



Universidad  
Zaragoza



# El autoconcepto y la autoestima en niños y adolescentes con TDAH

---

Trabajo fin de grado

Autora: Raquel Muñoz García

Director: Santos Orejudo Hernández

Facultad de Educación, Zaragoza

Grado en maestro de Educación Primaria

Año: 2013/2014

## INDICE DE CONTENIDOS

<b>RESUMEN .....</b>	<b>4</b>
<b>1. AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>5</b>
<b>2. PRESENTACIÓN .....</b>	<b>6</b>
<b>3. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>4. DESARROLLO.....</b>	<b>10</b>
<b>4.1. ¿Qué es el TDAH? .....</b>	<b>10</b>
<b>4.1.1. Concepto .....</b>	<b>10</b>
<b>4.1.2. Características.....</b>	<b>11</b>
<b>4.2. ¿Qué causa el TDAH?.....</b>	<b>12</b>
<b>4.2.1. Causas .....</b>	<b>12</b>
<b>4.2.2. Factores de riesgo .....</b>	<b>14</b>
<b>4.3. Diagnóstico .....</b>	<b>15</b>
<b>4.4. Repercusiones y comorbilidad.....</b>	<b>19</b>
<b>4.4.1. Repercusiones .....</b>	<b>19</b>
<b>4.4.2. Comorbilidad .....</b>	<b>21</b>
<b>4.5. ¿Cómo se evalúa el TDAH? .....</b>	<b>23</b>
<b>4.5.1. Evaluación psicológica .....</b>	<b>24</b>
<b>4.5.2. Evaluación médica.....</b>	<b>25</b>
<b>4.6. ¿Cómo se trata el TDAH? .....</b>	<b>26</b>
<b>4.6.1. Tratamiento farmacológico .....</b>	<b>26</b>

4.6.2. Tratamiento no farmacológico .....	27
4.6.3. Tratamiento combinado .....	28
4.6.4. Recomendaciones a padres y profesionales .....	28
4.7. ¿Qué es el autoconcepto y autoestima?.....	31
4.8. Desarrollo del autoconcepto y autoestima .....	33
4.8.1. Etapa de 0-5 años.....	33
4.8.2. Etapa de 5-12 años.....	34
4.8.3. Etapa de la adolescencia .....	34
4.9.¿Cómo es el autoconcepto y autoestima en los niños con TDAH? 35	
4.10. Caso práctico.....	42
<b>5. CONCLUSIONES.....</b>	<b>44</b>
<b>6. VALORACIÓN PERSONAL.....</b>	<b>52</b>
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>54</b>
<b>7. ANEXOS .....</b>	<b>58</b>

## **RESUMEN**

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno del comportamiento con origen neurobiológico y componente genético con mayor prevalencia en niños y adolescentes. La hiperactividad, impulsividad y déficit de atención son las características comunes en los sujetos que padecen este trastorno, añadiéndose otras en muchos casos. Es un trastorno con una comorbilidad alta que repercute en las personas tanto a nivel escolar, social, familiar y emocional. Los sujetos con TDAH y sus autopercepciones, autoconcepto y autoestima presentan una relación no lineal. Según la edad, el Coeficiente intelectual, los problemas de conducta, síntomas de depresión, déficits en las funciones ejecutivas... muestran un sesgo ilusorio u otro, presentando más un sesgo positivo ilusorio, tienen una tendencia a sobrevalorar sus capacidades, lo que hace que se produzca una discrepancia entre las competencias que informan y las competencias reales. En otros casos, las autopercepciones son inferiores y su autoconcepto y autoestima son más bajos en todos los ámbitos o solo en algunos de ellos, debido a los comentarios, rechazos, actitudes... que reciben del exterior (familia, amigos, compañeros, profesores). Además, suelen atribuir sus buenos resultados a elementos externos, mientras que los resultados incorrectos son atribuidos entre elementos internos y externos.

**Palabras clave:** TDAH, niños, adolescentes, autopercepciones, autoconcepto, autoestima.

## **1. AGRADECIMIENTOS**

Me gustaría reflejar por escrito lo agradecida que estoy con todas las personas que han estado ayudándome y apoyándome durante todo este tiempo para que este trabajo saliera adelante.

A mi tutor/director del trabajo fin de grado, D. Santos Orejudo Hernández, quien ha estado desde el primer momento guiándome, aconsejándome, resolviéndome cada una de las dudas que me iban surgiendo y sobre todo apoyándome y dándome ánimos para que siguiera adelante en los momentos de más presión y agobio.

A D. Óscar Aranaz Miranda a quien le debo la entrevista, ya que gracias a su testimonio he podido trasladar la fundamentación teórica del trabajo a un caso práctico y real.

A mi familia y amigos, concretamente a D. Silvia Moreno Latorre, D. Sheila Carazo Espés y D. Pilar Cucalón Isiegas, quienes me han mostrado su apoyo y ayuda en los peores momentos de esta larga etapa, a pesar de que pareciera que nunca iba a llegar al final.

En definitiva, gracias a cada una de las personas que han estado a mi lado mostrándome su apoyo incondicional en este duro y largo trabajo.

## 2. PRESENTACIÓN

“¡Es un niño muy movido!”, “¡no para quieto!”, “no sigue las explicaciones”, “es incapaz de permanecer sentado en la silla mientras hace los deberes”, “siempre interrumpe a sus compañeros”... son expresiones con las que padres y profesores me han llegado a describir en multitud de ocasiones a niños y adolescentes que sufren el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

El TDAH es uno de los trastornos de comportamiento infantil más frecuente. Oscila la prevalencia global de este trastorno en torno a un 3-7% (DSM-IV- TR, APA 2001), aunque se ve alterada según las fuentes de información utilizadas (profesores, padres...), de los métodos de evaluación (entrevistas, observación...), de la utilización de unos criterios u otros (según el DSM o la CIE), del nivel socioeconómico, sexo, edad, etc. Según la CIE (OMS, 1995) la prevalencia oscila en torno a un 1-2%. Según el DSM- IV- TR (APA, 2000) la prevalencia de este trastorno es de un 3 y 5% en los niños de edad escolar, siendo los datos en la adolescencia y vida adulta imprecisos. Este trastorno es más frecuente en varones que en mujeres. Según el DSM- IV- TR (APA, 2000) las proporciones oscilan entre 4:1 y 9:1 (según si la población es general o clínica). La prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, según Barkley (1998) se mantiene a lo largo del desarrollo más o menos constante, pero a medida que los niños van creciendo, los síntomas son menos notables y se estabilizan conforme se alcanza la adolescencia y la edad adulta. “Murphy y Barkley (1996) estiman que entre el 4 y el 5% de la población adulta puede presentar un TDAH” (Amador & Forns, 2001, p. 8). Además, como refleja el DSM- IV- TR (APA,2000) este trastorno es más frecuente en niños en los que familiares biológicos en primer grado presentan TDAH, y en niños en los que miembros de su familia presentan trastornos del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno del aprendizaje, trastornos relacionados con sustancias y trastorno antisocial de la personalidad.

El autoconcepto y la autoestima son dos percepciones que tienen las personas, y se van desarrollándose y evolucionando en relación a la edad, independientemente de los trastornos que el sujeto pueda presentar. No obstante, el autoconcepto y la autoestima pueden verse influenciados según el tipo de trastorno.

Desde que un sujeto nace hasta la adultez, va formando una imagen de sí mismo que va dependiendo de diferentes factores en función de la etapa. Se comienza creando el autoconcepto a partir de la imagen corporal, cuando distingue su cuerpo de lo externo. El comienzo del lenguaje y la progresiva autonomía en sus comportamientos ayuda a ir creando esa concepción de sí mismo. Ésta se afianza a partir de que el sujeto identifica la existencia de dos sexos, y su pertenencia a uno de ellos. Se sigue formando con la entrada del niño al colegio y en la adolescencia ya son capaces de autodescribirse a partir de su personalidad, ideologías, creencias, valores... (Cardenal, 1999; Palacios, 1999). Al mismo tiempo que se va construyendo la concepción de sí mismo, se desarrolla la autoestima. Aquella que en los primeros años es muy irreal y elevada, pasando en la etapa escolar a ser más realista y a aumentar/disminuir según el ámbito y en la adolescencia se produce un descenso debido a los cambios tan buscados que se ocasionan en la pubertad (Palacios. 1999).

En general, a los niños y adolescentes con este trastorno se les asocia un autoconcepto y autoestima más bajo en comparación a sus iguales. Varios estudios demuestran que los niños con TDAH se valoran a sí mismos más negativamente que los niños de su misma edad. Mas del 50% de sujetos con este trastorno tienen problemas emocionales como inseguridad, sentimientos depresivos o baja autoestima (Mena & Tort, 2001). Según los datos que recogió Molina (2013) en su artículo, hay tanto estudios que sí que informan que los niños con TDAH tienden a presentar autopercepciones más negativas que los sujetos sin TDAH como otros estudios en los que no se encontraron diferencias en las autopercepciones de ambos grupos de niños. Frente a las contradicciones, llevó a cabo un estudio con otros grupos (niños de 6-12 años) en el que los resultados fueron que los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad tienden a sobrestimar sus competencias en relación a la percepción de sus padres y docentes. Presentan un sesgo positivo ilusorio (SPI) en sus autopercepciones, lo que significa que tienen una tendencia a sobrevalorar sus capacidades, produciendo una discrepancia entre las competencias que ellos informan con las competencias reales. Este alto nivel de autopercepciones son mostrados en niños de poca edad, con un Coeficiente intelectual más bajo, con mayores síntomas de hiperactividad y e inatención. Otros factores como los problemas de conducta, síntomas depresivos, déficits en funciones ejecutivas... hacen que ese sesgo ilusorio presentado

por los niños con TDAH sea más alto o más bajo. Concretamente, relacionado con las falles en las funciones ejecutivas asociadas a este trastorno, el nivel de autopercepciones presentando por los sujetos es más alto cumpliendo la función de autoprotección frente a sus habituales fracasos. La depresión también está muy vinculada con el nivel de autopercepciones de estos sujetos. En ocasiones, hay niños que muestran un sesgo ilusorio positivo como protector ante los síntomas depresivos, y en otros casos su autoconcepto presenta un nivel inferior en comparación a sus iguales y es cuando aparecen los síntomas depresivos (McQuade, Hoza, Waschbusch, Murray-Close y Owens, 2011).

### **3. INTRODUCCIÓN**

El trabajo que se expone a continuación, tiene como propósito profundizar en el conocimiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes. Más concretamente, interesa conocer cómo es su autoconcepto y su autoestima.

El siguiente trabajo realiza una revisión sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el autoconcepto y la autoestima a partir de la bibliografía existente, siguiendo con la explicación de la relación que hay entre ambos conceptos (TDHA y autoconcepto y autoestima). Para corroborar toda la base teórica se pone un ejemplo sobre un caso práctico de un niño con este trastorno, explicando cómo es su autoconcepto y autoestima a través de las conclusiones que se extraen de la entrevista realizada al padre. Y finalmente, el trabajo termina con las conclusiones globales que se establecen a raíz de toda la información recabada. Concretamente, en el apartado del desarrollo, se ha visto necesario comenzar con una explicación más profunda del TDAH pretendiendo dejar más claro los aspectos más relevantes de este trastorno para posteriormente hablar de qué es el autoconcepto y la autoestima, cómo son en las diferentes edades y así finalizar este apartado con la relación de ambas partes, el TDAH y su autoconcepto y autoestima. Para llegar a este planteamiento y desarrollarlo, se ha hecho una profunda búsqueda bibliográfica de artículos en base de datos como



DIALNET, PSICODOC, SCIENCE DIRECT, y libros y de los cuales se ha optado por aquellos que se han considerado que aportaban la información que se estaba buscando, eligiendo varias fuentes para comparar y contrastar los datos. En relación al apartado más práctico, la entrevista a un padre cuyo hijo padece déficit de atención con hiperactividad, se ha planteado con el objetivo de obtener información tanto del TDAH, autoconcepto y autoestima de su hijo como de su experiencia y vivencia como padre de un niño diagnosticado con este trastorno. Es una entrevista semiestructurada ya que se realizaron preguntas que en un principio no estaban en el guión pero que se hicieron para mayor aclaración.

