaciones en los distintos ámbitos del alumno.

El uso de pruebas neurobiológicas, como pueden ser pruebas bioquímicas, neuroimagen o electroencefalogramas pueden proporcionar información complementaria sobre el diagnóstico del trastorno. (Orjales, 2005)

Miranda, Roselló y Soriano (1998) con respecto al proceso de evaluación sostienen que: para evaluar este trastorno se ha de seguir un proceso compuesto por tres bloques:

En primer lugar, se realiza una evaluación con el propio sujeto. Atendiendo al funcionamiento cognitivo, sobre todo los dos aspectos esenciales que se valoran son la atención y el estilo cognitivo. Además, en cuanto al funcionamiento sociopersonal se debe evaluar la competencia social, la capacidad de resolución de conflictos y el uso que hace de estrategias en la resolución de problemas.

En segundo lugar, se pedirá la colaboración de los padres y profesores que cumplimentarán algunos instrumentos de evaluación sobre el sujeto. La percepción que las personas próximas al alumno tienen sobre su comportamiento es importantes para el diagnóstico. En esto se utilizan las escalas de estimación que se agrupan en tres categorías: lista de problemas, escalas de hiperactividad y escalas que evalúan la variación situacional.

Por último, se utilizan también escalas de observación directa del comportamiento, utilizadas para confirmar el diagnóstico. Estas observaciones aportan datos sobre las conductas y permiten conocer como varía el comportamiento del sujeto en las distintas situaciones o momentos de su vida diaria.

En conclusión, se ha comprobado que es importante en el proceso de evaluación recoger todos los síntomas presentes en el sujeto con relación al trastorno. No debemos olvidar que la evaluación se realiza con la intención de recabar información válida sobre el problema y de esa manera adecuar la intervención posterior centrándose en las necesidades del sujeto.

Por lo tanto, la evaluación debe enfocarse desde varios ámbitos:

- Médico: Se debe incluir la historia médica y un examen físico del niño. Es relevante para la intervención incluir posibles problemas a nivel sensorial.
- Familiar: Llevar a cabo entrevistas que permitan conocer la historia familiar, los antecedentes, el ambiente, la forma en qué se enfrentan las conductas...etc.
- Escolar: Datos remitidos desde el profesorado sobre el comportamiento en el aula, las intervenciones que se hayan realizado con el alumno y el clima del aula.
- Clínico: Son instrumentos de valoración adicional que complementan el proceso de evaluación.

#### **4.7. Tratamientos**

Este trastorno afecta al desarrollo integral del alumno a distintos niveles, emocional, psicológico, cognitivo, conductual y social por esa razón su tratamiento se viene realizando en estos cuatro aspectos, abordándolo así desde una perspectiva multidisciplinar. Habitualmente, se combinan sobre todo el tratamiento médico o farmacológico con el psicológico y educativo, y en otros solo se utiliza uno de ellos.

La intervención psicopedagógica se puede abordar la intervención desde un punto de vista educativo, a partir del apoyo y la orientación a las familias o con la intervención psicológica sobre el niño. El uso de distintos métodos dependerá de la efectividad que tengan los mismos sobre los pacientes.

Idealmente se considera que deben incluirse estas dos formas de tratar el TDAH para lograr un resultado óptimo, teniendo en cuenta siempre las necesidades específicas de cada individuo y adecuar por lo tanto el tratamiento al perfil de cada uno.

##### **a. Tratamiento farmacológico**

El tratamiento farmacológico es el más utilizado ya que actúa directamente sobre los síntomas del trastorno. Los fármacos más usados son los psicoestimulantes, aunque pueda parecer paradójico que se prescriban estimulantes a niños hiperactivos. El uso de estos medicamentos supone potenciar la acción de algunos neurotransmisores, que tienen consecuencia en varios sistemas como el de activación reticular, el límbico y otras regiones del cerebro que se relacionan con los procesos de atención, activación e inhibición.

Según la guía para profesores y educadores de la Universidad de Córdoba, los fármacos más recetados en nuestro país son el metilfenidato y la atomoxetina. El metilfenidato permite aumentar la disponibilidad de la dopamina en el espacio sináptico. Se usan varias presentaciones que varían en función de la duración de su acción. Por su parte la atomoxetina tiene un efecto inhibitor del transportador presináptico de la noradrenalina

Según la información de Mediavilla-García (2003) se afirman que entre un 70 y un 90% de los niños que reciben un tratamiento farmacológico responden positivamente a él y ven reducidos los síntomas de hiperactividad.

La medicación también puede tener efectos secundarios como: pérdida de apetito, aumento de la frecuencia cardiaca, insomnio...etc. Según el comité para fármacos de la Sociedad Americana de Pediatría *“solo debe ser prescrita la medicación para el TDAH cuando la sintomatología del trastorno sea responsable de fracaso académico, déficit en las funciones cognitivas y/o conducta desadaptada que conduce a un deterioro en las relaciones interpersonales”*

#### b. Tratamiento psicopedagógico

El tratamiento desde el punto de vista psicológico o educativo se debe realizar desde los distintos ámbitos que influyen en el proceso de desarrollo del niño.

El ámbito familiar debe ser el primero en el que se intervenga por la influencia de este sobre el niño. Los padres deben ser en estos casos modelos positivos de conducta y tienen la necesidad de utilizar la disciplina adecuadamente, teniendo siempre en cuenta la situación específica de su hijo a la hora de corregir acciones o conductas y también en el uso de las recompensas. En estos casos debe existir una colaboración con el centro educativo, ya que el profesor cumple un papel importante a la hora de informar y orientar a los padres en la manera de manejar a sus hijos.

En cuanto a la escuela, se debe intervenir en el ambiente de aprendizaje, adecuándolo a las necesidades del niño para que sea un catalizador de sus potencialidades y estas puedan ser desarrolladas al máximo. El conjunto de técnicas que el maestro debe aplicar en el aula por su eficacia con los niños que sufren TDAH con las técnicas cognitivo-conductuales. Se ha demostrado que estas técnicas permiten reducir los comportamientos perturbadores y aumentar las acciones autocontroladas (Soutullo y Díez, 2007). Estas consisten en identificar los momentos que preceden o siguen al comportamiento negativo



o positivo, con el fin de incrementar las conductas adecuadas y disminuir las inadecuadas. Se realiza además un refuerzo positivo cuando la conducta que se desea eliminar desaparece o se reduce, como ocurre también cuando aparecen conductas deseables.

Por último, se debe realizar una intervención directa con el sujeto, esta se lleva a cabo principalmente a través de terapia, resulta además muy importante para aportar al individuo estrategias cognitivas y conductuales para abordar los problemas que el trastorno puede causar en la vida cotidiana del alumno.

Los focos de intervención en los que se debe centrar la intervención, basándose en los diferentes modelos de modificación de conducta, son:

- Identificar los antecedentes y las consecuencias de los comportamientos inapropiados para proceder a su modificación o eliminación.
- Pautar reglas consistentes y sencillas.
- Utilizar la relajación ante la presencia de los antecedentes de un comportamiento disruptivo para evitar que se produzca.
- Proponer actividades en las que se incremente la oportunidad de éxito y se limite la posibilidad de fracaso.
- Utilizar recompensas extrínsecas e intrínsecas
- Descubrir las potencialidades y posibilidades del individuo
- Desarrollar su autoconocimiento, el autocontrol.
- Conocer los factores que generan malestar a la persona y enseñar cómo evitarlos o afrontarlos.
- Desarrollar competencias a través de entrenamiento.

