Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Guía para padres y educadores

Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba
Universidad de Córdoba

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Guía para padres y educadores

Rafael de Burgos Marín
Mireia Barrios Agrafojo
Ricardo Engo Pita
Alfonso García Calero
Eudoxia Gay Pamos
Teresa Guijarro Granados
Auxiliadora Romero Balsera
Yolanda Sanz López
Vicente Sánchez Vázquez

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba
Universidad de Córdoba

Índice

Prólogo 5

Introducción 7

Etiología 7

Formas clínicas 8

Diagnóstico 9

Tratamiento 9

- Tratamiento farmacológico

Estrategias psicológicas para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad 12

- Atención
- Autoinstrucciones
- Impulsividad
- Actividades antihiperactividad
- Orientaciones para los padres

Direcciones de interés 26

Prólogo

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno heterogéneo de etiología desconocida, de reciente definición e inclusión en las clasificaciones internacionales de enfermedades. Hasta el año 2000 no aparece incluido en el DSM-IV. Se trata de un trastorno de conducta que aparece en la infancia, en torno a los 7 años de edad, caracterizado por síntomas de inatención e impulsividad e hiperactividad, que se desglosa en varios subtipos, dependiendo de qué grupo sintomático predomine.

Es un trastorno crónico, que interfiriere en muchas áreas del funcionamiento normal y cuyos síntomas persisten en hasta un 50-80% de los casos en el adulto. El origen del TDAH o trastorno hipercinético no se conoce del todo. La información disponible hasta la fecha sugiere la improbabilidad de encontrar una causa única al trastorno, considerándose más bien la vía final de una serie de causas biológicas que interactúan entre sí y con otras variables ambientales, tanto de orden biológico como psicosocial.

Pese a su reciente catalogación, el TDAH se está convirtiendo en uno de los problemas clínicos y de salud pública más importantes, en cuanto a morbilidad y discapacidad, que afecta a niños y adolescentes. Aunque carecemos de datos directos y fiables sobre su incidencia en España y en Andalucía, la bibliografía científica señala que afecta al menos al 5% de los niños en edad escolar y representa entre un 20 y un 40% de las consultas en los servicios de salud mental infantil. Basta este dato para comprender que su impacto social es muy grande tanto por la tensión generada sobre las familias, el efecto sobre la autoestima y el desarrollo de los niños, cuanto por la repercusión sobre la organización asistencial, los profesionales sanitarios y los educadores.

Un trastorno con estas características, que se presenta en una población tan observada como la infantil, desata cierta alarma social que pro-

picia, en algunos casos una vanalización del problema y, en otros, una alerta innecesaria. El termino «hiperactividad» corre el riesgo de convertirse, como sucede con otras categorías que forman parte de la psicopatología, tales como ansiedad o depresión, en una expresión coloquial que se usa para todo. La comunidad científica trata muy frecuentemente y en diferentes foros todos los aspectos relacionados con este trastorno y señala el sobrediagnóstico que de él se está realizando y, consecuentemente, en muchos casos, el abuso en el tratamiento con psicofármacos.

Los padres y educadores tienen gran dificultad para detectar precozmente las conductas que señalan las áreas disfuncionales y no saben con frecuencia cómo actuar cuando el niño es correctamente diagnosticado. Esta guía pretende ayudarles en esta tarea, solventar muchas de sus dudas y propiciar que sus intervenciones sean una parte esencial del tratamiento.

El equipo multidisciplinar de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba ha elaborado este trabajo con el objetivo de dar respuesta a la nueva demanda surgida, siguiendo en su línea de buscar la calidad en todas sus intervenciones, fomentar la participación activa de la familia en el tratamiento integral del niño y dar información útil y veraz a la población interesada en la catalogación y tratamiento correcto de este trastorno.

Esperamos que el seguimiento y la evaluación de los resultados obtenidos y la satisfacción de nuestros pacientes y sus familiares nos muestren que estamos en la línea de trabajo correcta.