En referencia a la elección del tema, el trabajo de fin de grado es una oportunidad que permite conocer y profundizar en temas que son de nuestro interés, tanto personal como profesionalmente. Es por ello, que pensando en el futuro como maestra en Educación Primaria, maestra en Audición y Lenguaje y Pedagogía Terapéutica y voluntaria en una asociación aragonesa sobre el TDAH y la dislexia “Disperza”, la elección fue que el trabajo de fin de grado tratara la temática del autoconcepto y la autoestima de los niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. La elección en este tipo de trastorno, aparte de la colaboración en una asociación sobre el TDAH, se debe a que es un tipo de trastorno con una prevalencia alta en las aulas, por lo que las probabilidades de que en un futuro trabaje con estos niños son más elevadas. Y que este trabajo se centre en el autoconcepto y la autoestima se debe a que considero que ambos conceptos son esencialmente importantes en el desarrollo de las personas, es decir, según cómo sea el autoconcepto y la autoestima de las personas, su ámbito social, personal y emocional se verá influenciado positiva o negativamente. Es por ello que el objetivo del presente trabajo es conocer cómo es en los niños y adolescentes con TDAH el autoconcepto y autoestima. Por tanto, es necesario tener una buena base teórica para formarse como docente, ya que los maestros se convierten en agentes claves para el desarrollo personal y los aprendizajes de estos niños. Tienen un papel fundamental en la prevención de este tipo de dificultades y en la mejora de las mismas dado que gestionan los procesos de enseñanza- aprendizaje y la interacción de estos niños con sus iguales.

## **4. DESARROLLO**

### **4.1. ¿Qué es el TDAH?**

#### **4.1.1. Concepto**

El concepto de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) apareció por primera vez como una categoría diagnóstica en el año 1967 en la octava edición de la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-8) con el nombre de síndrome hiperkinético de la infancia y un año más tarde, en 1968 fue recogido en la segunda edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-II) como reacción hiperquinética de la infancia o adolescencia.

A lo largo de la historia, este trastorno ha recibido diversas denominaciones tanto por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en la CIE como por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el DMS, sin llegar a una denominación y clasificación común. Después de pasar por diferentes denominaciones y subtipos, actualmente la APA en la CIE-10 (1992) lo nombró como trastorno hiperkinéticos y la OMS en el DSM-IV-TR (2000) como trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Se puede explicar el TDAH como un trastorno de origen neurobiológico con un gran componente genético que se inicia en la edad infantil y se define como la incapacidad para controlar la actividad y la atención al nivel esperado para la edad del sujeto. Los sujetos que padecen este trastorno presentan alteraciones en las funciones ejecutivas llevándoles a tener problemas en la planificación y organización, alteraciones comportamentales y socioemocionales (Ramírez, 2011).

En muchas ocasiones, sujetos con este trastorno son confundidos con simples niños revoltosos porque presentan malos comportamientos, trastornos de aprendizaje, de ansiedad, afectivos... pero realmente el TDAH es un algo más, el principal problema de las personas que sufren este trastorno recae en sus dificultades de autocontrol, en la falta de concentración y los problemas que todo ello causa en el rendimiento escolar.

Todos los sujetos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad no lo sufren con la misma intensidad y no padecen los mismos síntomas, por lo que tratar al

sujeto de manera individualizada adaptando las estrategias de trabajo y el tratamiento a sus características y necesidades es primordial porque no con todos los tratamientos se obtienen resultados positivos con todos los sujetos, si no que cada uno necesita el suyo personalizado en función de sus características.

#### **4.1.2. Características**

Todos los sujetos que padecen el trastorno por déficit de atención con hiperactividad no presentan las mismas características, las dificultades de hiperactividad, impulsividad y falta de atención son rasgos comunes. Junto a ellas, otras características muy relevantes pero que no tiene por qué cumplir todos los niños y adolescentes diagnosticados con TDAH son: en relación a los comportamientos físicos: tiene dificultades para quedarse sentados o quietos, hacen ruidos, cantan, silban... En cuando a los comportamientos cognitivos: tienen problemas en la autorregulación de la conducta, problemas para seguir las órdenes e instrucciones que les dan, dificultad cognitiva para parar y pensar antes de actuar, no tienen la suficiente capacidad de adaptación a situaciones nuevas, etc. Con respecto a los comportamientos relacionados con la enseñanza: son sujetos que empiezan una actividad sin haber terminado la anterior, cambiando con mayor frecuencia que sus iguales, pueden hacer preguntas que no tengan nada que ver con lo que se está tratando en clase y dar respuestas inesperadas sin esperar su turno de palabra, son muy desorganizados, se distraen con facilidad cuando las tareas no son interesantes, etc. Como comportamientos sociales: pueden mostrarse “mandón” con otros niños, ignorar a los demás o simplemente alejarse durante una conversación, interrumpir conversaciones, juegos y actividades de otros, no cumplir las normas establecidas... Y por último, en relación a los comportamientos emocionales: en ocasiones tienen repentinos y drásticos cambios de humor, su autoconcepto es negativo, se frustran fácilmente, son personas a las que se les puede herir sus sentimientos con facilidad, pueden llegar a mostrarse agresivos al sentirse rechazados o incluso por impotencia... (Ramírez, 2011)

Junto a estas características que pueden presentar sujetos con TDAH, se puede hacer otra clasificación sobre las características específicas en función de las diferentes etapas educativas: (Departamento de Educación del Gobierno de Navarra, 2012) (Ver ANEXO I)

No hay que centrarse solo en los aspectos que dificultan el aprendizaje de estos niños, sino también en los positivos, ya que estos sujetos pueden poseer características como la hiperconcentración, lo que permite a estos niños abstraerse y concentrarse en la realización de una actividad cuando es lo suficientemente atractiva o de interés y conseguir realizar cualquier cosa que se propongan, aunque conforme pasa el tiempo es posible que ese interés vaya decayendo. También, son creativos al ser espíritus libres y apasionados. El exceso de motricidad no solo hay que verlo como un aspecto negativo, si no que en ocasiones les permite ser hábiles en algunos deportes si se les enseña a canalizarla. Y por último, son personas que se llevan bien con niños menores y saben cuidarlos, son espontáneas, cariñosas, sinceras y se interesan por las cosas novedosas (Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación para el Profesorado, Intef 2012).

## **4.2. ¿Qué causa el TDAH?**

### **4.2.1. Causas**

Explicar cuáles son las causas del TDAH es una tarea complicada, ya que a pesar de que se ha avanzado mucho en los últimos tiempos, no existe una total certeza sobre éstas que sin duda alguna son múltiples.

Según diversas fuentes existen diferentes categorizaciones sobre las posibles causas, por ejemplo Macià (2012) las divide en factores biológicos y factores psicosociales. Lavigne y Romero (2010) las clasifican en explicaciones basadas en la anatomía cerebral y en su funcionamiento, explicaciones basadas en la genética, explicaciones basadas en la química del cerebro, explicaciones basadas en la psicología del TDAH y en otras explicaciones.

En este trabajo se van a dividir las causas en: causas anatómicas- fisiológicas, causas neurológicas, causas prenatales y perinatales, causas genéticas, causas ambientales y psicológicas y otras causas.

En cuanto a las causas anatómicas- fisiológicas, Quintero et al. (2009) consideraron desde una perspectiva estructural, que los niños con TDAH tienen algunas partes del cerebro con un tamaño más pequeño que niños de la misma edad sin TDAH.

Junto con las causas anteriores, también hay investigaciones que han estudiado si el TDAH puede deberse a causas neurológicas como el retraso mental. Hay hipótesis que relacionan los daños cerebrales con las conductas hiperactivas, pero al ser las consecuencias de los daños cerebrales inespecíficas no se puede llegar a averiguar si existe esa relación (Gargallo, 2005).

Como causas prenatales y perinatales se consideran la prematuridad y el bajo peso al nacer del bebé, anoxias o infecciones neonatales (problemas asociados a múltiples complicaciones como el retraso mental, retraso del desarrollo motor, del lenguaje o del aprendizaje), el consumo de sustancias (tabaco y alcohol) y estrés por parte de la madre durante el embarazo. Existe el síndrome de alcoholismo fetal que conlleva que un 30% de los sujetos que lo padecen desarrollen hiperactividad, además de anomalías faciales (cabeza pequeña), problemas cardíacos, distorsiones articulares, bajo peso al nacer, retraso en el crecimiento y en el desarrollo motor (Gargallo, 2005).

En relación a las causas genéticas, estas tienen una gran importancia y se expresan siempre en interacción con el ambiente, lo que significa que el ambiente es quien condiciona que los síntomas tengan un peor o mejor pronóstico. Diversos estudios han comprobado que los padres de sujetos con TDAH tienen una mayor prevalencia (entre dos y ocho veces) mayor de tener TDAH, al igual que ocurre con hermanos de niños con TDAH. Más específicamente, según los estudios tiene mayor riesgo de padecer este trastorno entre familiares relacionados biológicamente que los niños adoptados. “Faraone et al. (2005) concluyen que la herencia estimada en el TDAH se sitúa en torno a un 75%” (Lavigne y Romero, (2010); p.15) En relación a estudios realizados con gemelos, se llegó a la conclusión de que hay más prevalencia de presentar TDAH en gemelos monocigóticos que en dicigóticos (Lavigne y Romero, 2010).

Otro tipo de causas que se consideran en este trastorno son las causas ambientales y psicológicas. Cuando la situación socioeconómica familiar es más desfavorable se ha comprobado que hay más problemas de hiperactividad, peor rendimientos en pruebas de

ejecución, déficit en autoestima, conductas antisociales o violación de normas. No es considerada la situación socioeconómica familiar la causa como tal, sino las influencias que se transmiten a través del entorno, como por ejemplo el uso de métodos extremos (castigos y refuerzo) para generar comportamientos deseables, las normas rígidas y persistentes... Los padres con niños hiperactivos suelen usar más los castigos, son más pesimistas sobre la conducta de sus hijos y sobre sus capacidades intelectuales, participan menos en el aprendizaje y ejercen menos presión sobre los resultados académicos, lo que lleva a que el ambiente familiar no sea el más adecuado consiguiendo que las conductas de los sujetos vayan empeorando. Pero no solo el papel de la familia puede repercutir en este trastorno, sino también el papel de los propios educadores. Además, un retraso mental en los padres hace que aumenten los síntomas de TDAH (Gargallo, 2005).

Y por último, las otras posibles causas sobre el TDAH están en relación con alteraciones bioquímicas o con la dieta alimenticia ya que algunos estudios defienden que ingerir depende que alimentos que contienen colorantes y conservantes puede aumentar el comportamiento hiperactivo (Lavigne y Romero, 2010).

#### **4.2.2. Factores de riesgo**

Desde los 0 hasta los 5 años de edad de los sujetos pueden aparecer factores de riesgo que hacen pensar que un niño padece trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Los factores de riesgo son diferentes en función del momento en el que el sujeto se encuentre. Lavigne y Romero (2010) exponen una serie de síntomas que pueden llevar a pensar en la presencia de TDAH en niños de 0 a 5 años de edad, algunos de ellos son: en la etapa de la lactancia, los bebés suelen mostrarse insaciables, irritados... en la etapa de la lactancia a los 2 años pueden mostrar retrasos en el desarrollo motor (tarda más en andar, es rápido, impulsivo y más torpe a nivel motor que otros niños de su misma edad), retraso en el desarrollo del lenguaje, incapacidad de realizar tareas habituales sin estarse quieto y sin intentar hacer otras cosas al mismo tiempo (vestirse, comer...), atienden a los objetos o juguetes durante períodos de tiempo muy cortos, etc. y desde la etapa de 2 a 5 años, los sujetos pueden presentar dificultades para relacionarse con los demás, excesiva desatención, problemas para adaptarse a los cambios (inadaptación a la guardería o escuela infantil), incapacidad de prever las consecuencias de sus actos, de tal modo que dan la impresión de no aprender de una vez para otra, etc.

Junto a estos factores de riesgo, puede añadirse un entorno familiar inadecuado (problemas económicos, bajo nivel educativo, problemas psicológicos en los padres, presencia de un estilo educativo negativo, autoritario...) que hace que la persistencia del trastorno se agudice pero no significa que sean los responsables de la aparición del mismo. (Lavigne y Romero, 2010)

### **4.3. Diagnóstico**

El diagnóstico puede ser establecido por un profesional del campo de la Medicina (neuropediatra y psiquiatra) como del campo de la Psicología (psicólogo clínico y neuropsicólogo). Para llevarlo a cabo el profesional recaba información que le facilita los padres, profesores y el propio niño, información que compara con otros niños de la misma edad. Puede utilizar diferentes cuestionarios, test y entrevistas con los padres, maestros y el niño.