Esta intervención se puede afrontar desde distintas estrategias que se citan a continuación. En primer lugar, el abordaje psicoeducacional que supone la explicación al paciente de su trastorno, los problemas y los riesgos del mismo. Las técnicas de modificación de conducta son necesarias para mejorar la relación con los demás y la propia conducta, como la percibe, su control...etc. Por otro lado, también es útil el entrenamiento en habilidades sociales y las técnicas de relajación para el control del estrés y la ansiedad.

El uso de una u otra técnica de intervención directa con el individuo dependerá de la situación específica de cada paciente y del ámbito en el que presente dificultad, ya sea cognitivo, emocional, comportamental, social...etc.

## 5. ESTUDIO DE CASOS

El estudio de casos es una técnica que consiste en el estudio de una problemática concreta denominada caso. Para la resolución del mismo es necesario analizar los hechos y los conocimientos relacionados con la problemática. Además, este estudio implica también la organización de la información, la síntesis, la argumentación y la deducción de conclusiones para lograr resolver la problemática que se plantea, ya que este es el fin último del estudio.

En este trabajo se plantea un estudio de casos concreto, el cual implica el análisis de varios sujetos pertenecientes a una misma familia en la que existen algunos sujetos que presentan trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

A continuación, la figura 1, refleja los pasos a seguir en el proceso de un estudio de casos.

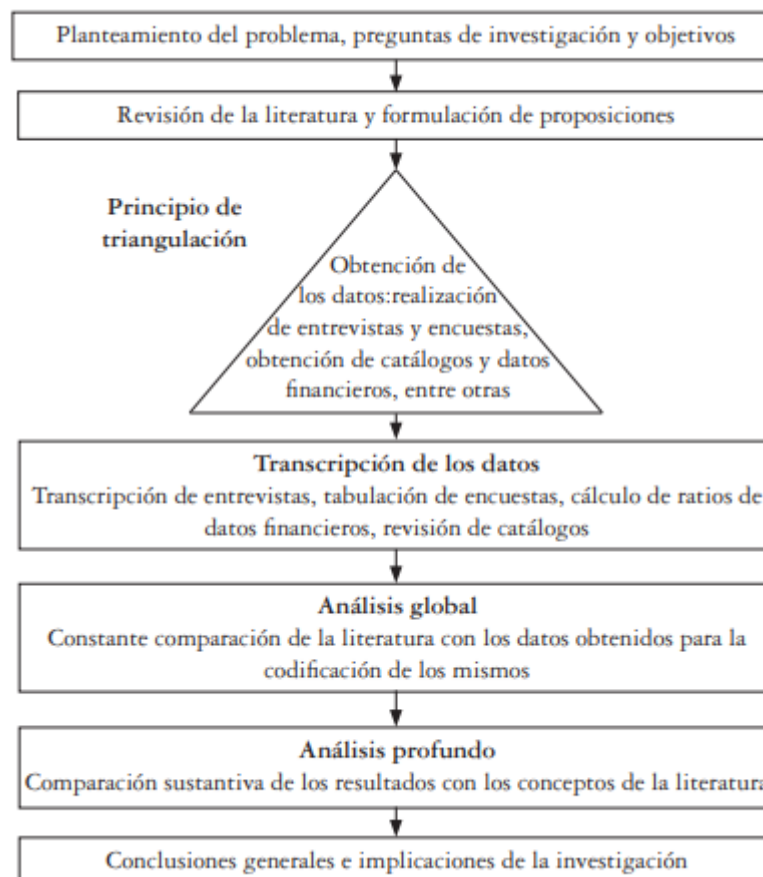


Figura 1. Procedimiento metodológico de investigación. Basada en Shaw (1999)

### 5.1. Contexto y problemática

La situación de partida del caso a estudiar, plantea una familia en la que aparecen tres sujetos con diagnóstico de TDAH, primos entre ellos, sin antecedentes de este trastorno en la familia.

Las observaciones llevadas a cabo previas a la intervención y al planteamiento del estudio reflejan que este trastorno a pesar de no estar diagnosticado puede darse también en algunos miembros de la familia pertenecientes a la generación anterior a los sujetos con diagnóstico.

La aparición de estos diagnósticos y las observaciones llevadas a cabo son el motivo principal por el cual se plantea esta problemática, ya que, según los factores etiológicos del trastorno, que se especifican en el apartado 4.2, una de las cuestiones más relacionadas con la aparición del trastorno es la predisposición de ciertos genes unido a varios factores ambientales. De esta manera la hipótesis de que el trastorno tiene un carácter hereditario se ve afirmada.

La intención es buscar la causa del trastorno, al no haber antecedentes del trastorno en la generación anterior en la que es posible realizar el estudio. A priori, no podemos apelar al hecho de la genética o la herencia como causante del trastorno, pero el parentesco de estos tres sujetos nos hace creer que hay una base genética.

A raíz de esto uno de los objetivos del estudio es analizar a los progenitores de los sujetos, para saber si existen antecedentes de TDAH en la familia a pesar de no tener diagnóstico.

Nuestro estudio deberá contribuir a resolver preguntas como las que siguen:

- ¿El TDAH en los sujetos diagnosticados se puede relacionar con una base genética?
- ¿Existe una falta de diagnóstico en las generaciones anteriores?
- ¿Los antecedentes familiares de TDAH se deben tener en cuenta cómo factor de riesgo en las futuras generaciones?
- ¿El TDAH guarda relación con la heredabilidad?

A partir de ahí con estas pautas previas, comenzaremos el estudio, realizando el análisis, como ya se ha comentado en la generación anterior. En primer lugar, el estudio se

realizará con los padres de los sujetos diagnosticados y en caso de que no cumplan los criterios diagnósticos se realizaría el mismo a otros miembros de la familia.

En primer lugar, se presenta a los sujetos diagnosticados:

- Sujeto A. Varón 37 años. Diagnóstico de TDAH desde los 15 años.
- Sujeto M. Mujer. 25 años. Diagnóstico de TDAH desde los 16 años
- Sujeto D. Varón. 11 años. Diagnóstico de TDAH desde los 9 años.

En cuanto a la generación anterior, los sujetos a estudiar son los siguientes:

- Sujeto I. Varón de 55 años.
- Sujeto M. Mujer de 56 años.
- Sujeto L. Mujer de 56 años.
- Sujeto P. Varón de 47 años.
- Sujeto E. Mujer de 45 años.

Además, otros sujetos objeto de estudio son los hermanos de los individuos con TDAH, ya que nos ayudarán también a explicar la influencia o no de otros factores en el desarrollo del trastorno. Estos sujetos son:

- Sujeto V. Varón 34 años.
- Sujeto G. Mujer 21 años.

Las relaciones familiares entre los distintos sujetos son las siguientes

I está casado con M y sus descendientes son M y G

L tiene dos descendientes que son A y V.

E está casado con P y su descendiente es D.