Eudoxia Gay Pamos
Directora de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba
Universidad de Córdoba

Introducción

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) no es un trastorno de reciente aparición. Aunque se le ha denominado con diferentes nombres, se encuentran descripciones y referencias sobre él en la literatura médica desde hace más de 100 años. Es el trastorno mental más frecuente en la infancia. Las cifras sobre su prevalencia varían a menudo de unos estudios a otros. Esto se debe a diferencias en la metodología utilizada y a los criterios diagnósticos aplicados. Una cifra generalmente aceptada sitúa la prevalencia del TDAH en torno al 5% de la población infantil. Es más frecuente en niños que en niñas en una proporción aproximada de 3 ó 4 niños por cada niña. No obstante, en el subtipo inatento, probablemente la diferencia en la proporción sea menor (2 niños por cada niña).

Etiología

Aún no se conoce la causa exacta del TDAH. Se sabe que es un trastorno neurobiológico con un indudable componente genético y que existe una alteración en el funcionamiento de dos neurotransmisores cerebrales: la noradrenalina y la dopamina. Estas sustancias no funcionarían de manera adecuada en algunas áreas del cerebro, en concreto en la corteza prefrontal. Esta zona se halla implicada en el control de algunas funciones, como son la atención, la concentración y la impulsividad, que se encuentran afectadas en el TDAH. Existen, además, otros factores de riesgo relacionados, como son circunstancias socioambientales muy adversas, problemas durante el parto, alteraciones neurológicas y déficits sensoriales, entre otros.

Formas clínicas

Los síntomas nucleares del TDAH son el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad. Característicamente, al niño con déficit de atención le suelen describir como un niño despistado, desordenado, olvidadizo, que suele extraviar sus objetos y frecuentemente ensimismado («como en su mundo»), que parece no escuchar cuando se le habla. Suele tener dificultades para mantener la atención de manera prolongada y planificar sus tareas cotidianas, distrayéndose ante cualquier estímulo. El niño con hiperactividad e impulsividad también suele ser descrito como un niño con un nivel de actividad motora elevado, que mueve frecuentemente manos y pies, con dificultades para mantenerse sentado («como si tuviera un motor por dentro»), impaciente, impulsivo, y que suele hablar mucho, interrumpiendo conversaciones o contestando antes de que terminen de hacerle la pregunta. En función del predominio de unos u otros síntomas, existen tres subtipos de TDAH: con predominio del subtipo hiperactivo/impulsivo, con predominio del subtipo inatento o con una mezcla de los dos anteriores. Este último subtipo, que se denomina combinado, es, con diferencia, el más frecuente de los tres.

Lo habitual es que el TDAH presente otros trastornos comórbidos (junto a la sintomatología propia del TDAH aparecen síntomas de otros trastornos). Dentro de éstos, los más frecuentes son los trastornos de conducta, de ansiedad, de tics, del aprendizaje, etc. No es infrecuente que éstos, junto a las dificultades que estos niños presentan en su funcionamiento a distintos niveles (familiar, personal, escolar, etc.), afecten su autoestima. Por ello, el TDAH ha de considerarse como un trastorno que puede afectar de forma general al niño y no sólo como un trastorno que afecte a su aprendizaje.

Diagnóstico

El diagnóstico del TDAH es fundamentalmente clínico y debe basarse en una completa historia clínica, que debe recoger la información del mayor número posible de fuentes fiables: el propio niño, los padres, otros familiares, profesores y, en general, cuantas personas tengan un estrecho contacto con el niño. Además de los síntomas propios del TDAH, deben evaluarse otras condiciones que puedan ser relevantes para el diagnóstico y/o el tratamiento: problemas médicos o neurológicos, uso de fármacos, trastornos psiquiátricos, problemas familiares y psicosociales, y posibles alteraciones del lenguaje y del aprendizaje. Existen diferentes clasificaciones que recogen los síntomas del TDAH. Las más utilizadas son la de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV-TR) y la de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10). Para el diagnóstico habitual no se precisa exploración complementaria alguna (analítica, electroencefalograma, pruebas de imagen cerebral, etc.).

Tratamiento

El tratamiento del TDAH incluye cuatro pilares básicos:

1. Psicoeducación, apoyo y orientación familiar.
2. Tratamiento psicopedagógico.
3. Tratamiento farmacológico.
4. Intervención psicológica sobre el niño.

El tratamiento ideal debería incluir estos cuatro aspectos con las lógicas adecuaciones individuales en función del perfil clínico de cada niño: presencia de otras alteraciones psiquiátricas, del comportamiento, del aprendizaje, etc. Al ser un trastorno que se inicia en la etapa infantil,

el tratamiento debe abarcar tanto el ámbito familiar como el educativo. Por las propias limitaciones de esta guía, sólo incluiremos algunos conceptos básicos sobre el tratamiento farmacológico y algunas orientaciones sobre el manejo e intervenciones psicológicas dirigidas al niño.