Cuando se realiza un diagnóstico a un sujeto, sean cual sean las sospechas del trastorno que muestra, siempre se ha de tener en cuenta la edad y sexo del sujeto porque en función de éstos, se espera que el sujeto presente una serie de síntomas para ser diagnosticado. Concretamente, con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad es importante la edad y el sexo ya que no se presentan con la misma intensidad los síntomas de desatención e hiperactividad- impulsividad en edad preescolar, infancia y adolescencia. Los síntomas de desatención e hiperactividad-impulsividad tienen un patrón evolutivo totalmente diferente. Los síntomas de desatención son menos frecuentes en edad preescolar y aumentan en la infancia y la adolescencia, mientras que los síntomas de hiperactividad- impulsividad se mantienen estables durante la edad preescolar y primaria descendiendo en la preadolescencia y adolescencia (Amador & Forns., 2001). En los ensayos de campo del DMS-IV según Barkley (1995) en edad preescolar predomina el trastorno de tipo hiperactivo- impulsivo, en educación primaria el de tipo combinado y en la adolescencia el tipo con predominio del déficit de atención.

Para realizar el diagnóstico, existen dos sistemas categoriales como el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) establecido por la Asociación Americana de Psiquiatría o la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud, que proporcionan unos criterios diagnósticos y una

agrupación de síntomas, los cuales permiten a los profesionales tomar como referencia una serie de criterios para realizar el diagnóstico y tratamiento de cualquier trastorno. Junto a estos dos sistemas categoriales, se ha editado la 5ª edición del DSM, aunque se hará hincapié en el DMS-IV.

Si tomamos como referencia la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DMS-IV- TR, APA 2000), en el apartado de Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, se establece un subapartado con el título de Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador el cual se subdivide en el trastorno que estamos hablando, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), y dos trastornos más, el trastorno disocial (TD) y el trastorno negativita desafiante (TND). Dentro de la categoría trastorno por déficit de atención con hiperactividad, se distinguen tres subtipos:

- TDAH, con predominio de déficit de atención (TDAH-DA)
- TDAH, con predominio hiperactivo- impulsivo (TDAH-HI)
- TDAH de tipo combinado (TDAH-C)

Existe otra categoría, el TDAH no especificado que se reserva para trastornos que presentan los síntomas del tipo desatencional o de hiperactividad/ impulsividad pero que no cumplen los criterios de TDAH.

Según el DSM- IV-TR (APA 2000), existen una serie de características diagnósticas que deben de cumplirse para diagnosticar a un niño/a con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Un primer criterio (Criterio A) es que la característica esencial de este trastorno es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad- impulsividad que es más frecuente y grave que el que se puede observar habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Otro criterio (Criterio B) es que algunos síntomas de hiperactividad- impulsividad o de desatención que causan problemas pueden que hayan aparecido antes de los 7 años de edad. Pero sin embargo, diversos sujetos son diagnosticados habiendo estado presentes los síntomas durante varios años. También es necesario que algún problema relacionado con los síntomas se produzca por lo menos en dos situaciones (por ejemplo en casa y en la escuela, o en casa y en el trabajo) (Criterio C). Además, tienen que haber pruebas claras de



interferencia en la actividad social, académica o laboral propia del nivel de desarrollo. Y como último criterio (Criterio E), el trastorno no aparece exclusivamente en el desarrollo de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia y otro trastorno psicótico, del mismo modo que no es explicado mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo el trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno de la personalidad o trastorno disociativo).

En relación con el Criterio A, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad incluye dos agrupaciones de síntomas, (A1) síntomas de falta de atención y (A2) síntomas de hiperactividad- impulsividad. (Ver ANEXO II)

Según los síntomas que manifieste el sujeto, presentara uno de los subtipos de TDAH nombrados anteriormente: si cumple el criterio A1 y no el A2 durante los últimos 6 meses manifestara un trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio de déficit de atención; si cumple el criterio A2 y no el A1 durante los últimos 6 meses manifestara un trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo- impulsivo y si cumple los criterios A1y A2 durante los últimos 6 meses manifestara un trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado. (DSM-IV-TR, APA, 2000)

Se da la posibilidad en algunos sujetos que han presentado en un primer momento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad el tipo con predominio de déficit de atención o hiperactivo- impulsivo lleguen a desarrollar el tipo combinado y viceversa. Si ocurre, se indica en el diagnóstico actual el subtipo que ha predominado durante los últimos 6 meses. En el caso de que se mantengan síntomas clínicamente significativos pero sin cumplirse los criterios de ninguno de los subtipos, el diagnóstico que se considera más apropiado es el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en remisión parcial. Y cuando los síntomas del sujeto no cumplen todos los criterios del trastorno actualmente y con anterioridad, se diagnostica un trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado. (DSM-IV-TR, APA, 2000)

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud es otro sistema de categorización que ofrece unos criterios diagnósticos, al igual que el DSM. Tomando como referencia la Clasificación

internacional de enfermedades (CIE-10) dentro del apartado 5º, Desórdenes mentales, aparece el grupo de Trastorno emocionales y del comportamiento en la infancia y la adolescencia dentro del cual se establece el apartado de los Trastornos hipercinéticos que incluye 4 subtipos distinguiéndose por el predominio de alguno de los síntomas como la hiperactividad, la impulsividad, la intención y las conductas disruptivas o problemas de conducta: trastorno de la actividad y de la atención, trastorno hipercinético disocial, otros trastornos hipercinéticos y trastornos hipercinético no especificado.

Para que a un sujeto se le diagnostique trastorno hipercinético del subtipo trastorno de la actividad y la atención según la CIE-10, los síntomas deben darse antes de los 7 años de edad, los criterios deben cumplirse en más de una situación ambiental, los síntomas de la hiperactividad, impulsividad y déficit de atención tienen que ocasionar malestar clínicamente significativo o alterar el rendimiento académico, laborar o social y no cumple los criterios para trastornos generalizado del desarrollo, episodios maniáticos, episodio depresivo o trastorno de ansiedad. Además, para que un sujeto sea diagnosticado con este trastorno siguiendo los criterios de la CIE-10 debe de presentar al menos seis síntomas de inatención, al menos tres de hiperactividad y por lo menos uno de impulsividad. (Ver ANEXO III)

A pesar de los desacuerdos existentes entre la APA y la OMS sobre los criterios diagnósticos de trastorno hiperactivo, después de más de tres décadas se ha llegado a un acercamiento coincidiendo en el DSM IV y la CIE-10 en los mismos síntomas aunque variando el peso que se dan a los distintos síntomas primarios y a la agrupación en subtipos diagnósticos, pero sin llegar a utilizar el mismo término (trastorno por déficit de atención con hiperactividad por la APA y trastorno hipercinético por la OMS). Además, la Asociación Psiquiátrica Americana clasifica el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el trastorno disocial como dos trastornos distintos, mientras la Organización Mundial de la Salud mantiene un subtipo de niños hipercinéticos con trastornos de conducta disocial. En (ANEXO IV) se puede ver las similitudes y diferencias entre el DMS-IV y la CIE.10 (Amador y Forns, 2001, p. 11):

## **4.4. Repercusiones y comorbilidad**

### **4.4.1. Repercusiones**

El TDAH genera grandes secuelas que provoca que estos niños tengan problemas en los distintos ámbitos (escuela, familia y social). Las dificultades conductuales y las académicas sobresalen en estas personas, debido a que por sus características tienen problemas para adaptarse a un nuevo entorno, como es la escuela. Es por ello, que en diversas ocasiones se ven en estos niños conductas de comportamiento inadecuadas que aparecen por la disfunción de aquellas habilidades cognitivas y ejecutivas que desarrollan las áreas cerebrales afectadas. Es decir, ante estas dificultades ocasionadas por sus funciones ejecutivas, los niños con TDAH ven afectado su capacidad para responder de manera adaptativa al entorno (Intef, 2012).

En relación a las funciones cognoscitivas y ejecutivas en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, Yáñez et. al. (2012) llevaron a cabo un estudio en el que evaluaron estas funciones en los niños con este trastorno. Para ello, seleccionaron a dos grupos de niños (Grupo de niños con TDAH subtipo hiperactivo- impulsivo y combinado (TDAH/HI-C) y grupo de niños controles normales (CN)) entre los 7-12 años de edad. Los resultados determinaron que las características que distinguen a los niños TDAH/HI-C con un coeficiente intelectual normal de los niños CN son un menor rendimiento en tareas de atención sostenida, un mayor número de errores y mayor tiempo de ejecución en tareas de denominación serial rápido de figuras y colores, mayor número de errores en el dictado de palabras y en la comprensión de órdenes orales y escritas (se obtuvieron cifras significativas solo en las órdenes escritas). En cuanto a la memoria, tuvieron problemas en la memoria visual y en la memoria a largo plazo. Además, presentaron deficiencias en las tareas aritméticas de comparación de números y en solución de problemas, que podrían asociarse a problemas de atención y de memoria de trabajo, debido a que no se observaron diferencias significativas en cálculo oral y escrito. Sobre las funciones ejecutivas (FE), solo se obtuvieron diferencias significativas en la flexibilidad cognoscitiva, por lo que no se puede afirmar de modo general que las deficiencias en FE son las que determina los problemas de impulsividad e hiperactividad en estos niños, si no que pueden ser debidas a deficiencias en el razonamiento abstracto, a la flexibilidad cognitiva.

El lenguaje repercute tanto en el ámbito académico con social de estos niños, en el cual muestran grandes dificultades. Según el estudio de Ygual, Miranda y Cervera (2000), llevado a cabo con niños entre los 5 y 12 años, los sujetos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad presentan dificultades tanto en aspectos de forma como de contenido del lenguaje. En cuanto a los aspectos de forma, parece que suelen disminuir con el tiempo ya que según los datos de este estudio se ven menos errores en niños más mayores. Estas dificultades junto con las que se observaron en conciencia fonológica influyen negativamente en los aprendizajes escolares, sobretodo en lecto- escritura. Que estos sujetos tengan dificultades en la capacidad atencional hace que presenten problemas en los aspectos fonético- fonológicos. En relación a los aspectos de procesamiento del contenido del lenguaje, éstos son más persistentes, presentando mayores problemas no en la comprensión y expresión del vocabulario, si no cuando se les pide que operen con esos significados. Se muestran peores resultados en relación al lenguaje en los sujetos que muestra TDAH inatento que los que presentan TDAH combinado.

Las dificultades sociales es otro ámbito que se ve afectado en niños y adolescentes con TDAH, pero no significa que todos tengan dificultades sociales, ya que algunos de ellos cuentan con número de amistades. Sí que es verdad, que estos problemas predominan más en los niños y adolescentes con un TDAH predominante hiperactivo- impulsivo. Según indicadores sociométricos entre un 50-75 por 100 de las personas con este trastorno pueden llegar a tener problemas a la hora de relacionarse, siendo rechazados por sus compañeros (Fernández et. al. 2011). La presencia de estas dificultades se debe a los síntomas del propio trastorno: hiperactividad, impulsividad, inatención, escasa flexibilidad, memoria de trabajo alterada... dificultando la asimilación y generalización de las normas, provocando no situaciones de juego y convivencia. El no reconocer las emociones ajenas y no manejar las suyas propias, les provocan reacciones exageradas en situaciones como salir al recreo, ir a un cumpleaños, etc. aumentando así las dificultades para relacionarse con sus iguales. Además, el no ser capaces de reconocer su culpa en las discusiones, no ser conscientes de que por ejemplo su conducta ha sido excesivamente autoritaria, les perjudica también para relacionarse con los demás (Intef, 2012).

Junto a los ámbitos anteriores, el emocional también se ve afectado. Las personas con TDAH pueden tener problemas para interiorizar y controlar la intensidad de sus emociones, las manifiestan al exterior con más intensidad y duración que sus iguales. Las dificultades emocionales que sufren (incapacidad para automotivarse, déficit de autorregulación emocional, su baja tolerancia a la frustración, etc.) les lleva a una vida llena de frustraciones y castigos junto con la continua crítica y valoración negativa que reciben de los demás, provocándoles así un pobre autoconcepto, una autoestima baja, un mal ajuste social y personal, depresión o ansiedad (Intef, 2012).