Por otro lado, I, L y E son hermanos de lo que se establece que M, G, A, V y D son primos.

Dependiendo de los resultados obtenidos se podrá realizar un estudio también en la generación posterior a la que aparecen los diagnósticos, que únicamente está formada por un niño de 3 años de edad sin diagnóstico, que es hijo de uno de los sujetos diagnosticados. Con este estudio apoyaremos la posible heredabilidad del trastorno y sería

interesante repetir este estudio con los años, para comprobar cómo evoluciona la sintomatología con el desarrollo del sujeto.

Además, llevar a cabo el estudio sobre el niño de 3 años nos permitirá poner el foco sobre él y observar su evolución de forma más exhaustiva, ya que, si se confirma la influencia genética en estos casos de TDAH, este sujeto tendría un factor de riesgo para desarrollarlo.

Por lo tanto, si logramos evaluar y diagnosticar al sujeto de forma temprana, la intervención sobre él, también se podrá realizar en la primera infancia y los resultados serán más positivos.

Tras la presentación de los sujetos a estudiar se presenta a continuación un árbol genealógico en el que se resumen las relaciones familiares entre los sujetos.

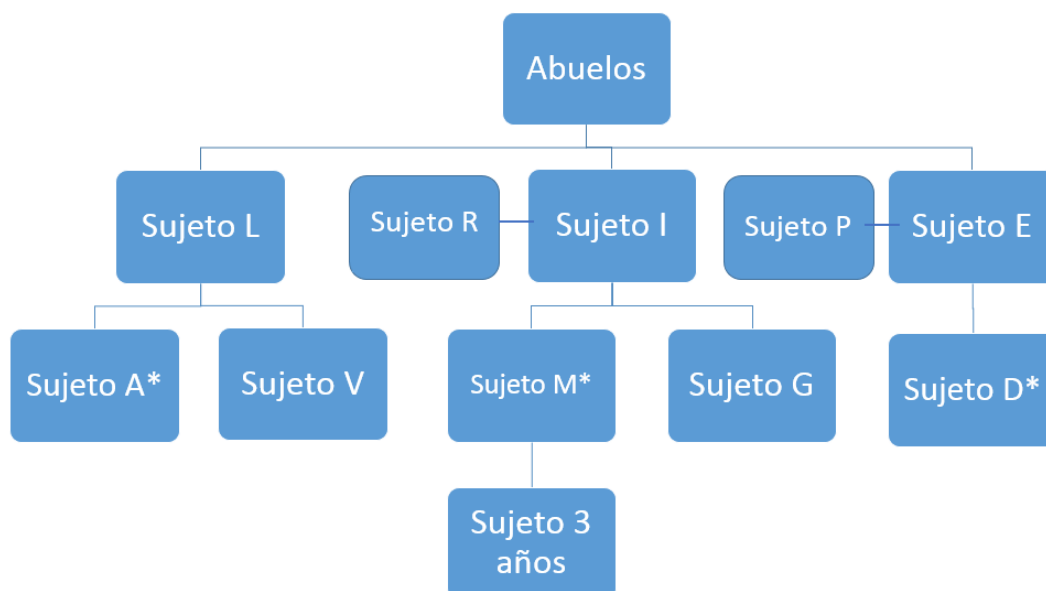


Figura 2. Árbol genealógico de los sujetos. Elaboración propia. Los sujetos con TDAH aparecen indicados con \*.

## 5.2. Metodología

Utilizamos para este estudio una metodología cualitativa que consiste en: *“la construcción o generación de una teoría a partir de una serie de proposiciones extraídas de un cuerpo teórico que servirá de punto de partida al investigador, para lo cual no es necesario extraer una muestra representativa, sino una muestra teórica conformada por uno o más casos”*. (Martínez, 2006)

Las metodologías cualitativas se suelen plantear para la construcción o generación de teorías a partir de la observación de la realidad que es objeto de nuestro estudio. En esta situación se utiliza el método inductivo por el cual se parte de un estado nulo de teoría o conocimiento previos, pero según Glasser y Strauss (1987), citado en Martínez (2006), estos autores afirman que *“es difícil ignorar la teoría acumulada, ya que está es importante antes de comenzar un proceso de investigación, es decir que ese conocimiento ganado influirá inevitablemente en la formulación de las hipótesis”*. Por tanto, según lo que indican estos autores comenzar un estudio sin tener en cuenta la teoría al respecto del tema no es práctico, ni útil para la investigación. De esta manera, el marco teórico tiene un papel importante en la investigación y beneficiará las aportaciones científicas.

Es relevante también para nuestro estudio distinguir entre las investigaciones cuyo propósito es verificar una teoría frente a otras que pretenden contribuir a la generación de nuevas teorías. En nuestro caso concreto, nos encontramos ante la primera situación, ya que nuestro objetivo es comprobar que el TDAH tiene un alto carácter hereditario, pero para ello debemos tener antecedentes familiares con el mismo trastorno.

Por último, haremos referencia las fases metodológicas que presenta una investigación científica, según indica Sarabia (1999), (citado en Martínez 2006) . encontramos dos pasos diferenciados que explican una espiral inductivo-hipotético-deductivo:

- Fase heurística o de descubrimiento: Esta fase consiste en la observación, descripción y reflexión inductiva con la intención de plantear hipótesis ante la problemática planteada.
- Fase de justificación-confirmación: Proceso de comprobación de la hipótesis por medio de un procedimiento previsto a tal efecto y que pueda ser reproducido.

### 5.3. Instrumentos de análisis

Para el estudio de las generaciones anteriores a los casos diagnosticados se utilizarán dos instrumentos de investigación. Por un lado, en un plano más subjetivo se realizará una entrevista a los sujetos haciendo uso de la Entrevista para TDAH en adultos de la fundación DIVA que se especifica en el Anexo I: entrevista DIVA.

Esta entrevista está pensada para que la realice el paciente sospechoso de presentar TDAH, pero también familiares cercanos como puede ser su pareja o un amigo íntimo y algún familiar próximo.

Para la obtención de resultados óptimos se pretende que la entrevista la realicen tres personas, el propio paciente, una persona que le conozca bien en la edad adulta y otra que haya pasado con él la infancia.

De esta manera en la entrevista se van realizando preguntas sobre los criterios diagnósticos del DSM-V y se le da posibles ejemplos de situaciones en las que se puede dar ese criterio concreto. En ella se analiza tanto situaciones actuales como hechos vividos durante la infancia que puedan ayudar a explicar la presencia del trastorno.

Este instrumento consta de 18 preguntas, 9 relacionadas con criterios de déficit de atención y otras 9 asociadas a la hiperactividad o impulsividad. Tras las preguntas aparecen unos cuadros resumen en los que el investigador ha de colocar la información obtenida durante la entrevista y a partir de ahí se extraerán conclusiones sobre la presencia del TDAH en el sujeto.