Tratamiento farmacológico

Existen diferentes fármacos para el tratamiento del TDAH. Con diferencia, los más utilizados son los estimulantes, que incluyen las anfetaminas y el metilfenidato. Las anfetaminas no están comercializadas en España y sólo disponemos del metilfenidato dentro de este grupo terapéutico. El mecanismo de acción básico del metilfenidato es aumentar la disponibilidad de algunos neurotransmisores (en especial la noradrenalina y la dopamina) en el espacio sináptico (el que existe entre las neuronas). Actualmente existen tres formas de presentación: de liberación inmediata, de liberación prolongada y de liberación osmótica. En los tres casos, la sustancia farmacológica es la misma (metilfenidato) y lo que varía es su farmacocinética, es decir, la forma y el tiempo en que se libera dentro del organismo. El metilfenidato aporta un beneficio indudable al tratamiento del TDAH. Sobre su uso existen numerosos prejuicios y temores infundados, sin base científica que los sustente. Algunos de estos temores se refieren a los siguientes aspectos:

Apetito. En general, disminuye el apetito en momentos diferentes del día en función de la hora de la toma del medicamento y de la forma de liberación. No es infrecuente una leve pérdida de peso inicial, sin que se vea afectado el peso final. Se aconseja un control periódico del peso.

Crecimiento. No hay evidencias de que afecte a la talla final del individuo (Biederman et al., 2004; Willens et al., 2005). En algunos casos, pueden producirse enlentecimientos en el crecimiento en las fases iniciales de la adolescencia sin que se vea afectada la talla final esperada. Se aconseja un control periódico de la talla.

Tics. Actualmente no hay argumentos en contra del uso de metilfenidato en los niños con tics. Éstos pueden mejorar, empeorar o no verse afectados. Debe realizarse un seguimiento cuidadoso de estos niños pero no privarles, de entrada, de esta opción terapéutica.

Epilepsia. No existen datos publicados que sugieran que el tratamiento a corto ni a largo plazo del TDAH aumente el riesgo de desarrollar convulsiones. Diferentes estudios sugieren que el uso de metilfenidato es seguro en niños con epilepsia.

Abuso de drogas. No hay ninguna prueba científica de que el consumo de metilfenidato predisponga al consumo de drogas. Al contrario, numerosos estudios a largo plazo indican que su uso en pacientes con TDAH previene su consumo.

Vacaciones terapéuticas. No existen evidencias de que las «vacaciones terapéuticas» aporten beneficios. Cuando el TDAH haya mejorado y se encuentre estable, el tratamiento farmacológico puede interrumpirse para reevaluar la situación y la necesidad de continuar o no con él.

Rendimiento escolar. El tratamiento farmacológico no aumenta ni disminuye el rendimiento escolar del niño, pero al mejorar algunas funciones necesarias para el estudio (atención, impulsividad, etc.) se sientan las bases para una mejoría de éste. El esfuerzo del niño y las orientaciones psicopedagógicas son fundamentales en este aspecto.

Desde hace algunos meses disponemos en España de otro tratamiento de primera línea, la atomoxetina, que es un inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina. En ensayos con animales, se ha demostrado también su capacidad para aumentar tanto la noradrenalina como la dopamina de manera selectiva en algunas áreas cerebrales (corteza prefrontal), pero no en otras, lo que podría relacionarse tanto con su eficacia como con un perfil diferente de efectos secundarios.

Estrategias psicológicas para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Atención

Algunos consejos útiles serían los siguientes:

- Mantener una situación estructurada en la casa, con horarios constantes y evitando estímulos demasiado llamativos.
- Alejarle de los estímulos que pueden distraer su atención. Al principio quedarnos con ellos haciendo actividades que requieran un nivel de atención elevado, e ir retirándonos y dejándoles solos cada vez más tiempo.
- Cuando parece que no oye lo que se le dice, sujetarle la cabeza con las manos, mantener la mirada y hablarle con voz suave, sin enfadarse pero firme (utilizar el contacto físico para atraer su atención). Después, pedirle que repita lo que se le ha dicho y si no lo recuerda, volver a repetirle el mensaje de la *misma manera*.