#### **4.4.2. Comorbilidad**

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es considerado un trastorno con una alta comorbilidad, más de 50 por 100 de niños con TDAH presentan otros problemas de conducta y/o emocionales. De los trastornos más relacionados con el TDAH son: trastorno disocial, trastorno oposicionista desafiante, trastorno de aprendizaje, trastornos de lenguaje, trastorno de ansiedad o depresión, trastorno de los estados del ánimo, abuso de alcohol, abuso de drogas ilegales, trastornos de tics y trastorno de la personalidad. Las cifras varían en función de la población estudiada (niños, adolescentes, adultos), ya que por ejemplo el abuso de drogas y alcohol es más frecuente en adolescentes y adultos, el tiempo de inicio del tratamiento, etc. (Maciá, 2012).

El trastorno oposicionista desafiante se caracteriza por un patrón negativista, hostil, desobediente y desafiante dirigido a las figuras de autoridad, comenzando primero en el ambiente familiar y poco a poco se generaliza a otros ambientes y el disocial es un problema clínico en el que las conductas agresivas, robos, provocación de incendios e incumplimiento de las normas son habituales tanto en la infancia como en la adolescencia. Ambos son los trastornos más asociados al TDAH. Barkley et. al. (1990) encontraron que el 59 por 100 de los adolescentes con TDAH presentaban también el trastorno oposicionista desafiante y un 43 por 100 trastorno disocial. En relación a estos trastornos, varios investigadores han considerado que el TDAH es un factor de riesgo para la aparición de estos comportamientos perturbadores y no al revés, por lo que una intervención adecuada y a tiempo para el TDAH puede prevenir la aparición de esos trastornos del comportamiento. Cuando se asocia tanto al TDAH un

trastorno de comportamiento o al revés, el pronóstico empeora en ambos casos (Maciá, 2012).

El trastorno de aprendizaje y el TDAH presentan síntomas comunes como la falta de motivación, los problemas de concentración, impulsividad... Es una tarea difícil el establecer si los problemas en el aprendizaje que presenta un niño es un problema comórbido con el TDAH, por lo que el diagnóstico diferencial es muy importante para elaborar una estrategia de intervención adecuada. Los niños con TDAH tienen problemas en el aprendizaje escolar derivado de sus dificultades de intención e hiperactividad, y un gran porcentaje de estos niños (25-50 por 100) presentan algún trastorno específico de aprendizaje, como dislexia, disgrafía y discalculia. Del mismo modo, puede ser que la intención y la hiperactividad sean secundarias a un trastorno de aprendizaje (Maciá, 2012).

La comorbilidad entre el TDAH y los trastornos del lenguaje es muy alta según indican varios estudios, llegando incluso en ocasiones a ser diagnosticados los niños con trastornos en la adquisición de lenguaje con TDA (trastorno por déficit de atención). Desde un punto de vista más funcional, parece que los sujetos con TDAH no tienen grandes problemas con el lenguaje, ya que son eficaces en la comunicación y más si se les compara con niños que presentan un déficit específico en el desarrollo del lenguaje. Pero, cuando se encuentran ante tareas lingüísticas, el rendimiento es peor que los niños normales ya que estas tareas exigen altos niveles de atención, inhibición, memoria de trabajo y de planificación y organización, aspectos en los que muestran grandes dificultades, por ello su alta comorbilidad (Ygual, Miranda y Cervera, 2000).

Artigas- Pallarés (2003) establece que la comorbilidad del TDAH con depresión es de un 15- 30 por 100 y con ansiedad alrededor de un 20-25 por 100, siendo los trastornos de ansiedad más frecuentes al TDAH subtipo de predominio inatento el de ansiedad generalizada y el de ansiedad de separación. Maciá (2012) defiende que es muy difícil llevar a cabo un diagnóstico diferencial entre ambos trastornos ya que los niños con este trastorno tienen una baja autoestima, sentimientos de inferioridad y por tanto aparecen sentimientos depresivos o comportamientos ansiosos. También, es complicado establecer si un niño presenta algunos de los síntomas del TDAH (inatención) como consecuencia de un problema ansioso o depresivo. Y los niños con trastorno por déficit de atención con

hiperactividad y un trastorno de ansiedad no suelen ser hiperactivos ni mostrar comportamientos disruptivos, tienen una autoestima más baja y pero rendimiento escolar y social. Los niños con ambos trastornos (TDAH y ansiedad) muestran síntomas como preocupación excesiva por su competencia en determinadas áreas, preocupación por lo apropiado o no del comportamiento que han tenido en el pasado... Los niños con ambos trastornos tienen más problemas para adaptarse al ámbito escolar, social y familiar que aquellos que solo son diagnosticados con TDAH. (Lavigne y Romero, 2010).

El trastorno de la Tourette, basado en tics motores (muecas con la cara, abrir la boca, parpadear...) y vocales (carraspear, oler, gritar, escupir...) que aparecen varias veces al día casi cada día o indeterminadamente durante un año o más es otro trastorno relacionado con el TDAH. Los primeros síntomas de este trastorno coinciden con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (déficit de atención, falta de concentración, excesiva actividad motora...), incluso hay autores que llegan a definir el trastorno de Gilles de la Tourette como un TDAH con tics (Lavigne y Romero, 2010).

#### **4.5. ¿Cómo se evalúa el TDAH?**

El proceso de evaluación es llevado a cabo ante una determinada demanda de los padres o maestros del niño. En el caso de los sujetos con TDAH, a pesar de que hay síntomas presentes antes de los 6 años, es con la entrada al colegio y con el aumento del nivel de exigencia cuando los síntomas se hacen más evidentes y es por ello que tanto los padres como los maestros buscan una evaluación que explique el por qué de esos síntomas (Maciá, 2012).

La evaluación ha de ser un proceso multidisciplinar en el que participa diversos profesionales (psicólogo, pediatra, docentes...), los padres y el propio niño. La información tanto de los padres como de los maestros es muy importante ya que ambos pasan muchas horas con el sujeto en diferentes situaciones, por lo que los datos que nos aporten de los distintos momentos que pasen con ellos son de gran importancia (Lavigne y Romero, 2010).

Puede llevarse a cabo la evaluación tanto a través de una evaluación psicológica como de una evaluación médica (Lavigne y Romero, 2010; Maciá, 2012).

#### **4.5.1. Evaluación psicológica**

Este proceso consta de una primera fase en la que se recoge información por parte del psicólogo infantil aportada por los padres, maestros y el niño a través de entrevistas no estructuradas en un primer momento, entrevistas semiestructuradas y finalmente estructuradas. Con las entrevistas a padres y profesores se indaga en aspectos ambientales y personales de la vida y problema del sujeto, en las que se hace un recorrido sobre la historia evolutiva del niño (los problemas prenatales, perinatales y postnatales, problemas en el desarrollo evolutivo (motor, cognitivo, social, del lenguaje...), tratamientos médicos o psicológicos recibidos, historia familiar, historia social de la familia, historia escolar, funcionamiento de la vida diaria, historia de los síntomas claves del TDAH y presencia de algún posible trastorno comórbido). Para recoger toda esta información se les puede entregar a los padres y maestros diferentes cuestionarios o escalas de valoración como la Escala Connors revisada para padres y profesores, la escala EDAH Escala de evaluación de trastornos por déficit de atención con hiperactividad (6-12 años), etc. (Maciá, 2012).

Una segunda fase es la verificación de las hipótesis sacadas en la fase anterior a partir de la información previa que ha obtenido el psicólogo de las entrevistas a los padres y profesores. En esta fase, el psicólogo utiliza test psicométricos y otros instrumentos de evaluación para comprobar o rechazar sus hipótesis evaluando la capacidad intelectual (Escala de inteligencia de Weschler para niños), el rendimiento académico y trastornos de aprendizaje (para la lectoescritura el TALE por ejemplo), la atención e impulsividad (para la atención el Test de ejecución continúa por ejemplo y para la reflexividad- impulsividad el Test de emparejamiento de figuras conocidas entre otros posibles), las conductas familiares y escolares (Cuestionario de situaciones en el hogar y Cuestionario de situaciones en la escuela por ejemplo) y la personalidad y adaptación (Test evaluativo multifactorial de adaptación infantil (TAMAI)) (Maciá, 2012).

Y por último, existe una tercera fase que consiste en la observación de la conducta del sujeto y la formulación de hipótesis funcionales, una conducta que se ha definido a partir de la información recogida y que a través de técnicas de observación se va a verificar o no dicha conducta. En el proceso de observación se tiene que tener en cuenta



¿qué observar?, ¿cómo o con qué observar?, ¿quién observa?, ¿cuándo observar? y ¿dónde observar? En relación a ¿qué observar? hay que dejar claras las conductas que son el objetivo de observar. ¿Cómo o con qué observar? se refiere a las técnicas necesarias para el registro y las más utilizadas son las escalas de apreciación y los protocolos observacionales de conducta. La tercera pregunta de este proceso de observación ¿quién observa? puede tener dos posibles respuestas: que la observación sea realizada por profesionales externos o por personas del ambiente natural del sujeto a los cuales se les formará. Es preferible que la observación sea llevada a cabo por personas cercanas al niño ya que la presencia de personas ajenas al sujeto pueden hacer que la conducta de éste sea alterada, y es por ello que generalmente se utilizan a los padres y profesores para que la ejecuten ya que ellos son quienes pasan más tiempo con el niño pudiendo utilizar diversas situaciones en diferentes momentos y tiempos (cuándo observar) y además en su ambiente natural (lugar recomendando para la observación) (Maciá, 2012).

Una vez ya terminada la observación sobre la conducta y se haya verificado o no lo definido con la recogida de información, se llega a la conclusión de un diagnóstico y con éste se establecen los objetivos de intervención y se seleccionan los procedimientos terapéuticos (Maciá, 2012).

#### **4.5.2. Evaluación médica**

En este modelo de evaluación, se deben seguir una serie de recomendaciones o pasos por parte del profesional antes de dar un diagnóstico. El primer paso es “Screening de TDAH”, que consiste en realizar una entrevista a la familia para comprobar si el niño manifiesta síntomas que hacen pensar al profesional en un posible trastorno por déficit de atención con hiperactividad. La entrevista se debe centrar en la descripción de los ítems del TDAH según el DSM.IV-TR (APA, 2000). La siguiente recomendación/paso es que si hay una sospecha de un posible TDAH, se debe continuar con la evaluación a través de entrevistas a los padres profundizando en temas como la historia médica del niño, la historia familiar, la historia social, etc. Para reunir los datos necesarios se pueden realizar algunas escalas como por ejemplo la Escala para la evaluación del desempeño académico (APRS), la Escala- IV de TDAH, la SNAP-IV,

etc. Junto con la entrevista a padres y profesores, se ha de hacer una entrevista con el propio niño, siendo recomendado que a partir de los 8 años de edad la entrevista se lleve a cabo sin la presencia de los padres evitando así que pueda ocultar información que con los padres no contaría. En esta entrevista se recoge información sobre sus relaciones sociales y familiares, su estado de ánimo, consumo de alcohol y drogas, la importancia que le da a la presencia de síntomas de TDAH, presencia de otros trastornos... En el caso de que la historia médica del sujeto sea insuficiente se recomienda realizar otras pruebas neurológicas adicionales para evaluar la presencia del TDAH y también otras pruebas psicológicas en el caso de que los sujetos con TDAH manifiesten dificultades en el aprendizaje u otras dificultades. Y por último, se ha de valorar si este trastorno presenta comorbilidad con otros trastornos como el trastorno disocial, el oposicionista desafiante, etc. (Lavigne y Romero, 2010).

#### **4.6. ¿Cómo se trata el TDAH?**

El proceso de intervención con los niños y adolescentes con TDAH puede ser abordado desde tres modalidades, que son las más efectivas: tratamiento farmacológico, tratamiento no farmacológico y tratamiento combinado de las dos anteriores. Todos ellos abordan los contextos donde los sujetos se desenvuelven (escuela, familia y comunidad) (Jarque, 2012).

##### **4.6.1. Tratamiento farmacológico**

Consiste en dar medicación a los sujetos con este trastorno mayores de 6 años, con el objetivo de controlar y disminuir los síntomas y comportamientos que repercuten tanto en su entorno familiar, social y escolar. Proporcionar a estas personas medicamentos no solo les ayuda a ellos, también se producen cambios positivos en la actitud que toman los padres y profesores con estos sujetos al ver los síntomas reducidos (Miranda, Pastor, Roselló y Mulas, 1996).