Además, se aplicará también un cuestionario de adultos, a los progenitores de las personas diagnosticadas del trastorno y a sus hermanos, siendo este un instrumento cuantitativo. El cuestionario a utilizar es el Cuestionario Autoinformado de Cribado del adulto (ASRS), que forma parte de la Entrevista diagnóstica internacional compuesta de la OMS. Los criterios del cuestionario se encuentran desarrollados en el anexo II: cuestionario de cribado del adulto

Este cuestionario de adultos para la evaluación y detección del TDAH en personas adultas ha sido analizado y validado en España por autores como el Dr. Ramos-Quiroga y cols, (2009) cuyas conclusiones a partir de un estudio realizado a 180 individuos, 90 de ellos con TDAH y 90 sin control sobre el trastorno, determinan que *“el ASRS es un instrumento*

*útil y válido para la detección de pacientes adultos con TDAH en un contexto ambulatorio”.*

El ASRS está destinado a individuos mayores de 18 años y se divide en dos partes, la primera, parte A, incluye ítems relacionados con los síntomas del subtipo de hiperactividad. Mientras que la parte B, se refiere a síntomas que se aproximan al subtipo inatento.

Los sujetos a la hora de realizar el cuestionario deben marcar la casilla que describa de mejor manera como se han sentido y comportado en los últimos 6 meses.

La asignación numérica que se da por frecuencia es la siguiente: 0= nunca, 1= rara vez, 2= algunas veces, 3= a menudo, 4= muy a menudo.

En cuanto a los resultados y el diagnóstico que se extrae de ellos, una puntuación de 24 o más alta ya sea en la Parte A o Parte B indica la presencia de TDAH en el adulto. Si la puntuación se encuentra entre 17 y 23 entonces hay probabilidad de diagnóstico de TDAH, pero deben realizarse más pruebas para su corroboración. Por último, un resultado inferior a 17 indica que el trastorno es poco probable en ese sujeto.

El proceso de estudio con el niño de 3 años se realizará a partir del cuestionario abreviado de Conners con 9 ítems, pero también al igual que en el caso de los adultos se llevará a cabo una observación de los comportamientos del niño, los criterios de la observación se encuentran en el anexo III: cuestionario abreviado. Este instrumento también conocido como Índice de Hiperactividad sirve como primer indicativo para conocer el nivel de hiperactividad del sujeto.

El cuestionario abreviado está basado en el cuestionario completo de 48 ítems, pero de él se han extraído aquellos referidos a los problemas de conducta. Por tanto, el cuestionario consta de los datos generales del alumno y los 9 reactivos que sirve para ayudar en la detección, ya que son conductas frecuentes en los casos de hiperactividad.

El objetivo principal del cuestionario es orientar a los padres y maestros en procesos de detección, evaluación y seguimiento de hijos y alumnos con TDAH.

Este cuestionario se realizará en este caso concreto con el fin de que sean los padres y otros familiares próximos del sujeto los que lo realicen, concretamente serán sus abuelos



y padres a quienes se les pasarán los cuestionarios. También como parte del proceso de observación el cuestionario será realizado por la persona encargada del estudio.

El instrumento específico se encuentra en el anexo III y su forma de interpretación es la siguiente:

En este cuestionario adaptado existe una escala de numeración según la frecuencia seleccionada, siendo 0= nunca, 1= solo un poco, 2=bastante y 3= mucho.

Una vez completado el cuestionario se deberán sumar los resultados de cada ítem y con ese resultado final hay que referirse a la tabla de Normas para la escala Cornners de Calificación para Padres que se encuentra en el anexo IV.

En nuestro caso específico debemos observar la primera columna donde aparece la puntuación total y la siguiente que se refiere a los varones de entre 3 y 5 años. Si el resultado obtenido según la tabla del cuestionario es superior o igual a 70 indica un alto grado de Hiperactividad en el sujeto.

#### 5.4. Resultados y análisis

Tras la realización de los cuestionarios y las entrevistas a los distintos sujetos progenitores de los sujetos con diagnóstico, los resultados obtenidos son los siguientes:

SUJETO	RESULTADO	CORRELACIÓN CON EL TDAH
I	29	POSITIVA
R	15	NEGATIVA
L	27	POSITIVA
P	13	NEGATIVA
E	25	POSITIVA

Tabla 1. Resultados de los cuestionarios ASRS a los progenitores. Elaboración propia.

En el cuestionario ASRS la puntuación mínima para considerarse una alta probabilidad de TDAH es un 17, siendo una puntuación superior a 24 la que indica la presencia del TDAH en el adulto según el cuestionario ASRS.

En cuanto a las entrevistas DIVA, debido a dificultades encontradas por la disponibilidad de tiempo o de reunión con los distintos sujetos solo se han podido realizar dos, pero han servido para corroborar los resultados de los cuestionarios.

Las entrevistas DIVA se han realizado al sujeto R y al sujeto L y según el resumen de la propia entrevista en el que se sintetiza la información recogida, los resultados son los siguientes:

En el sujeto R, 2 de los 9 criterios de inatención en la edad adulta y 4 en la infancia. En cuanto a los de hiperactividad 0 de los 9 criterios en la edad adulta y 2 en la infancia.

Con respecto al sujeto L, los criterios de déficit de atención presentes en la edad adulta son 4 de 9 y en la infancia también 4. Por otro lado, cumple 6 criterios de los 9 relacionados con la hiperactividad en la edad adulta, mientras que en la infancia cumplía únicamente 4.

Con respecto a los individuos V y G, hermanos de los sujetos diagnosticados la relación es la siguiente.

SUJETO	RESULTADO	CORRELACIÓN CON EL TDAH
V	18	PROBABLE
G	20	PROBABLE

Tabla 2. Resultados de los cuestionarios ASRS a los hermanos. Elaboración propia.

Por tanto, tras la observación de los resultados de los cuestionarios realizados a las personas adultas y de las entrevistas podemos deducir lo siguiente:

- Existe una alta probabilidad de que los sujetos I, L y E (hermanos entre ellos), sufran TDAH, a pesar de que no exista un diagnóstico que lo especifique, sobre todo en el caso del sujeto L que los resultados obtenidos en el cuestionario de adultos se corroboran con los resultados de la entrevista.
- En el caso de los sujetos P (cónyuge de E) y R (cónyuge de I), no existe una alta probabilidad de que sufra el trastorno. Siendo en el caso de R corroborado por los resultados obtenidos en la realización de la entrevista.
- Por último, en el caso de los sujetos V (hermano de A) y G (hermana de M), existe una probabilidad de que sufran TDAH, pero no de forma determinante, ya que el test sitúa su puntuación en un 18 y 20 respectivamente, siendo el 23 el valor considerado con alta relación con el trastorno.

Por otro lado, los resultados obtenidos tras la realización de los cuestionarios por parte de los familiares más cercanos al sujeto de tres años son:

<b>AUTOR</b>	<b>RESULTADO</b>	<b>CORRELACIÓN CON EL TDAH</b>
Madre	16	POSITIVA (88)
Padre	12	POSITIVA (75)
Abuelo	15	POSITIVA (84)
Abuela	17	POSITIVA (91)

Tabla 3. Resultados del cuestionario Conners. Elaboración propia.

Como se comenta en el apartado de metodología, la persona encargada del estudio a partir de las observaciones llevadas a cabo durante el estudio también realizará un cuestionario Conners para la evaluación del sujeto de tres años. Los resultados de ese cuestionario arrojan una puntuación del cuestionario de un 14 que corresponde con un 81 en la tabla de resultados del cuestionario.