Autoinstrucciones

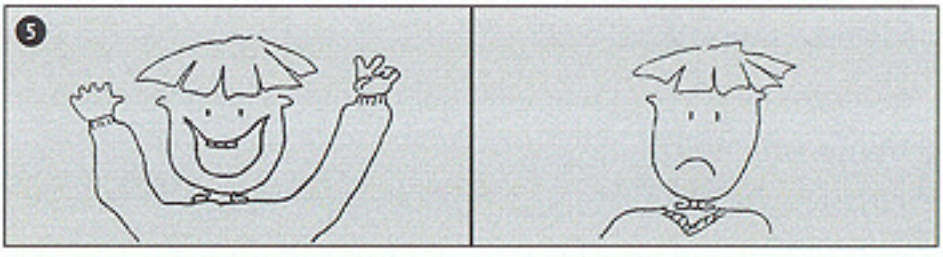
Los niños con TDAH requieren ser instruidos en mediadores verbales (pensamientos en forma de frases para hablarse a sí mismo) para que utilicen su lenguaje verbal con el objeto de que regulen su conducta.

¿Qué es lo que tengo que hacer?

¿Cómo lo voy a hacer?

Tengo que estar muy atento y ver todas las respuestas posibles.

¡Ya está! Creo que la solución es ésta.



¡Fantástico! Me ha salido bien.
Soy un genio.

¡Vaya! Me ha salido mal ¿por qué?
¡Ah!, ¡es por eso!
La próxima vez me saldrá mejor.

En el aprendizaje de la ejecución de dichos pensamientos, para la realización de la tarea intervienen los padres, los profesores y los terapeutas, actuando como modelos.

Primero van ejecutando la actividad, dándose instrucciones a sí mismos en voz alta. Posteriormente, dan orientaciones en voz alta al niño y, finalmente, van haciendo la tarea con instrucciones cada vez más encubiertas.

Tomado de: Orjales I, Polaino A. Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad. Madrid: Editorial Cepe; 2000.

Impulsividad

¿Cuándo es impulsiva una conducta?

- Cuando se realiza sin tener en cuenta las consecuencias de la conducta.
- Cuando se realiza algo que va a provocar un resultado negativo.
- Cuando la conducta no tiene un objetivo claramente determinado para el que la lleva a cabo. No es conducta impulsiva aquella que se realiza para llamar la atención o establecer una lucha de poder o algún beneficio material.

Indicaciones para modificar una conducta impulsiva:

1. Proporcionar normas para que el niño sepa en cada momento qué debe hacer y qué no debe hacer. Las instrucciones deben ser:
   - Claras y específicas.
   - Comprensibles (lenguaje adaptado al niño y haciendo uso de términos concretos).
   - No deben entrar en contradicción unas con otras.
   - Cortas.
   - Deber ser en un número reducido (si se proporcionan muchas instrucciones, el niño necesitará más tiempo, recursos, etc., para poder seguirlas).
   - Deben darse de una en una y espaciadas en el tiempo.
   - No deben acompañarse de contacto físico instigador.
2. Cuando se va a un lugar en el que hay muchas personas, es conveniente darle algunas pautas breves, claras y concretas de comportamiento. Si se pone nervioso en un lugar público por el exceso de estimulación, llevarle a un lugar tranquilo, a ser posible donde no haya otras personas, y dejar que se calme. Reforzar su esfuerzo y hacerle ver que es capaz de seguir las reglas.

3. Comunicarle con suficiente antelación cualquier cambio de rutina.

El objetivo es que el niño, en un entorno con muchos estímulos, algunos desordenados, otros deseados, otros rechazables, etc., lleve a cabo sus obligaciones intentando que aprenda a *seguir instrucciones, demorar la gratificación e inhibir el primer impulso*.

Técnica de la tortuga

Es un método eficaz para el autocontrol de la conducta impulsiva (sobre todo en el aula) y se revela como una técnica útil en situaciones de descontrol por carga emocional.

Su aplicación consiste en leer al niño una historia en la que una tortuga sabia enseña a otra más pequeña (el niño con TDAH) cómo hacer uso de su caparazón para relajarse y tranquilizarse. Se usa, como respuesta de competencia, adoptar una postura que imposibilite llevar a cabo una conducta impulsiva.