En este tratamiento, los fármacos más administrados son los psicoestimulantes, siendo el metilfenidato el más empleado seguido de atomoxetina. Los psicoestimulantes reducen los síntomas de la hiperactividad en el plano conductual, potencia los aspectos de procesamiento cognitivo, consiguen mejoras en tareas académicas como lectura de

palabras, comprensión de textos y problemas de matemáticas. No obstante, también pueden producir efectos adversos como insomnio, pérdida de apetito, náuseas, dolor de cabeza, etc. (Jarque, 2012; Maciá, 2012).

Cuando los sujetos no responden a los psicoestimulantes, se recomienda la administración de antidepresivos para tratar los problemas de conducta, aunque sobre estos últimos no hay muchos trabajos que hayan estudiado su total eficacia (Miranda, Pastor, Roselló y Mulas, 1996).

#### **4.6.2. Tratamiento no farmacológico**

Esta modalidad de intervención consiste en un tratamiento sin fármacos, que se utiliza o bien porque los padres no son partidarios de la medicación, o los medicamentos no han tenido resultado en el paciente o porque son menores de 6 años.

Este tratamiento puede dividirse en dos grupos. Un grupo son las intervenciones psicológicas que se basan en la terapia cognitivo- conductual y las que incluyen terapia de conducta en la que se usa recompensas y reforzamientos positivos como alabanzas, privilegios... pretendiendo que el sujeto cambie determinados aspectos de su conducta y controle mejor su actividad motora, uso de consecuencias negativas como el tiempo fuera también para mejorar aspectos de su conducta o la economía de fichas; entrenamiento para padres con el objetivo de informar a los padres del TDAH y enseñarles a utilizar diferentes técnicas de la terapia conductual pretendiendo que mejore el manejo con sus hijos, que aumente la confianza de ellos y mejore la relación entre ambos; la terapia cognitiva diseñada para ayudar al niño a que desarrolle formas de pensar y comportarse más reflexivas y planificadas y el entrenamiento en habilidades sociales desarrollando todas las conductas y capacidades necesarias para que estos sujetos puedan mantener relaciones sociales con sus iguales. El otro grupo son las intervenciones psicopedagógicas que consisten en un conjunto de prácticas llevadas a cabo en el contexto escolar en relación con el aprendizaje, y que pueden dividirse a nivel académico centradas en el niño pretendiendo mejorar tanto el funcionamiento como el rendimiento escolar a través de sesiones para enseñar competencias académicas o diseñando adaptaciones en las tareas como por ejemplo simplificando las instrucciones que se les dan en clase. O intervenciones a nivel escolar cuyo objetivo es formar a los docentes proporcionándoles los conocimientos

necesarios sobre el TDAH y técnicas conductuales que puedan llevar a la práctica en el aula (Serrano, Guidi y Alda, 2013).

#### **4.6.3. Tratamiento combinado**

Este tratamiento combina las dos modalidades de intervención anteriores, la farmacológica y no farmacológica, ya que con muchos sujetos un tratamiento solo con o sin fármacos no se llega a conseguir los resultados esperados, y por tanto necesitan la combinación de ambos. O también es utilizado en casos donde las cantidades de fármacos que se les da a los sujetos son altas y tampoco se llegan a las expectativas buscadas y se opta por esta tratamiento donde la cantidad de medicación es inferior y con la combinación con intervenciones psicológicas y psicopedagógicas, los resultados obtenidos son mejores (Serrano, Guidi y Alda, 2013).

#### **4.6.4. Recomendaciones a padres y profesionales**

Es imprescindible que tanto los profesionales y maestros como los padres de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad conozcan qué es el TDAH, lleguen a comprender qué es lo que les pasa a estos niños, qué habilidades, destrezas y limitaciones presentan y adoptar actitudes positivas y favorables para conseguir así resultados positivos tanto en el ámbito educativo como en el entorno familiar. Y lo más importante, aceptarles tal y como son.

Desde el ámbito educativo, estrategias de intervención con niños con TDAH son: (Ramírez, 2011)

- El maestro debe de evitar apodos como “el problemático” ya que agrava sus dificultades académicas y emocionales. También, tiene que hacer participar a estos sujetos en actividades grupales, que tengan sus propios roles dentro del grupo como el resto de compañeros, evitando que los rotulen como “el desordenado”.

- Colocar a estos sujetos cerca de la mesa del profesor, si es posible en primera fila y lejos de la puerta o ventanas para evitar que se distraiga. Además, esta colocación permite a los maestros controlar, supervisar e interactuar con estos alumnos y darles soluciones con más facilidad sin dejar a un lado al resto de estudiantes. Junto con la colocación del

pupitre, hay que tener en cuenta que los niños que estén alrededor de él con TDAH tengan un buen comportamiento ya que si no las posibilidades de sujeto interactúe con ellos y se distraiga son mayores.

- El tiempo de la clase tiene que estar estructurado, con unos horarios rutinarios y fijos ya que así estos sujetos saben lo que van a tener que realizar en cada momento. Las actividades también tienen que estar planificadas con antelación.

- Tener un ambiente cálido, sereno, ordenado y organizado en el aula, con reglas claras, breves y concisas pretendiendo así que todos los alumnos sepan que se espera de ellos en cada momento.

- Dosificar el trabajo a estos niños, es decir, rebajar el número de tareas a realizar o ir fraccionándoselas, evitando así que se distraigan y de este modo se sienten más cómodos y serán capaces de llevar a cabo lo exigido. Es más recomendable que las tareas sean cortas y variadas que no largas y monótonas ya que así conseguimos perder con mayor rapidez su atención. Es necesario que se supervise constantemente el trabajo realizado por estos alumnos, preguntándoles cómo lo están realizando y así verificar que ha sido entendido y si no retroalimentar, elogiarles cuando lo hacen correctamente consiguiendo así que ellos se motiven y sean conscientes de que saben hacerlo.

- Darse un descanso y encomendarle tareas de responsabilidad dentro del grupo-clase como repartir, recoger, salir a la pizarra, ir a secretaría a por unos papeles... les ayuda a moverse y así canalizar su energía de forma positiva, además de ayudarles a que sientan que se les tienen en cuenta dentro de la clase.

- Maximizar todo lo posible el contacto visual con los alumnos para mantener su atención.

- Trabajar a través de juegos y actividades en las que se tenga que esperar turno, seguir reglas de juego... pretendiendo así a que se acostumbren a este tipo de situaciones y acciones.

- Realizar actividades orales como cuentos, poesías, canciones... para trabajar con ellos el aprender a escuchar. En estas tareas, los apoyos visuales y auditivos son de gran ayuda.

- Cuando se dan las instrucciones hay que hacerlo con cuidado: se debe mantener el contacto visual mientras se da la instrucción verbal, estas instrucciones han de ser claras, concisas y consistentes, hay que asegurarse de que los alumnos han entendido lo que se les pide antes de iniciar la actividad y para ello podemos pedirles que nos expliquen lo que se les ha dicho o pedido, que nos expliquen cómo lo van a hacer y por qué lo van a hacer de ese modo y si es necesario se les repite las instrucciones durante la tarea de manera calmada.

- Utilizar todos los recursos posibles para potenciar sus habilidades, por ejemplo las TCI son un medio de comunicación que por lo general motiva e interesa a los niños, por lo que el trabajar a partir de ellas puede ayudar a conseguir mejores resultados en el proceso de enseñanza- aprendizaje.

Al igual que el equipo educativo, la familia es una pieza clave en el diagnóstico y desarrollo de los niños con TDAH. Por ello, también se les enseña una serie de estrategias a llevar a cabo para conseguir un ambiente familiar más favorable tanto para ellos como para el propio niño como un desarrollo óptimo del sujeto. Algunas de las estrategias son: (Bernal, 2008)

- Reconocer y aceptar desde un primer momento la existencia de un problema en su hijo y aprender a convivir con él, ya que así el niño no se sentirá rechazado y se evita de este modo repercusiones negativas en sus ámbitos personal y emocional.

- Ser capaces de repartirse las tareas, las responsabilidades de crianza y educación como de compartir las tareas que requiere el TDAH entre los dos padres, evitando la sobrecarga sobre uno de ellos y la ausencia del otro.

- Puede servir de ayuda a las familias el apoyarse en recursos como asociaciones sobre el TDAH donde comparten sus inquietudes, experiencias con familias en la misma situación.

- Se recomienda a las familias que dedican tiempo a conocer que es el TDAH y los aspectos relacionados con él y aplicar lo leído a la vida diaria, buscando así un ambiente más cálido, tranquilo y favorecedor para el niño.

- La familia tiene que estar en continuo contacto con los profesionales que están trabajando con su hijo (maestros, médicos...) apoyando y valorando las decisiones que toman.

- No por el hecho de que su hijo presente TDAH, tienen que dejar a un lado el resto de cosas que hacían antes de conocer este problema. Tienen que dedicar tiempo a actividades personales, tiempo de ocio y sobretodo en el caso de que haya otros hijos dedicarles también tiempo individualizado a ellos.

- Utilizar métodos de trabajo en el hogar similares a los utilizados en el colegio para seguir una misma línea de trabajo que ayude al sujeto a que los logros conseguidos en el centro educativo no se pierdan en el hogar. Por ejemplo, si en el aula tiene las reglas de clase visibles poner las reglas de la casa también en un lugar visible, si al niño se le premia verbalmente cuando ha realizado con éxito alguna tarea que se le ha mandando, en casa hacerlo también y no solo castigarle por lo que hizo mal consiguiendo así que su autoestima aumente, darles pequeños descansos entre cada tarea que se les manda ya que en la escuela se hace, al igual que en la escuela se le asignan responsabilidades como al resto de sus compañeros, en casa también para que se sienta que se le tiene en cuenta, darles las normas claras, breves y concisas, etc.

#### **4.7. ¿Qué es el autoconcepto y autoestima?**

Autoconcepto y autoestima son dos conceptos que en muchas ocasiones se confunden, se define a uno con el significado del otro. Son dos conceptos que tienen unas importantes implicaciones en la conducta y el ajuste de las personas.

El autoconcepto es la representación mental que el sujeto tiene de sí mismo en relación al aspecto físico, personal y social. Dicha representación mental es captada por la persona en sus contextos naturales, en aquellos donde más interactúa (escolar, familiar, social, laboral...) (Bakker y Rubiales, 2012; Heinsen, 2012). El autoconcepto comienza a formarse desde que el sujeto nace y está en contacto con sus familiares y personas de su entorno, quienes les transmiten ideas sobre su persona, reforzando positiva o negativamente sus características. Esto hará que su autoconcepto se vaya creando en función de lo que va percibiendo, es decir, si el niño solo recibe elogios e

ideas positivas sobre su persona, se creará un autoconcepto alto que puede que no corresponda con la realidad, o en cambio, si el niño recibe siempre ideas negativas hará que su autoconcepto sea muy bajo cuando en realidad tampoco es así. Conforme va creciendo, al tener más autonomía, la persona es más consciente de crearse su propia imagen, y no depender tanto de las ideas de su entorno, imagen que aun así tampoco siempre se asemeja a la realidad (Heinsen, 2012). Este mismo autor defiende que cada persona, debe de crear una representación mental realista. Construir el autoconcepto depende de muchos factores tanto genéticos como ambientales.

Cuando la persona empieza a comparar su autoconcepto, la imagen que ha ido formando de sí mismo, con la imagen idea de la persona que querría ser, es cuando se empieza a formar su autoestima.

La autoestima es la valoración o evaluación de uno mismo, valoración o evaluación que puede ser distinta en función del contexto. Heinsen (2012) dice que la autoestima se refiere a la conciencia del propio valor de la persona, a sentirse satisfecho consigo mismo y con sus capacidades, sin necesidad de disminuir o exagerar la realidad. La autoestima influye sobre la persona en cómo se siente, cómo piensa, aprende y crea, cómo se valora, cómo se relaciona con los demás y cómo se comporta. Cuando un niño actúa con independencia, asume responsabilidades con facilidad, acepta las frustraciones, afronta retos con entusiasmo, muestra una amplia gama de emociones y sentimientos... su autoestima es positiva. En cambio, su autoestima es negativa cuando el niño evita situaciones que le provocan ansiedad, desprecia sus dotes, siente que el resto de personas no lo valoran, echa la culpa de sus actos a los demás, se deja influir por otras personas con facilidad, se pone a la defensiva y se frustra con facilidad, se siente impotente y presenta una estrecha gama de emociones y sentimientos (Pérez y Rodríguez, 2011).