De estos resultados, basándonos en la propia tabla normativa del cuestionario de Conners, en la que el mínimo para considerar la relación con el trastorno está en el valor 70. Por ellos, podemos concluir que existe una alta relación entre las actitudes y acciones del sujeto y los criterios que diagnostican el TDAH, por lo que a falta de un diagnóstico específico se podría apoyar en este cuestionario la posibilidad que en el futuro desarrolle dicho trastorno.

### **5.5. Conclusiones**

Tras el análisis de los resultados obtenidos que se ha realizado en el apartado anterior, las conclusiones que se pueden sacar sobre los mismos se desarrollan en lo siguiente.

En primer lugar, podemos apoyar la idea de que existe una falta de diagnóstico en la generación correspondiente a los progenitores de los sujetos con diagnóstico. Basándonos en la posibilidad de que este trastorno se explique por causas genéticas y en los resultados de los cuestionarios las posibilidades de que lo que apuntamos sea cierto aumentan.

Además, también se han de tener en cuenta los resultados obtenidos en los cuestionarios realizados por los hermanos de los sujetos diagnosticados, quienes probablemente cumplan ciertos criterios relacionados con el trastorno, pero no los suficientes como para tener un diagnóstico específico del mismo. Al realizar los cuestionarios se les preguntó si en alguna ocasión se les ha realizado algún test para el diagnóstico del TDAH y en ambos casos la respuesta fue negativa. Este hecho llama la atención porque al ser una cuestión que tiene relación con la genética, la probabilidad de que los sufran dos hermanos es muy

alta, por lo que hubiera sido adecuado realizar estas pruebas, para comprobar si existía este trastorno o no en ellos.

Por último, en cuanto a los resultados nos centramos en el sujeto de 3 años cuyos valores se aproximan a lo que según el cuestionario Conners corresponde con una alta relación con el TDAH, por lo que a falta de un diagnóstico específico elaborado por profesionales en la materia se podría decir que sus actitudes y acciones son un factor de riesgo junto con la genética para el desarrollo del trastorno en este sujeto.

Además, en la realización de los cuestionarios y en el proceso de observación y conocimiento de las personas estudiadas en este proceso, también se ha podido descubrir parte de su vida personal y en cierta medida también cuáles son sus experiencias propias con el TDAH o con sus actitudes que se pueden relacionar de forma directa con el trastorno.

Sin hacer referencia directa a quien de los sujetos se relaciona con las experiencias comentadas, a continuación, se exponen parte de las vivencias personales más llamativas que se han descubierto en el proceso de análisis.

En primer lugar, se aprecia en la mayoría de los sujetos una gran dependencia emocional con respecto a otras personas, en algunos casos la dependencia era hacia sus parejas, en otros hacia los progenitores y en otros casos hacia amistades.

A pesar de esta dependencia llama la atención también la dificultad que nuevamente en la mayoría de los casos tienen para mantener relaciones personales, más allá de las familiares. En la mayoría de los casos, a excepción de uno de los sujetos, no existe un grupo alternativo de ocio, si cuentan con un par de amigos íntimos, pero no con una gran cantidad de ellos. Además, según algunas narraciones en muchos casos estos amigos han ido cambiando a lo largo de la vida, sin que, en ningún caso, ni en el de los sujetos más jóvenes se mantengan los amigos de la infancia.

Esto denota una falta de control en las relaciones sociales y también una frustración, ya que por sus explicaciones son seres muy sociales, pero la falta de aptitudes sociales les lleva a perder en muchas ocasiones las relaciones.

Por otro lado, en varios sujetos se repite también el mismo patrón cuando se alteran y pierden el control de su conducta. Estas acciones suelen ir precedidas por una situación

de estrés y en ellas los sujetos gritan, hablan sin pensar, pero justo después se arrepienten de todo lo dicho anteriormente y se derrumban y lloran.

También es importante destacar que la mayoría de ellos se notan más descontrolados en cuanto a su actitud cuando se encuentran más cansados, pero vuelve a ser frustrante ya que son incapaces de controlarlo.

Por último, algo que me ha llamado profundamente la atención durante el desarrollo, es de la consciencia de todos los sujetos de su trastorno, de lo que implica tener TDAH y de las limitaciones y potencialidades del mismo. Incluso en los sujetos no diagnosticados, existía esa consciencia de que en ciertas situaciones perdían los nervios y se producían esas situaciones de descontrol que he narrado anteriormente.

Este hecho me resultó llamativo, porque si han sido tan conscientes de ello, porque no se han realizado las pruebas para recibir ya no un diagnóstico, sino un tratamiento que les ayude a mejorar por ejemplo en sus relaciones sociales.

La respuesta que me dieron a esa pregunta fue que esto nunca les había impedido realizarse en el trabajo o en lo personal, aunque sí que apuntaban que esa realización no había sido plena, pero citando literalmente lo que uno de los sujetos dijo les ha permitido “tirar para adelante y sobrevivir”

## **6. REFLEXIONES FINALES**

Como se puede comprobar en el desarrollo del trabajo, la intención del mismo es realizar un estudio de casos que consiste en representar a partir de una serie de sujetos una problemática de la vida real para estudiar y analizar, sobre el TDAH.

La realización del mismo, junto con las investigaciones previas sobre el propio trastorno para comprender mejor la problemática, me han hecho reflexionar sobre la importancia de la formación de los docentes durante todos sus años de labor. No debemos olvidar que nuestro trabajo se realiza con niños, y cada uno de ellos es distinto y presenta unas necesidades específicas que debe ser el maestro quien aborde de forma adecuada para minimizar el impacto de estas necesidades en su desarrollo a nivel cognitivo, social y personal.

Forma parte de nuestra labor observar y conocer a los alumnos de nuestra aula para anticipar la presencia de cualquier tipo de problemática y a partir de un diagnóstico específico poder intervenir de forma adecuada.

En cuanto a las conclusiones extraídas del estudio de casos que he realizado.

Creo que he podido apoyar, no tanto que la genética o heredabilidad sea la causa principal del trastorno, ya que eso sería muy pretencioso por mi parte ante las características de mi estudio. Aunque sí, opino que ha quedado claro que la herencia genética influye de forma importante en el desarrollo del trastorno, a pesar de que otras cuestiones también sean motivo de análisis para determinar el TDAH como son, por ejemplo, los factores ambientales.

Además, hemos podido reafirmar, durante el desarrollo del mismo es de la importancia que tiene un diagnóstico precoz, porque como comento en el desarrollo del documento, esto es muy beneficioso tanto para el propio individuo como para su entorno.

La atención temprana, muy utilizada en casos de discapacidad motórica, auditiva o visual, entre otros, ha permitido en estos trastornos, grandes avances a las personas que las sufren. Siendo muy reveladores los resultados obtenidos de personas tratadas desde la primera infancia, con respecto a otros tratados en momentos más tardíos de su desarrollo.