Tomada de: Vallés A. Cómo cambiar la conducta infantil. Guía para padres. Alicante: Editorial Marfil; 1999.

ACTIVIDAD

El objetivo no es conseguir el nulo movimiento del niño, sino que aprenda a controlar su excesiva actividad permitiendo cierto movimiento. Se aconseja para ello:

- Alternar a lo largo del tiempo actividades que requieran que esté sentado y actividades en las que pueda levantarse y moverse.
- Permitirle levantarse un número limitado de veces en un tiempo determinado (p. ej., dos veces como máximo en una hora).

Actividades antihiperactividad

Son distintas tareas que tienen características específicas apropiadas para los niños con TDAH. Son juegos, actividades, etc., de índole lúdica, que aportan un marco de aprendizaje adecuado. Suelen introducirse en terapias grupales, pero pueden practicarse también en casa.

Estas tareas implican el uso de las estrategias para el tratamiento de la atención e impulsividad, manteniendo al niño ocupado en una actividad no disruptiva y motivante.

El objetivo final es el fomento del autocontrol.

Se han seleccionado, entre otros, los siguientes juegos y actividades:

- Jugar a buscar palabras que empiezan por…
- Mirarse en el espejo.
- Hacer puzzles.
- Buscar semejanzas y diferencias entre dibujos.
- Juegos de construcciones.
- Laberintos.
- Localizar errores en ilustraciones.
- Jugar al «pollito inglés».
  (Se trata de un juego popular en el que un niño se coloca de espaldas al resto de los compañeros, que se sitúan en una línea de salida. El juego consiste en aproximarse a este niño sin ser vistos, ganando el primero que llega a él. La dificultad estriba en que el niño que permanece de espaldas al resto se puede girar repentinamente, cuando él quiera, a la vez que grita: «un, dos, tres, pollito inglés». El niño a quien sorprenda en movimiento debe retrasarse hasta la línea inicial de salida. Por este motivo, los niños deben quedarse quietos en su aproximación cuado al escuchar el grito del niño que permanece de espaldas prevean que va a girar la cabeza. Este juego se utiliza para el entrenamiento de la regulación verbal del acto motor.)

La utilización de estas estrategias conductuales y cognitivas requiere tener en cuenta las *necesidades* de los niños con TDAH:

- Tienen una mayor necesidad de búsqueda de novedad.
- Su interés suele centrarse en lo inmediato, en el «aquí y ahora».
- Suelen preferir realizar frecuente actividad física.
- Necesitan ayuda para concentrarse.
- Requieren un ambiente estructurado.
- Suelen requerir más tiempo para realizar las tareas escolares.
- Suelen precisar información abundante e inmediata sobre lo que hacen.

Para ello:

- Asigne períodos de trabajo cortos.
- Establezca metas a corto plazo.
- A veces requieren que se les repita el mensaje utilizando nuevas palabras o dándoles alguna señal o dibujo (no es útil decirles «ya te lo he dicho»).
- Estimule los pequeños progresos.
- Enumere las instrucciones de una en una.
- Cuando se haya bloqueado en la resolución de una dificultad, déle opciones para solucionar el problema.
- Involúcrelo en actividades de grupo; mejorará su autocontrol y reforzará su autoestima.

Orientaciones para los padres

Los padres necesitan una serie de normas claras y precisas para regular el comportamiento de sus hijos. Las normas básicas de estas reglas son:

- Que sean **estables:** el cumplimiento-incumplimiento de las reglas siempre ha de tener las mismas consecuencias.

- Que sean **consistentes**: las reglas no cambian de un día para otro.
- Que sean **explícitas**: las reglas son conocidas y comprendidas por ambas partes (padres y niño).
- Que sean **predecibles**: las reglas están definidas antes de que se incumplan, no después.

Cómo reconocer y tratar conductas inadecuadas

Con frecuencia, los niños presentan conductas inadecuadas. Algunas de estas conductas tienen como origen determinadas creencias erróneas de los niños sobre ellas. En su deseo de sentirse integrados y «pertenecientes» a su grupo, los niños atribuyen significados erróneos a conductas llevadas a cabo por ellos mismos. Es importante saber reconocer estas conductas y la mejor manera de manejarlas. Algunos ejemplos frecuentes en la vida cotidiana son los que se muestran en la siguiente tabla.