El autoconcepto y la autoestima tienen una serie de implicaciones en la vida de las personas. En función de cómo sea tanto el autoconcepto como la autoestima, el ámbito social, escolar y emocional de cada uno se verá influenciado. Cuando los sujetos muestran un bajo autoconcepto y una baja autoestima, el entorno social se ve perjudicado, tienen más problemas para relacionarse con los demás ya que se ven inferiores y no valorados. El escolar también es un ámbito perjudicado, ya que con



niveles bajos en estos conceptos los sujetos presentan un peor rendimiento académico del esperado. Y en cuanto al emocional, un autoconcepto y autoestima bajos hace que los sujetos se sientan muy inferiores a sus iguales, llegando incluso en ocasiones a niveles depresivos.

#### **4.8. Desarrollo del autoconcepto y autoestima**

El autoconcepto y la autoestima van evolucionando en función de la edad. En el presente trabajo se va a hacer un recorrido de ambos conceptos en tres etapas que diferencia Cardenal (1999): de 0-5 años de edad, de 5-12 años y adolescencia de 12-15 años.

##### **4.8.1. Etapa de 0-5 años**

A los pocos meses de edad, en un niño aparecen la existencia del “self” existencial (sensación básica de existencia separada del otro) y el “self” categórico (categorías por las cuales se define a sí mismo como distinto o separada del mundo que le rodea). Al comienzo de vida, el niño se siente en simbiosis con la madre, y es muy posible que las primeras distinciones entre el sí mismo y el no mismo se realicen a partir de la imagen corporal. Es a partir de los contactos que mantiene con la madre, cuando es capaz de diferenciar su cuerpo de aquello que no lo es, comienza a reconocer los límites externos de su cuerpo. Es por tanto, a través de la imagen corporal como el niño va formando la primera noción de sí mismo. A la vez que se estructura la imagen corporal, emerge otras imágenes más interiores que hallan su reflejo en la sensación de tener valor. La aparición del lenguaje, es sin duda una herramienta que potencia la elaboración de las bases del autoconcepto. El hecho de usar pronombres personales y posesivos les aporta una conciencia más definida de su propio “sí mismo”. La pertenencia a un género sexual u otro también repercute en la adquisición y asentamiento del autoconcepto. A los dos años, el niño comienza a realizar las primeras distinciones entre ambos sexos, a los cuatro años afianzan esta identificación y a los seis o siete años finaliza con éxito la distinción. Las conductas distintivas entre ambos sexos dentro del ámbito familiar, escolar y social influyen y determinan el autoconcepto de los niños en la edad tan temprana de dos años (Cardenal, 1999).

Sobre la autoestima en esta etapa, no se puede afirmar que la autoestima aumenta o disminuye según la edad, si no en edades más elevadas (Cardenal, 1999). Según López, et. al. (1999) en estas edades la autoestima es poco realista y más elevada.

#### **4.8.2. Etapa de 5-12 años**

Tras la identificación con el sexo, el niño va tomando contacto con el entorno escolar, llevándole a darse cuenta de sus logros académicos, de su popularidad entre sus iguales y de las reacciones que tienen sus profesores ante sus actitudes, logros o fracasos. Todo ello, hace que vaya incrementando el sentido de identidad, repercutiendo en la aceptación de sí mismo, formándose y consolidándose su autoestima (Cardenal, 1999). Según Palacios (1999), los niños entre los seis y ocho años van creando su concepción de sí mismos a través de la comparación con uno mismo en otros momentos del pasado, mostrando una percepción muy favorable de sí mismo. En cambio, entre los ocho y once años, la concepción de sí mismo incorpora la comparación social, teniendo importancia las habilidades sociales y las relaciones interpersonales. Es un este momento, cuando comienzan a integrar tanto los aspectos positivos como negativos de uno mismo.

La autoestima en los niños de ocho años según Palacios (1999) es percibida de forma favorable o desfavorable en diferentes campos (imagen y competencia física, aceptación social, competencia académica) y el hecho de que sean más realistas y se comparan con los demás, hace que la autoestima sea más acorde con la propia realidad.

#### **4.8.3. Etapa de la adolescencia**

En la etapa de la adolescencia (12-15 años), el autoconcepto se va desarrollando en función de la capacidad que tienen los adolescentes de autodescribirse a sí mismos en términos más abstractos, psicológicos, en relación a la personalidad, las habilidades sociales, motivaciones, creencias y valores y por la capacidad de diferenciar y relacionar estos atributos con situaciones y roles. Son capaces de desarrollar un autoconcepto más equilibrado, realista y estable, pero deben de ser capaces de establecer una concepción de sí mismos en la que integren su pasado, presente, sus aspiraciones, llegar a una toma de decisiones relacionadas con su futuro profesional, con las relaciones afectiva-

sexuales y con el compromiso ideológico. En esta etapa se pueden diferenciar cuatro niveles de identidad: la identidad difusa que es cuando el adolescente no ha llevado a cabo un proceso de exploración o si lo ha llevado ha fracasado; la identidad hipotecada se refiere a cuando el adolescente adopta las creencias y valores de sus padres o grupos sin llegar a experimentar una búsqueda; la identidad moratoria en la que el adolescente no ha definido sus compromisos pero está buscando, explorando en el terreno de los valores y creencias... y por último, la identidad lograda que se refiere a cuando el adolescente ha llevado a cabo una búsqueda activa y ha establecido un compromiso vocacional e ideológico (Palacios, 1999).

Y en relación a la autoestima en estas edades, en torno a los 11-13 años, los adolescentes sufren un descenso debido a las incertidumbres que tienen en lo físico, cognitivo y afectivo- social debidos a los cambios que se producen en la pubertad. A lo largo de la adolescencia, la autoestima sufre una subida y a finales de la segunda década de la vida vuelve a producirse un descenso (Palacios, 1999).

#### **4.9. ¿Cómo es el autoconcepto y autoestima en los niños con TDAH?**

Los niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en general, se valoran a sí mismos de forma negativa, sienten que tienen más problemas, son más impopulares y menos felices (Mena y Tort, 2001).

Hay niños que piensan “como soy muy listo lo sabré hacer” y otros dicen “no podré conseguirlo nunca”. La diferencia entre ambas expresiones, es que los primeros niños intentarán hacer lo que se les haya pedido, mientras que los segundos abandonarán ante la mínima dificultad o antes de intentarlo. Los niños y adolescentes con TDAH, cuando se tienen que enfrentar a tareas que requieren más concentración, atención, etc. prefieren no hacerlas y es muy común que reaccionen de la siguientes maneras, mostrando de diferente modo en cada una de ellas una baja autoestima. En ocasiones, pueden decir “no lo quiero hacer, pues me cuesta y no lo conseguiré” mostrando de manera abierta sus dificultades. En otros casos puede expresar “lo haré después, ahora no puedo” evitando expresar sus dificultades, intentando evitar la tarea y escondiendo su sentimiento de incapacidad. Y otra forma de expresión que utilizan es “no lo pienso hacer, esto es para niños pequeños, es una tontería, es super fácil”,

mostrándose prepotente y chulo pretendiendo encubrir que la tarea le resulta difícil (Mena y Tort, 2001).

El autoconcepto y la autoestima son dos percepciones de gran importancia en estos niños. Que tengan buenos niveles tanto en el autoconcepto como en la autoestima ayuda a la hora de trabajar con ellos, de socializarse... mientras que si se le une a las características típicas del trastorno un autoconcepto y autoestima bajos, el trabajo con estas personas se hace mucho más difícil, ya que son menos propensos a la socialización, a aprender, a superarse día a día... Es aquí donde entra la importancia de que estos sujetos sean tratados adecuadamente, ya que si no sólo continuarán teniendo dificultades tanto para atender como para controlar sus impulsos, además de llegar a rechazarse a sí mismos, al colegio, a los compañeros y amigos e incluso a la familia, mostrándose desmotivados para superar sus dificultades (Mena y Tort, 2001).

Varios estudios se han dedicado a recoger información buscando respuestas a cómo son las autopercepciones, cómo es el autoconcepto y autoestima de estos sujetos. No existen unas conclusiones generales a las que hayan llegado todos los estudios, no existe una relación lineal entre autoconcepto, autoestima y TDAH, ya que diversos factores repercuten en cómo son el autoconcepto y autoestima en estos niños y adolescentes. La edad, el coeficiente intelectual, las funciones ejecutivas, la presencia de trastornos del comportamiento, depresión y ansiedad son algunos de los factores que hacen que las autopercepciones de estos sujetos varíen positivamente o negativamente.

Bakker y Rubiales (2012) realizaron un estudio compuesto por niños de 8 a 14 años que padecían TDAH y niños que no presentaban este trastorno. Los resultados a los que se llegaron fueron que los sujetos diagnosticados con TDAH presentaban un autoconcepto general medio en los ámbitos emocional y académico, e incluso alto en las dimensiones social, familiar y física. Mientras que los sujetos sin trastorno tenían un autoconcepto alto en todas las dimensiones. Las cifras no llegan a ser muy significativas en línea general, pero sí que son más significativas estadísticamente según el estudio a nivel emocional y familiar.

Houck, Kendall, Miller, Morrell y Wiebe (2011) también llevaron a cabo un estudio sobre el autoconcepto en los niños con trastorno por déficit de atención con

hiperactividad. Los resultados a los que llegaron fueron por un lado, la inmadurez es un factor que influye en el autoconcepto negativamente porque no permite a los sujetos que observen su propia conducta, que sean capaces de ver la realidad. La edad y los problemas de conducta internalizantes también se consideraron componentes que influyen de forma negativa en el autoconcepto, mostrando un peor autoconcepto conforme se avanza en la edad y se siguen presentando problemas de conducta, depresión. E incluso la duración del propio trastorno puede tener un efecto acumulativo adverso en el propio autoconcepto, convirtiéndose necesaria la evaluación en relación al autoconcepto y autoestima de los sujetos con TDAH, especialmente aquellos que son mayores y tienen trastornos asociados de ansiedad y depresión.

El estudio que llevo a cabo Garza, Nuñez y Vladimisky (2007) con niños de 6 a 13 años, demostró que los sujetos con TDAH muestran valores significativamente más bajos en la autoestima que sus iguales. En cambio, en el estudio de Orjales y Polaino (1994) con niños de 7 a 10 años de edad se llegó a las conclusión de que los análisis estadísticos que se habían realizado no mostraban diferencias significativas entre los resultados obtenidos con los sujetos con trastorno de déficit de atención con hiperactividad y el grupo control (niños sin TDAH). En ambos grupos, la autoestima era alta, aunque algo más bajo en el grupo de niños con TDAH. Aparte de estos dos grupos, el estudio estaba compuesto por otro más que eran niños hiperactivos depresivos, quienes habían tenido resultados muy negativos en cuanto a la autoestima. Las controversias entre ambos estudios, se pueden explicar a razón de la separación que en el segundo estudio se hizo entre los niños con TDAH y los niños depresivos, alterando los resultados en comparación con el primer estudio que en el grupo de niños con TDAH también se encontraban hiperactivos depresivos que hicieron que los resultados dieran que la autoestima del grupo en general fuera más baja que el grupo control.

Regina, Bonnie y Amy (2000) al igual que en los estudios anteriores, también buscaron la relación entre el TDAH y la autoestima. Sus resultados mostraron que los sujetos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad que padecían trastornos comorbidos como la depresión y altos deterioros cognitivos presentaban unos niveles de autoestima más bajos en comparación con sus iguales.