Por ello, considero, que esta práctica de la atención temprana que no está tan extendida en trastornos psicológicos, se ve lastrado por la dificultad para llevar a cabo un

diagnóstico fiable en edades tempranas. Además, otro aspecto que dificulta el diagnóstico temprano son, las características de los niños en edad temprana se asemejan a los criterios del TDAH, ya que generalmente todos son bastante activos y presentan una capacidad de atención baja

No debemos olvidar que los niños son personas en evolución y que su durante su desarrollo se producen numerosos cambios que dificultan la posibilidad de evaluar una posible problemática.

A pesar de esto, también creo que aquellos niños cuyos familiares de 1º grado presenten antecedentes de algún tipo de trastorno que tenga influencia genética, como es en el caso del TDAH, deben ser considerados como sujetos de riesgo. Por tanto, las observaciones y evaluaciones sobre ellos deben adelantarse o realizarse con mayor frecuencia para poder realizar una intervención y un tratamiento lo más pronto posible.

Sé que, nuevamente, esto pueda parecer pretencioso, ya que los recursos con los que se cuentan en cuanto al diagnóstico y a las consultas de salud mental son limitados, pero quizá desde las aulas sería interesante conocer los antecedentes familiares y a partir de ahí observar para poder descubrir la presencia de alguna sintomatología que se relacione con las patologías que existan previamente en su familia u otras nuevas que pudiera desarrollar. Permitiendo, al menos realizar un seguimiento más cercano.

En mi opinión, esto en muchos casos facilitaría el diagnóstico de los sujetos, pero tampoco se ha de caer en la generalización de la genética como causa de todos los trastornos infantiles, ya que existen casos también en los que los padres sufren un tipo de trastorno y los niños no lo desarrollan o desarrollan otro distinto. Por ello, nuevamente surge la importancia de la observación desde la escuela y sobre todo desde el aula de los niños, para conocer cuáles son sus características y a partir de ahí atender a sus necesidades.

Haciendo referencia ahora a los objetivos especificados en el apartado 3, me gustaría dedicar parte de mis reflexiones al análisis de la consecución de los mismos.

En primer lugar, con respecto al conocimiento de la metodología del estudio de casos y la aplicación de la misma a una situación concreta de estudio puedo concluir que en la medida de lo posible se ha llevado a cabo este estudio basándome en las pautas metodológicas que pauta este modelo de investigación. Además, previo al estudio se ha

llevado a cabo una revisión de la información teórica sobre el TDAH para conocer mejor el trastorno antes de realizar un trabajo de campo basado en el mismo.

Por otro lado, el uso de instrumentos variados para recoger la información no se ha podido realizar de forma completa, ya que las posibilidades del estudio eran limitadas en cuanto al tiempo y el uso de varios instrumentos solo se ha podido llevar a cabo con dos sujetos.

Aun así, creo que a partir de la información recogida los resultados obtenidos han permitido analizar de mejor forma la situación de los sujetos y conocer sobre todo su experiencia y como el TDAH afecta a la vida diaria de las personas, ya que muchas veces nos centramos solo en la sintomatología o los criterios establecidos en los manuales y no apreciamos la implicación que los trastornos pueden tener en el día a día de las personas que los sufren.

Antes de finalizar me gustaría añadir cuales han sido mis dificultades durante el desarrollo de este proyecto. En primer lugar, a pesar de que este tema era conocido por mí, hay ciertos aspectos y cuestiones más específicas que se escapaban de mi conocimiento y que en cierta medida me ha costado comprender y plasmar en el proyecto. Además, el hecho de realizar un estudio de casos implica la colaboración de otras personas, a las que agradezco desde aquí su disponibilidad, pero esto provoca una dificultad, ya que hay que combinar horarios de varias personas para lograr realizar el estudio de forma real.

Por último, este trabajo me ha aportado un mayor conocimiento sobre un trastorno que ha estado muy presente en mi vida desde mi infancia, y también me ha permitido introducirme en el mundo de la investigación un campo desconocido para mí, pero muy interesante que me ha posibilitado realizar un estudio y aproximarme a los objetivos pautados para este trabajo, además de descubrir otras cuestiones que en un primer momento no me había planteado.



## 7. REFERENCIAS

- Amador, J.A., Idiazábal, M.A., Sangorrín, J., Espadaler, J.M. y Fornis, M. (2002). *Utilidad de las escalas de Conners para discriminar entre sujetos con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. *Psicothema*, número 14. P.P. 350-356. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/727/72714225/>
- American Pshychiaric Association (1980), *Diagnostica n statistical manual of mental disorders. DSM III*. Washington DC. Traducción al castellano, Masson. 1984.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagney Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.) . Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- Arance Maldonado, J.A (2015) *Consejo de Europa, a favor del tratamiento integral de los niños con TDAH (comunidad tdah)* Disponible en: <http://tdah-noticias.blogspot.com/2015/03/>
- Asociación Elisabeth d'Ornano para el trastorno de déficit de Atención e hiperactividad. (2010) *Guía breve para profesores*.
- Barkley, R, (1990). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Handbook for diagnosis and treatment)*. Nueva York.
- Barkley, R, (1997) *Niños hiperactivos. Como comprender y atender sus necesidades especiales*. Buenos Aires: Editorial Paidós
- Barkley, R (2011) *ADHD- Self control and DSM subtypes*. Disponible en: [https://www.youtube.com/watch?v=7smSmXwtZQ8&list=PL68C67E1B2A13CBD0&index=33&feature=plpp\\_video](https://www.youtube.com/watch?v=7smSmXwtZQ8&list=PL68C67E1B2A13CBD0&index=33&feature=plpp_video)
- Bodoque. A (2015) *Detección de la condición TDAH en niños/as de la Provincia de Cuenca mediante la Escala Magallanes de Detección de Déficit de Atención (EMA-DDA)*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia. Disponible en: <http://docplayer.es/62059232-Deteccion-de-la-condicion-tdah-en-ninos-as-de-la-provincia-de-cuenca-mediante-la-escala-magallanes-de-deteccion-de-deficit-de-atencion-ema-dda.html>

- Burgos. R, Barrios. M, Engo. R, García. A, Gay. E, Guijarro. T, Romero. A, Sanz. Y, Martín. P, Prada. C y Sánchez. V (2011) *Guía para padres y educadores. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Universidad de Córdoba. Editorial Glosa.
- Cardo, E y Severa, M (2008) *Trastorno por déficit de atención/ hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación*. Revista de Neurología, 46. P.P. 365-372. Disponible en: <http://faros.hsjdbcn.org/sites/default/files/130.1-tdha.pdf>
- Castellanos F. X, Lee P. P, Sharp W, Jeffries, N.O, Greenstein, D. K y Clasen, L. S (2002) *Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attentiondeficit/hyperactivity disorder*. JAMA. Nº 288: 1740-1748. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12365958>
- Fernández, E (2010) *Guía para padres y profesionales de la educación y la medicina sobre TDAH*. Fundación de ayuda a la infancia en Castilla y León (FUNDAICYL) Valladolid. Disponible en: [http://www.fundaicyl.org/guiaFUNDACYL\\_2010.pdf](http://www.fundaicyl.org/guiaFUNDACYL_2010.pdf)
- Fundación CADAH (2009) *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Disponible en: <https://www.fundacioncadah.org/web/categoria/tdah-que-es-el-tdah.html>
- Gómez Sánchez. E, Dimitriadis, Y.A, Asensio Pérez. J.I, Rodríguez Cayetano. M, Bote Lorenzo. M.L, Vega Gorgojo. G. *Aplicación y Evaluación del Estudio de Casos como técnica docente*. ETSI Telecomunicación. Universidad de Valladolid. Disponible en: [https://www.gsic.uva.es/uploaded\\_files/6B\\_2.pdf](https://www.gsic.uva.es/uploaded_files/6B_2.pdf)
- Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de formación del profesorado. *Evolución histórica del concepto de TDAH*. Ministerio de Educación, cultura y deporte. Gobierno de España. Disponible en: [http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/186/cd/m1/evolucin\\_histrica\\_del\\_concepto\\_tdah.html](http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/186/cd/m1/evolucin_histrica_del_concepto_tdah.html)
- Kooij, J.J.S y Francken, M.H. (2010) *Entrevista diagnóstica del TDAH en adultos*. Fundación DIVA. Países Bajos. Disponible en: [http://www.divacenter.eu/Content/VertalingPDFs/DIVA\\_2\\_ESPANOL\\_FORM.pdf](http://www.divacenter.eu/Content/VertalingPDFs/DIVA_2_ESPANOL_FORM.pdf)