Objetivos de la conducta	Creencias de los niños	Cómo reconocerlo	Cómo actuar
Atención	«Sólo pertenezco cuando me hago notar»	Disgustado, desafiante	Ignorar. Extinción
Lucha de poder	«Sólo pertenezco cuando pruebo que nadie me manda»	Ira, amenaza de la autoridad. Retírese del conflicto	Reacción de pelear
Revancha	«Sólo pertenezco cuando hiero a otros como a mí»	Profundamente herido. Reacción de desquitarse	Evite el desquite e intensifique el vínculo afectivo
Demostración de insuficiencia	«Sólo pertenezco si me muestro inútil»	Desesperación, rendición. Reacción de dar por perdido	Estimule intentos positivos. No usar etiquetas («malo», «torpe», «inútil»)

Premios y castigos

Premios

Premiar una conducta adecuada hace probable que ésta se repita. Para premiarla, utilizamos «reforzadores». Existen dos clases de «reforzadores»:

1. Reforzadores materiales: caramelos, regalos, permiso para ver la televisión, etc.
2. Reforzadores sociales: sonrisas, halagos, atención, caricias, etc.

El «reforzador» funcionará mejor si es *inmediato* y se indica claramente al niño *por qué* se le premia.

Castigos

Castigar una conducta hace probable que ésta no se repita. El castigo funciona bien si:

- El castigo es el último recurso, no la forma habitual de actuar.
- El niño sabe exactamente por qué se le ha castigado.
- Ocurre siempre que se comete la falta.
- Se ofrece una alternativa: no sólo se castiga la mala conducta, se explica qué y cómo puede hacerlo.
- Permanece intacta la autoestima: son las acciones las incorrectas, no el niño.
- No se asocia a actividades de aprendizaje, como tener que leer o hacer cuentas.

Extinción

La serpiente cazarranas

«Érase una vez un pescador que estaba tranquilamente en su barca, cuando de pronto vio que del agua salía una serpiente que llevaba en la boca una rana que acababa de cazar.

»El pescador sintió piedad de la rana y, sujetando a la serpiente, se la quitó de la boca y la dejó ir en libertad. Pero al ver que la serpiente se quedaba sin su comida, también le dio pena y, como no tenía otra cosa que darle, echó en su boca unas cuantas gotas de aguardiente que llevaba.

»La serpiente se fue muy satisfecha. También el pescador se sintió muy bien por su acción. Pasado un rato, el pescador oyó unos golpecitos a sus espaldas en el costado de la barca. Se volvió para mirar qué pasaba y cuál no sería su sorpresa al comprobar que quien había aparecido era la misma serpiente, pero con dos ranas en la boca.»

El refuerzo mal empleado aumenta las conductas que precisamente queremos eliminar. No debemos caer en la trampa de reforzar, a veces incluso sin darnos cuenta de ello, un comportamiento inadecuado.

La extinción es ignorar totalmente aquellas conductas que queremos que no se repitan. No debe realizarse cuando son conductas peligrosas para el niño u otros. Se debe esperar que en los primeros momentos se produzca un empeoramiento de la conducta, pero hay que ser constante en su aplicación.

Técnica del «tiempo fuera»

Consiste en un período de tiempo en el que se separa al niño de toda consecuencia gratificante. Se le sitúa en otro cuarto, en el pasillo, etc. El lugar de aislamiento no debe ser atractivo ni estar muy lejos. Hay que evitar todo tipo de refuerzo a la ida, a la vuelta y durante la estancia en el área de tiempo fuera. No debe mantenerse más de un minuto por año de edad. Se debe evitar aplicar este procedimiento en casos en los cuales sirva para salir de situaciones desagradables.

Consecuencias naturales y consecuencias lógicas

Consiste básicamente en relacionar las conductas del niño con las consecuencias que se derivan de ella. Se parte de ofertar al niño varias alter-

nativas, de manera que sea él quien decida lo que va a hacer y, a continuación, experimente las consecuencias de sus decisiones *sin que la lástima nos lleve a cortarlas.* Una consecuencia lógica es aquella que resulta de la conducta del niño, estableciendo una relación «con sentido» entre ambas. Se permite que el niño tome sus propias decisiones, haciéndole **responsable** de su propio comportamiento. Por ejemplo: si el niño ha perdido una herramienta de trabajo de su padre, tendrá que buscar la manera de reponer la pérdida.