En relación a las autopercepciones de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en el estudio de Molina (2013) se encontró que los niños con este trastorno tendían a sobrestimar sus competencias en relación a la percepción de sus padres y profesores en los ámbitos social, académico, comportamental y en las habilidades motoras. Presentaban estos sujetos de 6 a 12 años de edad un sesgo positivo ilusorio (SPI) en sus autopercepciones, una tendencia a sobrevalorar sus capacidades, produciendo una discrepancia entre las competencias que informan y las reales. Como resultados salieron cuatro hipótesis, que pretendían explicar el origen y la función del SPI en los niños con TDAH. La primera hipótesis fue la inmadurez cognitiva, que defiende que el SPI es debido a la inmadurez cognitiva y comportamental de estos sujetos, asemejando sus autopercepciones a las de niños más pequeños y por tanto al no diferenciar entre el sí mismo real e ideal, sobreestimaban sus competencias a un nivel más alto que los niños más mayores, siendo el autoconcepto más bajo en los de mayor edad. Como segunda hipótesis, la teoría de ignorancia de incompetencia que consiste en la inhabilidad para hacer una correcta evaluación en las áreas en las que se presenta incompetencia tanto de uno mismo como de los otros. Los resultados informaron que los niños con TDAH no mostraron diferencias sobre los niños que no padecen el trastorno para evaluar claves sociales en otros sujetos, evidenciando que los niños con déficit de atención con hiperactividad son capaces de distinguir el éxito y fracaso en los demás pero en ellos mismos solo ven estimaciones positivas. La anosognosia fue la tercera hipótesis que se sacó del estudio, y se vincula a los fallos que tienen estos sujetos en el reconocimiento de los errores e incompetencia personal, en el déficit de las funciones ejecutivas. En función del dominio, los déficits cognitivos son unos y otros los que explican la relación entre el TDAH y el SPI. En el dominio académico y social son la memoria de trabajo, la fluidez cognitiva, la atención amplia y los procesos ejecutivos; en el dominio del comportamiento los procesos ejecutivos fueron mediadores parciales entre el TDAH y el SPI. Relacionado con esta hipótesis, se plantea si el SPI se presenta solo en los sujetos con déficits en las funciones ejecutivas o si los niños que no tienen estos déficits pueden sobreestimar sus competencias. Y como última hipótesis, la función de autoprotección, es decir, los niños que presentan este trastorno tienen una “fachada” de confianza ante los demás para protegerse del fracaso y afrontar nuevos desafíos. A pesar de estas cuatro hipótesis, no todos los niños con este

trastorno presentan SPI, lo que hace pensar que tienen que existir características significativas entre aquellos sujetos que si que presentan un sesgo positivo ilusorio y los que no. En este mismo estudio comentado, Molina destaca un estudio realizado en Suiza dónde se diferenciaban dos grupos, los niños con TDAH que se describían a sí mismos como más deficitarios en su capacidad de autorregulación que sus iguales, y el grupo de sujetos con TDAH con un SPI alto, sujetos que presentaban un coeficiente intelectual más bajo, menos edad y más síntomas de inatención e hiperactividad según la percepción que sus padres y docentes tenían de ellos.

Linnea, Hoza, Tomb y Kaiser (2012) también realizaron un estudio sobre las autopercepciones de los sujetos con TDAH. Concretamente, se buscaba dar respuesta a si las autopercepciones con sesgo positivo tenían relación con los comportamientos sociales de estos sujetos. El estudio fue llevado a cabo con tres grupos (niños control, niños con TDAH y sesgo positivo ilusorio y niños con TDAH sin sesgo positivo ilusorio) comparándolos a través de una tarea de interacción social. Ambos grupos con TDAH mostraron un comportamiento más perjudicial que los niños control, y solo los sujetos con TDAH y sesgo positivo ilusorio mostraron un comportamiento menos prosocial y con menos esfuerzo. Este mismo grupo también obtuvo puntuaciones más bajas en cuanto a la emoción positiva general en comparación con el grupo control. El grupo con trastorno por déficit de atención con hiperactividad y sin sesgo positivo ilusorio fueron clasificados más entretenidos que el grupo con TDAH y alto SPI. Esto último puede explicar que las autopercepciones con sesgo positivo ilusorio pueden inhibir el autocontrol adecuado y la regulación de la conducta de una interacción social. Debido a las características del propio trastorno, los dos grupos de niños que lo padecían presentaron comportamientos más perturbadores que el grupo control. Sin embargo, los sujetos con TDAH y alto sesgo positivo ilusorio mostraron comportamientos más extraños, miraban más a la habitación... que los niños control. Un dato que llamó la atención a los autores del estudio fue que los niños con TDAH sin sesgo positivo ilusorio mostraron más frustración y más emociones negativas que el grupo control. El esfuerzo, también fue valorado en este estudio, y los sujetos con TDAH y SPI alto mostraron menos esfuerzo de comportamiento que el grupo control durante una tarea de interacción social. Además, este mismo grupo obtuvo comportamientos más indefensos. En definitiva, se puede extraer tras este estudio que

en los niños con TDAH y autopercepciones con sesgo positivo, debido a su conducta se ve perjudicada la participación en situaciones sociales durante el colegio, campamentos y otras áreas de interacción con los compañeros, limitando por tanto su oportunidad para mejorar sus habilidades sociales y aprender de sus compañeros en entornos sociales.

Relacionado con las autopercepciones, McQuade, Hoza, Waschbusch, Murray-Close y Owens (2011) realizaron un estudio en el que examinaban las autopercepciones positivas en relación con los síntomas depresivos y los estilos atribucionales en una muestra de 88 niños con trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) evaluados al inicio y al final de 2-3 años de seguimiento. Los resultados indicaron que a través de los tres dominios (escolar, social y comportamiento), una reducción de las autopercepciones de los niños en el tiempo predijo un mayor síntoma depresivo durante el seguimiento, siendo la disminución de la autopercepción en el dominio social el más fuerte predictor relativo a unos síntomas depresivos posteriores y también predijeron un mayor estilo atribucional de depresión en el seguimiento. Los resultados apoyan una función de protección de las autopercepciones positivas en lo que respecta a las cogniciones depresivas en dos-tres años de niños con TDAH. Para niños con TDAH, este estilo de pensamiento debería tener un efecto protector en relación con síntomas depresivos, pero la reducción en la autopercepción a lo largo del tiempo está asociada con aumentos en los síntomas depresivos y atribuciones poco saludables en niños mayores y jóvenes adolescentes con este trastorno. Se ha argumentado que una autopercepción positiva lleva a un mayor dominio de habilidades en los niños que les permite persistir en las tareas incluso cuando ellos no tienen el nivel de habilidad. Por otra parte, una precisa autopercepción podría ser necesaria para las personas para ajustar su comportamiento, mejorando tanto su desempeño en el tiempo como el permanecer motivados a cambiar su comportamiento en relación con el feedback de los que lo rodean. Desde este punto de vista, incluso si una autopercepción positiva puede servir para una función de protección en relación con los síntomas depresivos y feedback negativo, las autopercepciones con sesgo positivo puede no ser adaptable en un largo plazo. Este segundo punto de vista puede ser especialmente cierto para niños con TDAH quienes experimentan el fracaso en muchas situaciones y, debido a su deterioro, se beneficiarían de esa habilidad para aprender de sus errores anteriores. Por lo tanto,



incluso si las autopercepciones positivas son protectoras en lo que representa a los síntomas depresivos y características cognitivas asociadas, excesivas autopercepciones positivas también podrían limitar la habilidad de los niños con TDAH para aprender de sus errores y alterar su comportamiento futuro. Además, un positivo incremento parcial de las autopercepciones en un lapso de seis años fue asociado con un descenso de la depresión y con el incremento de la agresión.

Orjales y Polaino (1994) estudiaron el estilo atribucional de estos niños, y llegaron a que los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad tienden más a la externalización causal en relación a las buenas notas y cuando se refieren a las malas notas sus respuestas están entre lo externo- interno, mientras que los niños del grupo control normal tendían más a la internalización.

Que la relación entre autoconcepto, autoestima, autopercepciones y el TDAH sea una relación no lineal, implica que se debe de conocer bien al sujeto, las características peculiares que cada uno tiene para conocer y entender de este modo el por qué de que sus autopercepciones, autoconcepto y autoestima se encuentren en mejor o peor nivel en comparación con sus iguales. Es decir, el conocer la edad, si presenta déficits en las funciones ejecutivas, si muestra síntomas depresivos, graves problemas de conducta, su coeficiente intelectual etc. ayuda a poder buscar una respuesta de por qué es así su autoconcepto, autoestima y autopercepciones y así poder buscar una forma de trabajo acorde tanto con sus características como con sus necesidades.

Estos resultados, que muestran que tanto el autoconcepto como la autoestima se ven más o menos perjudicados en estos niños, pueden ser debidos a diferentes motivos. Estos sujetos a lo largo de su vida reciben con mayor frecuencia información negativa sobre su comportamiento y tareas, diciéndoles en muchas ocasiones “compórtate”, “el ejercicio está mal”, etc. Se les suele confundir con niños maleducados, vagos, gamberros, tontos... Crecen rodeados de mayores fracasos y errores, a pesar de esforzarse más por hacer bien las cosas, por agradar a los demás... llevándoles a sentirse indefensos, porque no saben qué hacer. Estos fracasos, la sensación de frustración aumentan cuando tienen que hacer frente a actividades que requieren más atención o autocontrol del que están dispuestos a afrontar. Y esos fracasos y errores, hacen que el entorno deje de darle responsabilidades por miedo a que nos las cumpla,

sin darse cuenta que lo reciben como un mensaje negativo y les hace que no sientan competentes ni seguros de sí mismos (Mena, et. al. 2006).

Si le preguntan a niños con TDAH qué es para ellos una buena autoestima, sus respuestas son: “sentirse bien consigo mismo, notar que los otros te quieren, tener amigos, vivir feliz, cumplir tus responsabilidades, hacer feliz a los demás (no hacerles enfadar)...” (Mena, et. al, 2006). Respuestas que no se asemejan a lo que realmente ellos sienten y que vuelven a llevar a la idea que su autoconcepto y autoestima se sitúan en un nivel inferior en comparación con sus iguales.

#### **4.10. Caso práctico.**

Una vez realizada la fundamentación teórica sobre el TDAH y el autoconcepto y la autoestima de los niños y adolescentes con este trastorno, se consideró interesante exponer una entrevista que se puede encontrar en el Anexo V realizada a un padre que ha vivido el TDAH desde muy cerca. Su hijo, un niño de 12 años que está en el último curso de Educación Primaria, y por el testimonio que cuenta el padre no fue una etapa muy fácil para el niño ni para él.

Tras la entrevista, se han obtenido datos tanto del perfil del niño como de la experiencia del padre en la que queda reflejado sus inquietudes, miedos, la lucha que ha llevado desde que su hijo comenzó a padecer comportamientos que no eran normales...

En relación al niño, es un sujeto que padece TDAH unido a la dislexia, trastornos derivados del mismo como en la lectoescritura y trastorno grave de la conducta desafiante. Según la descripción que da el padre, es un niño muy inquieto, que quiere conocer todo lo que le rodea, con un autoconcepto alto en el ámbito familiar ya que se considera integrado dentro de la familia, querido, respetado, por lo que se cree que es bueno en ciertas habilidades solo cuando se encuentra en este entorno, siendo más bajo en el escolar y social, debido a que en estos últimos ámbitos ve que es rechazado, burlado, le exigen hacer cosas que no es capaz de realizar... En cuanto a su autoestima, es muy baja derivada de los continuos rechazos que ha recibido por parte de la sociedad en general. El padre cuenta que la autoestima es tan baja que su hijo le llegó a decir cuando era pequeño que se quería morir que no valía para nada. Que un niño de

poca edad llegue a ese pensamiento es para replantearse que se está haciendo mal. Y en este caso como en la gran mayoría, el problema está en el entorno, en no aceptarlos, en no preocuparse por entenderles. Si no a rechazarlos, castigarlos, a enviarles continuas notas donde se les diga que no valen para nada, que son tontos, que con ellos no se puede trabajar, etc.

Desde muy pequeño, se le empezó a medicar para controlar y disminuir los síntomas, pero la medicación no le fue bien y continuamente le daban sincopes. Es por ello que el padre por decisión propia decidió quitarle la medicación, ya que veía que en vez de ayudar a su hijo le perjudicaba (tenía problemas para dormir, problemas de peso...). Al quitarle la medicación, la cosa cambio, y el niño comenzó a engordarse, alcanzó un peso normal para su edad y los problemas de sueño desaparecieron. La etapa escolar del sujeto no fue fácil, recibía diferentes mensajes de sus compañeros en los que se burlaban de él, diciéndole que no valía para nada, que era tonto... lo que le llevo a cambiar de centro y a mostrar un perfil casi depresivo.

En cuanto a la historia del padre, con los testimonios que ha contado se puede ver que es un padre que desde el primer momento luchó por su hijo, aceptó que tenía un trastorno, que en su caso fue TDAH con todo lo que se le asocia (dislexia, conducta desafiante...). Se preocupó de conocer qué era el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, de estudiar a su hijo para comprenderle y poderle ayudar ya que como dice en la entrevista, son los padres los que están 24 horas con ellos y tienen y deben conocer, comprender y ayudar a sus hijos con este trastorno, ya que si no lo hacen ellos, la sociedad tampoco lo hará. Además, se preocupa de no darle feedback negativo que repercute en su autoconcepto y autoestima (evitar las expresiones “no sabes...”, “estete quieto” etc.) si no mensajes constructivos que quieran decir lo mismo pero cambiando la forma de hacerlo. Le da muestras de cariño, de qué es importante para él, de qué tiene un papel importante dentro de la familia, que no se le excluye...