- Lange K, Reichi S, Lange KM, Tucha L, Tucha O (2010). *The history of attention deficit hiperactivity disorder. Attention Deficit Hyperactivity Disorders*. P:P. 241-255. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3000907/>
- Lecumberri, M (2016) *GPS. Comprendiendo el TDAH. Capítulo 1. TDAH ¿qué es?* Editorial Alcalá. Disponible en: <https://www.faeditorial.es/capitulos/gps-comprendiendo-tdah.pdf>
- Martínez Carazo, P.C. (2006) *El método de estudio de casos: estrategia metodológica de la investigación científica*. Pensamiento y gestión. Número 20. Julio. P.P 165-193. Universidad del Norte. Colombia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>
- Mediavilla, C. (2003) *Neurobiology of hyperactivity disorder*. Universidad de Granada. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/10843218\\_Neurobiology\\_of\\_hyperactivity\\_disorder](https://www.researchgate.net/publication/10843218_Neurobiology_of_hyperactivity_disorder)
- Mena. B, Nicolau. R, Salat. L, Almeida. P y Romero. B (2011) *Guía práctica para Educadores. El alumno con TDAH*. 4ª Edición. Editorial Mayo. Fundación ADANA.
- Ministerio de Educación (2006) Ley orgánica 2/2006 del 3 de Mayo.
- Miranda. A, Roselló. B y Soriano. M (1998) *Estudiantes con deficiencias atencionales*. Universidad de Valencia.
- Miranda. A, Amado. L y Jarque. (2001) *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una guía práctica*. Málaga: Aljibe
- Montague. M y Castro. M (2005) *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Concerns and Issues. Handbook of emotional y behavioural difficulties*. Londres.
- Montoya, D. (2015) *Manual para la aplicación, calificación e interpretación de la escala Conners para padres/maestros forma abreviada*. Departamento de Educación Estatal. Gobierno de Veracruz. Disponible en: <https://es.slideshare.net/denysmontoyagalan/manual-escala-conner>
- Mulas, F (2011) *Signos precoces básicos del diagnóstico y neurobiología del tdah preescolar*. Instituto valenciano de neurología pediátrica (INVANEP). Disponible en: [http://fundacioncadah.org/j289eghfd7511986\\_uploads/20120607\\_sTOm7E0e1SFq2NehnMea\\_0.pdf](http://fundacioncadah.org/j289eghfd7511986_uploads/20120607_sTOm7E0e1SFq2NehnMea_0.pdf)

- National Institute for Health and clinical Excellence. (2008) *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Diagnóstico y manejo del TDAH en niños, adolescentes y adultos*. National Collaborating Centre for Mental Health.
- Navarro, M.I (2010) *El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica*. Revista de historia de la psicología. Vol 31. N° 4 (diciembre). P.P 23-36. Universidad de Valencia. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3399009.pdf>
- Orjales Villar, I. (2007) *El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones*. Departamento de Psicología evolutiva y de la educación. Universidad nacional de Educación a distancia. Disponible en: [http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS\\_3\\_esp\\_19-30.pdf](http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_3_esp_19-30.pdf)
- Pelayo Teran, J.M., Trabajo Vega, P., Zapico Merayo, Y. *Aspectos históricos y evolución del concepto de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Mitos y realidades` Cuad. Psiquiatr. Comunitaria, Vol. 11, N.º 1, pp. 7 - 35, 2012*
- Presentación, M. J.; Miranda, A. y Amado, L. (1999). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: avances en torno a su conceptualización, bases etiológicas y evaluación*.
- Proal, E y González R (2016) *Utilidad clínica de la Neuroimagen por Resonancia Magnética en la comprensión y tratamiento del TDAH*. Colegio mexicano de neuropsicología. Disponible en: [https://www.revnpcclin.com/uploads/5/6/7/2/56720547/6\\_neuroimagen\\_final.pdf](https://www.revnpcclin.com/uploads/5/6/7/2/56720547/6_neuroimagen_final.pdf)
- Ramos Quiroga, J.A, Daigre. C, Valero. S, Bosch. R, Gómez-Barros. N, Nogueira. M, Palomas. G, Roncero. C y Casas. M (2009) *Validación al español de la escala de cribado del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos (ASRS v.1.1.): una nueva estrategia de puntuación*. Revista de neurología. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2008677>
- Ramos-Quiroga, J.A. (2009) *TDAH en adultos: factores genéticos, evaluación y tratamiento farmacológico*. Universidad de Barcelona. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5585/jarq1de1.pdf>
- Ramos-Quiroga JA, Picado M, Mallorquí-Bagué N, Vilarroya O, Palomar G, Richarte V, et al. (2013) *Neuroanatomía del trastorno por déficit de*

*atención/hiperactividad en el adulto: hallazgos de neuroimagen estructural y funcional.* Revista de Neurología. Vol 56. P.P 93-106. Disponible en: <http://neurocognitiva.org/wp-content/uploads/2014/04/Ramos-Quiroga-2013-Neuroanatomia-estructural-y-funcional-de-ADHD.pdf>

- Rief, S. (1999). *Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad. Técnicas, estrategias e intervenciones para el tratamiento de los niños con TDA/TDAH.* Disponible en: <http://sid.usal.es/libros/discapacidad/9693/8-1/como-tratar-y-ensenar-al-nino-con-problemas-de-atencion-e-hiperactividad-tecnicas-estrategias-e-intervenciones-para-el-tratamiento-del-tda-tdah.aspx>.
- Salado, M.J. (2011) *Hiperactividad, características.* Disponible en: <https://issuu.com/mjoses/docs/hiperactividad>
- Soutullo, C y Díez, A (2007) *Manual de diagnóstico y de tratamiento del TDAH.* Facultad de Medicina de Navarra. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.
- Stricker, G y Widiger, T (2003) *Handbook of psychopathology. Clinical Psychology.* Vol. 8. John Wiley y sons. Inc. Canada.
- Torrellas Morales, C. (2017) *Trastornos por déficit de atención e hiperactividad.* Psicopatología de la infancia y la adolescencia. Universidad de Valladolid
- Wilens, T y Spencer, T (2010). *Comprendiendo el TDAH desde la infancia hasta la edad adulta.* Postgraduate Medicine. Vol. 122. N° 5.