Los pasos para aplicar correctamente esta técnica son los siguientes:

1. Dar alternativas (opción adecuada y opción inadecuada).
2. Informar con tono amistoso de las consecuencias lógicas de cada una de ellas.
3. Dejar que «saboreen» las consecuencias de la decisión tomada.
4. Recordarles que podrán volver a elegir más adelante.

Autoconfianza y autoestima

A causa de las dificultades que los niños con TDAH encuentran en numerosos ámbitos de su vida cotidiana, es fundamental tratar de reforzar la autoestima y la confianza en sí mismos. Algunos consejos útiles son los siguientes:

- Muéstrele confianza. Demuéstrele que cree en él ofreciéndole tareas acordes con sus capacidades y que usted sepa que puede realizar con éxito (p. ej., cuidar una mascota).
- Evite usar etiquetas («malo», «torpe», «inútil»).
- Reconózcale su esfuerzo y los progresos conseguidos.
- Absténgase de hacer comentarios negativos acerca del niño.
- Evite la tentación de intervenir cuando el niño trata de encontrar la solución a un problema.
- Si su hijo le pide ayuda, préstesela mediante comentarios en forma de sugerencia, no le dé la solución directamente.

Cómo escuchar y comunicarnos con los hijos

La escucha reflexiva

Mediante ella, procuramos que el niño se sienta escuchado, acogido, e intentamos reflexionar con él sobre sus sentimientos. Un orden lógico de esta escucha reflexiva es el siguiente:

1.º. Reflejamos y clarificamos sus sentimientos: «Veo que estás enfadado…».

2.º. Utilizamos la comunicación no verbal y las respuestas abiertas: «Crees que no le importas a tus amigos, y te sientes abandonado».

El «mensaje-yo»

Mediante este tipo de mensajes informamos a nuestro hijo de nuestros sentimientos por su *comportamiento* y las consecuencias de éste.

Por ejemplo: «Yo me siento triste cuando rompes el reloj porque tengo que comprar otro».

Sentimiento (Yo siento…)
Comportamiento (Cuándo tú…)
Consecuencia (Porque…)

Es muy importante mostrar al niño que nuestros sentimientos tienen que ver con su comportamiento, no con su persona. Centre el problema en la situación concreta y evite las descalificaciones personales:

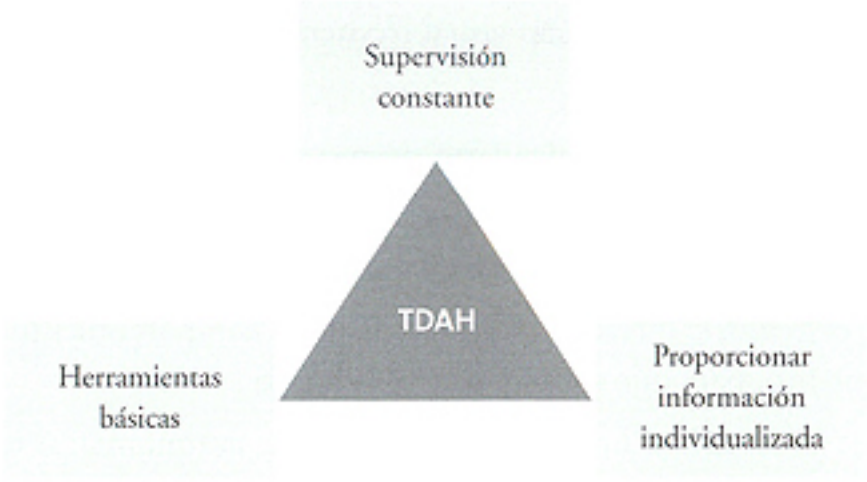
«Esto lo has hecho mal» (correcto).
«Eres malo» (incorrecto).

El tono debe ser firme y serio. No es necesario reñir.

Pautas para profesores

Las estrategias indicadas para padres y pacientes son de igual valía para el profesor, adecuándolas a un contexto escolar. ¿Qué intervenciones específicas puede manejar el educador escolar?

Las intervenciones del educador en los niños con TDAH deben basarse en un trípode de apoyo que incluya una supervisión constante, la utilización de unas herramientas básicas y la individualización de la atención.



Algunas técnicas básicas que puede utilizar son las siguientes:

- La extinción.
- El «tiempo fuera».
- El establecimiento de normas. Una norma es una descripción detallada, específica y pactada con el niño, que permite a éste saber cómo y cuándo hacer una cosa. Para establecer las normas es necesario lo siguiente:
  - Utilizar un lenguaje afirmativo (positivo).

- Acompañar la norma de su «por qué» (explicarla).
- Pactar las consecuencias de la transgresión de la norma.
- Hacer una lista o *planning* (alcanzables).
- Usar material visual (imágenes y esquemas).

Para terminar, algunos consejos:

- Pregúntele cómo puede ayudarle.
- Manténgalo cerca de usted.
- Repita las instrucciones.
- Las instrucciones han de ser claras, específicas y breves.
- Establezca con él contacto visual frecuentemente.
- Haga bromas, innove.
- Diseñe una agenda o calendario propio de actividades que sea predecible.
- Divida las actividades largas en varias cortas.
- Use el *feedback*: ofrézcale información de su comportamiento a cada momento, para que se autoobserve y corrija.
- Evite intervenir si no es necesario, fomente autonomía; si es posible, sugiera, no imponga.
- Busque los logros y esfuerzos tanto como sea posible.
- Elogie, refuerce, con premios materiales y sobre todo sociales. Una sonrisa vale más que mil juguetes.
- Enséñele pequeños trucos de memoria (anotar, dividir las tareas, agrupar palabras por categorías, repetirse mentalmente, etc.).
- Anuncie lo que viene después antes de hacerlo o decirlo.
- Simplifique la información, pero de manera que llame la atención (con imágenes, gestos, juegos, etc.).
- Haga uso del contacto físico no amenazante para comunicarse con él. Establezca vínculos afectivos con el niño.

- Cuente con él para resolver los conflictos y situaciones problemáticas. Involúcrelo en la toma de decisiones.
- Déle responsabilidades. Confíe en él.
- Enséñele a que aprenda a autoevaluarse y premiarse cuando lo haga bien.
- Repita la información. Que repita lo que usted ha dicho.

Y no olvide buscar ayuda y apoyo cuando lo necesite. Conozca sus limitaciones. No es un experto en niños con problemas de atención e hiperactividad y tiene que atender al resto de alumnos de la clase.

Direcciones de interés

Federación española de TDAH

Federación española de asociaciones de ayuda al déficit de atención e hiperactividad
E-mail: adahimurcia@hotmail.com
Teléfono: 650 968 834

Federación andaluza de TDAH

FAHYDA. Federación andaluza de asociaciones TDAH
http://fahyda.blogspot.com

Asociaciones de TDAH en Andalucía

Almería

Asociación TDAH Almería
http://www.tdah-andalucia.es

Cádiz

AFHIP. Asociación de familiares de niños/as hiperactivos/as
http://groups.msn.com/TDAHCADIZ

Córdoba

ACODAH. Asociación cordobesa de déficit de atención e hiperactividad
http://personales.ya.com/acodah

Granada

AMPACHICO
http://www.ampachico.es

Huelva

AIRE LIBRE. Asociación de familias con TDAH de Huelva
http://asairelibre.org/web

Jaén

AJADAH. Asociación jiennense de afectados por déficit de atención e hiperactividad
http://everyoneweb.es/TDAH/

Málaga

AMANDA. Asociación malagueña de adultos y niños con déficit de atención/hiperactividad
http://www.amanda.org.es

Sevilla

ASPATHI. Asociación sevillana de padres y afectados con trastornos hipercinéticos
http://www.aspathi.org

Córdoba. (PUENTE-GENIL)

EL PUENTE TDAH. Asociación pontanense de padres y madres con niñ@s que padecen el transtorno por déficit de atención e hiperactividad.
http://www.elpuentetdah.com

Editorial Glosa, S.L.
Avinguda de Francesc Cambó, 21, 5.ª planta - 08003 Barcelona
Teléfonos: 932 684 946 / 932 683 605 - Telefax: 932 684 923
www.editorialglosa.es

ISBN: 978-84-7429-402-6
Depósito legal: B-7.102-2009

© Editorial Glosa, S.L.
Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio, incluyendo las fotocopias o cualquier sistema de recuperación de almacenamiento de información, sin la autorización por escrito del titular de los derechos.

ISBN: 978-84-7429-402-6

Con la colaboración de

JANSSEN-CILAG

editorial glosa

P7518 AP CONCERTA GUIA TDAH ANDALUCIA