## 8. ANEXOS Y APÉNDICES

### Anexo I

**A6**

¿A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o deberes)? ¿Y cómo era en su infancia?

#### Ejemplos en la edad adulta:

- Intenta hacer primero lo que le parece más fácil o entretenido
- Aplaza a menudo las tareas difíciles o aburridas
- Pospone las tareas de modo que no cumple en el tiempo acordado
- Evita hacer el trabajo monótono como por ejemplo las tareas administrativas
- No le gusta leer debido al esfuerzo mental
- Evita hacer tareas que le exigen mucha concentración
- Otros:

Síntoma presente:  Sí /  No

#### Ejemplos en la infancia:

- Evitaba o le disgustaba hacer los deberes
- Leía pocos libros o no tenía ganas de leer porque le suponía un esfuerzo mental
- Evitaba hacer cosas que le exigían mucha concentración
- Le disgustaban las asignaturas que exigían mucha concentración
- Aplazaba las tareas difíciles o aburridas
- Otros:

Síntoma presente:  Sí /  No

Ejemplo de uno de los criterios y la forma en la que se realiza la entrevista DIVA.

Síntoma	Presente en la edad adulta	Presente en la infancia
<b>A1.</b> 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>A2.</b> A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas		
<b>A3.</b> A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente		
<b>A4.</b> 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)		
<b>A5.</b> A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades		
<b>A6.</b> A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o deberes )		
<b>A7.</b> A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)		
<b>A8.</b> A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes		
<b>A9.</b> A menudo es descuidado en las actividades diarias		

Tabla resumen de los síntomas presentes en la edad adulta e infancia. Criterios de inatención.

**Anexo II:**

<b>CUESTIONES</b>	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Muy frecuentemente
<b>PARTE A</b>					
¿Con qué frecuencia tienes problemas para terminar los detalles finales de un proyecto, cuando ya has finalizado las partes más difíciles?					
¿Con cuánta frecuencia tienes dificultad para mantener las cosas en orden, cuando una tarea que realizas requiere organización?					
¿Con cuánta frecuencia tienes problemas para recordar reuniones de trabajo u otras obligaciones?					
Cuando tienes que realizar una tarea que requiere mucha concentración, ¿con cuánta frecuencia evitar o retrasas empezarla?					
¿Con cuánta frecuencia mueves tus piernas o brazos o retuerces tus manos o pies cuando estás sentado por mucho tiempo?					
¿Con cuánta frecuencia te sientes sobre-activo o impulsado para hacer cosas?					
<b>PARTE B</b>					
¿Con cuánta frecuencia cometes errores por falta de cuidado cuando estás trabajando en un proyecto aburrido o difícil?					
¿Con cuánta frecuencia tienes dificultad para mantener atención cuando estás haciendo trabajos aburridos o repetitivos?					

¿Con cuánta frecuencia tienes dificultad para concentrarte en lo que la gente te dice, aun cuando estén hablando contigo directamente?					
¿Con cuánta frecuencia pierdes o tienes dificultad para encontrar cosas en la casa o en el trabajo?					
¿Con cuánta frecuencia te distraes por ruidos o actividades alrededor de ti?					
¿Con cuánta frecuencia te levantas de tu asiento en reuniones o en otras situaciones en las que se supone debes permanecer sentado?					
¿Con cuánta frecuencia te sientes inquieto o nervioso?					
¿Con cuánta frecuencia tienes dificultades para relajarte cuando tienes tiempo para ti?					
¿Con cuánta frecuencia sientes que hablas demasiado cuando estás en reuniones sociales?					
Cuándo estás en una conversación ¿Con cuánta frecuencia te descubres terminando las oraciones de la gente que está hablando, antes de que ellos terminen?					
¿Con cuánta frecuencia tienes dificultad para esperar tu turno es situaciones en que debes de hacerlo?					
¿Con cuánta frecuencia interrumpes a otros cuando están ocupados?					

Cuestionario autoinformado de cribado del adulto- v.1.1. de la entrevista diagnóstica internacional compuesta de la OMS.



**Anexo III**

Nombre del niño: _____	fecha de nacimiento: _____
Edad: _____ Sexo : _____	CURP: _____
Nivel y Grado Escolar _____	Nombre de la Escuela: _____
Nombre de los padres, tutor(es) o maestros: _____	
Fecha de aplicación: _____	

Observación	Grado de actividad			
	Nunca	Sólo un poco	Bastante	Mucho
1. Inquieto o demasiado activo	0	1	2	3
2. Excitable, impulsivo	0	1	2	3
3. Molesta a otros niños	0	1	2	3
4. No termina las cosas que empieza –cortos períodos de atención	0	1	2	3
5. Presenta nerviosismo constante	0	1	2	3
6. No presta atención, se distrae con facilidad	0	1	2	3
7. Sus demandas deben satisfacerse de manera inmediata – se frustra con facilidad	0	1	2	3
8. Lloro con frecuencia y fácilmente	0	1	2	3
9. Cambia de estado de ánimo con rapidez y drásticamente	0	1	2	3

Cuestionario abreviado para padres y profesores de Conner. Fuente:

<https://es.slideshare.net/denysmontoyagalan/manual-escala-conner>

## Anexo IV

Puntuación total	Varones					Mujeres				
	Edad ( en años)					Edad ( en años)				
	3 a 5	6 a 8	9 a 11	12 a 14	15 a 17	3 a 5	6 a 8	9 a 11	12 a 14	15 a 17
<b>Problemas de Conducta</b>										
0	36	38	36	38	39	36	35	39	40	39
1	40	41	39	41	42	40	40	42	43	43
2	43	44	43	44	45	43	44	46	47	46
3	46	47	46	47	48	47	49	49	50	50
4	49	50	49	50	51	50	53	53	53	54
5	52	53	53	53	54	54	58	56	56	58
6	56	56	56	56	56	57	62	60	59	62
7	59	59	59	59	59	61	67	63	62	65
8	62	63	62	62	62	65	71	67	65	69
9	65	66	66	65	65	68	76	70	68	73
10	68	69	69	69	68	72	80	74	72	77
11	72	72	72	72	71	75	84	77	75	80
12	75	75	76	75	73	79	89	81	78	84
13	78	78	79	78	76	82	93	84	81	88
14	81	81	82	81	79	86	98	88	84	92
15	84	84	85	84	82	90	102	91	87	96
16	88	88	89	87	85	93	107	94	90	99
17	91	91	92	90	88	97	111	98	93	103
18	94	94	95	93	90	100	116	101	97	107
19	97	97	99	96	93	104	120	105	100	111
20	101	100	102	99	96	107	125	108	103	115
21	104	103	105	102	99	111	129	112	106	118
22	107	106	108	105	102	115	134	115	109	122
23	110	109	112	108	105	118	138	119	112	126
24	113	113	115	111	108	122	143	122	115	130

Tabla de relación de la puntuación obtenida y la edad de los sujetos. Fuente:

<https://es.slideshare.net/denysmontoyagalan/manual-escala-conner>