Cuando se le preguntó por el ámbito profesional, en su caso no estaba muy contento, tanto con el ámbito de la Salud como con el educativo. En relación a la Salud, después de su experiencia con el tratamiento farmacológico y con la forma de llevar el caso de su hijo, es total defensor de un tratamiento sin fármacos, aunque sí que dice que cada niño es diferente y no todos tienen por qué recibir el mismo tratamiento. Y sobre el

ámbito educativo, expone que los profesores que ha tenido su hijo han sido buenos, pero que el servicio educativo no está totalmente cualificado para trabajar con niños con TDAH en aulas con 25 alumnos, ya que se les exige lo mismo que a los demás, y al no ser capaces de afrontar las actividades como sus iguales, es cuando llegan los problemas psicológicos, la baja autoestima, el autoconcepto dañado... Por ejemplo, le daban una ficha con ejercicios para resolverla en la hora de clase, y debía de hacerlo en el mismo tiempo que sus compañeros, sin tener en cuenta que no es capaz de llevar el mismo ritmo que los demás ya que va a cometer más errores, su falta de atención va a hacer que no entienda y no se concentre en lo que tiene que hacer, su exceso en cuanto a la actividad motora le impide permanecer sentado durante un largo tiempo, necesita moverse... Recalca, que en este último año, está viendo avances, pequeños pero avances en su hijo, y los relaciona con el cambio de tutora y la metodología que ésta utiliza con el niño, una forma de trabajo más centrada en sus necesidades, características, dificultades... Por ejemplo, los enunciados de los ejercicios o problemas se los reduce, el mensaje es el mismo pero más reducido, consiguiendo así que el niño entienda y preste atención a lo que se le pide. Gracias a esta forma de trabajo por parte de la profesora, el niño ha aprobado matemáticas, consiguiendo que tanto su autoconcepto como autoestima aumenten.

En conclusión, tras su testimonio, se puede decir que es un padre que ha buscado todos los medios posibles para conocer y entender qué es el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, para así poder comprender y ayudar a su hijo.

## **5. CONCLUSIONES**

Tras haber realizado una búsqueda exhaustiva de artículos y libros, se extraen las siguientes conclusiones.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es uno de los trastornos más frecuentes en la niñez y adolescencia. Un alto porcentaje de sujetos con TDAH no presentan este trastorno solo, si no que se les asocian algunos más. Entre los trastornos comorbidos más frecuentes se encuentran el trastorno oposicionista desafiante, trastorno

disocial, trastorno de ansiedad, trastornos de aprendizaje... (Macià, 2012). Con el testimonio del entrevistado, se puede ver y conocer que su hijo no solo padecía TDAH si no que era un hiperactivo disléxico, con trastorno de conducta grave desafiante, problemas en la pronunciación, de lectoescritura. La acumulación de varios trastornos en una misma persona dificulta el diagnóstico, por ello es muy importante realizarlo lo antes posible para comenzar con el tratamiento.

El tratamiento en los niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad es muy variado. Aunque una gran mayoría de estudios exponen que el tratamiento más utilizado es el tratamiento farmacológico con psicoestimulantes (el metilfenidato como el más usado) ya que reduce sus comportamientos conductuales, mejoran sus procesos cognitivos y en actividades relacionadas con el ámbito escolar como la lectura (Jarque, 2012; Miranda, Pastor, Roselló y Mulas, 1996). A pesar de ser según los estudios los más utilizados, en muchos casos se opta por el tratamiento no farmacológico, en el cual se llevan a cabo intervenciones psicológicas y psicopedagógicas. Las causas de esta decisión son debidas a que en muchas ocasiones a los padres no les gusta la idea de que sus hijos estén medicados por los efectos secundarios que pueden tener, por la edad del niño, ya que se comienza a medicarlos a partir de los 6 años o incluso porque los fármacos no han dado los resultados esperados y se prueba con este otro tratamiento (Serrano, Guidi y Alda, 2013). Pero, ni el tratamiento farmacológico ni el no farmacológico son los más eficaces, si no que es el tratamiento combinado, compuesto por ambos tratamientos (farmacológico y no farmacológico). Que sea considerado como la mejor elección entre los tres tipos de tratamientos se debe a que con esta intervención se consigue disminuir los comportamientos excesivos, mejorar en las actividades escolares, etc. con la ayuda de la medicación, pero a diferencia que con el tratamiento farmacológico, las dosis de fármacos son más pequeñas, por lo que la presencia de efectos secundarios (nauseas, dolor de cabeza, falta de apetito, insomnio...) es menos frecuente. Además, con los resultados conseguidos con los fármacos, la unión con las intervenciones psicológicas dedicadas a entrenar a los padres, a trabajar las habilidades conductuales, etc. y las intervenciones psicopedagógicas dedicadas a enseñar a los profesores qué es el trastorno y estrategias para trabajarlo se consiguen resultados aun mejores (Jarque, 2012; Serrano, Guidi y Alda, 2013). Se pudo comprobar a través del testimonio del padre que se entrevistó, quién contó que en su caso personalmente el tratamiento farmacológico había

empeorado la situación. Explicó que a su hijo desde el primer momento se le empezó a medicar, desde que se levantaba hasta que se acostaba, produciéndole frecuentes síncope que le hacía visitar Urgencias con mucha frecuencia. Además de añadirse efectos secundarios como quitarle totalmente el apetito, mostrándose en un percentil de peso muy por debajo del correspondiente para su edad, tener problemas de sueño (quedarse hasta las tres o cuatro de la mañana despierto porque era incapaz de poderse dormir). Fue por ello que el padre decidió quitarle la medicación, ya que unido a todos estos efectos, su desarrollo en relación tanto al ámbito social, familiar, emocional y escolar se estaba viendo perjudicado al no conseguir resultados positivos con los fármacos, sino todo lo contrario.

Que los padres conozcan en qué consiste el TDAH es un factor muy importante porque les ayuda a comprender el por qué sus hijos tienen ese comportamiento y actitudes, y además el saber sobre este trastorno les sirve para ayudar a sus hijos y hacerles más competentes en sus vidas. Asimismo, los profesores también deben de conocer qué es el trastorno por déficit de atención con hiperactividad para no valorar y juzgar a sus alumnos sin saber qué les pasa y por qué les pasa, ya que estos niños y adolescentes no son conscientes de su conducta, no pueden controlar su excesiva actividad motora. De este modo, tanto los padres como los profesores tienen más conocimientos, son más conscientes de la conducta que ellos deben de tomar y de las estrategias que han de utilizar con estos niños para cambiar sus continuos fracasos por logros (Bernal, 2008; Ramírez, 2011).

En relación a los padres, la actitud que toman en muchas ocasiones de no aceptar que su hijo tiene un problema, de no preocuparse en conocer qué es lo que le pasa, de no buscar ayuda en profesionales, asociaciones que les guíen en el proceso de asimilación y conocimiento del trastorno... hace que el desarrollo de sus hijos se vea perjudicado en todos los sentidos, sintiéndose inferior a los demás, aislados del entorno familiar, incomprendidos, etc. Es por todo ello, que se incide en la importancia de que los padres lleven a cabo una conducta correcta (Bernal, 2008). Un ejemplo de un padre que desde el primer momento vio en su hijo síntomas que no eran normales para su edad, le observaba buscando una explicación a esos comportamientos es el padre entrevistado. Quien tras conocer el diagnóstico de su hijo no dudó en aceptar lo que estaba pasando y en buscar información sobre este trastorno para poder entender a su hijo, estudiarle

buscando respuestas al por qué de esos comportamientos. De este modo, cuenta que aprendió a comprender a su hijo y a poderle ayudar, consiguiendo que en el entorno familiar se sintiera a gusto y entendido por los demás.

En cuanto a los profesores, también es necesario que acepten que tienen en sus aulas a un niño con estas características, que necesita una forma de trabajo diferente a sus compañeros para poder tener buenos resultados, y para ello, los maestros tienen que conocer qué es el trastorno por déficit de atención con hiperactividad para saber en qué áreas (motora, cognitiva...) tienen más problemas y así poder plantear la metodología de trabajo más acorde con sus características y necesidades (Ramírez, 2011).

Ni los padres, ni los profesores ni las personas del entorno de los niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad son conscientes de cómo repercuten sus actitudes en estos sujetos. El no ser entendidos, comprendidos, rechazados, ridiculizados, etc. hace que el autoconcepto y autoestima de estas personas sean inferiores en comparación con sus iguales.

Tras los estudios analizados, se vio como el autoconcepto en los niños con TDAH a pesar de no mostrar resultados muy significativos, era más bajo en estos sujetos. En algunos estudios se relacionaba un bajo autoconcepto con edades más altas y problemas de conducta y depresión, además de defender que el autoconcepto que muestran los niños más pequeños es también negativo para ellos, ya que tienen una imagen de sí mismos que no se parece a la realidad (Houck, Kendall, Miller, Morrell y Wiebe, 2011). En otros estudios, se vieron datos más significativos de un autoconcepto más bajo en el entorno familiar y emocional (Bakker y Rubiales, 2012). Se puede entender que este resultado sea así en el entorno familiar porque no es entendido y valorado por sus padres, no se le dan por ejemplo responsabilidades que hagan que él se sienta integrado en la familia, o solo se le dicen los errores sin premiar con un elogio cuando está por ejemplo poniendo la mesa, recogiendo la ropa, etc. ya que los padres ven estas acciones como las normales en un niño, pero no tienen en cuenta que para estos niños es muy difícil y el hecho de que las estén realizando merecen un elogio por su parte para que sientan que no solo se les castiga si no que también se les premia. La conducta tomada por el entrevistado, ha ayudado a que su hijo muestre un autoconcepto alto en el ámbito familiar, debido a que es valorado, se siente integrado como uno más de la familia...

En el entorno emocional, también se vieron que los resultados en relación al autoconcepto eran inferiores en los niños con TDAH que en los niños sin el trastorno (Bakker y Rubiales, 2012). Que estos sujetos estén continuamente recibiendo señales negativas de la familia y la escuela hace que emocionalmente se sientan decaídos, tristes. Pero el hecho de que por parte de los compañeros de clase y amigos reciban rechazos, discriminación, burlas... les afecta también mucho emocionalmente. Ya que tanto en la niñez como en la adolescencia los amigos son una parte muy importante en la vida, y que estos sujetos solo reciban de ellos mensajes negativos hace que su autoconcepto se vea perjudicado.

No obstante, no en todos los niños y adolescentes con TDAH se ve el mismo autoconcepto en todos los ámbitos (Bakker y Rubiales, 2012). Es decir, puede darse que haya sujetos que muestren un autoconcepto alto en el entorno familiar, como ocurre en el hijo del padre entrevistado. Este niño según el testimonio de su padre, muestra un autoconcepto alto en el entorno familiar, cuenta el padre que su hijo sabe que es superior en algunas habilidades o él se cree que es superior. Pero solo lo muestra en casa, cuando se le nombra o se le relaciona el ámbito escolar, la cosa cambia, se siente que es peor que todos, que no sabe hacer nada... El por qué de ello se debe a que estos sujetos comparan sus habilidades con las de sus compañeros, y por ejemplo ven que cuando ellos necesitan una tarde para hacer una hoja de tres problemas, sus compañeros lo han acabado en clase. Esto hace que a sí mismos se llamen tontos, que no valen para nada...

La autoestima también se ve perjudicada en estos sujetos, muestran una autoestima inferior a sus iguales (Garza, Nuñez y Vladimirsky, 2007). Se les asocia una autoestima más baja a sujetos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad con trastornos asociados internalizantes como la depresión y con un alto deterioro funcional (Regina, Bonnie y Amy, 2000).

Relacionado con el concepto que tienen de sí mismos y la autoestima, los sujetos con TDAH suelen atribuir los resultados de buenas notas a factores externos como la buena suerte, el examen era fácil... mientras que los resultados negativos los atribuyen a factores internos- externos. Con esto también se puede ver como ellos mismos no confían en sus propios conocimientos, en sus propias habilidades, y si se asocian los



malos resultados (Orjales y Polaino, 1994). En cambio, también se ve en estos sujetos, que tienen un sesgo positivo ilusorio, tienden a sobrestimar sus competencias, sobrevaloran sus capacidades, produciéndose una discrepancia entre las competencias que ellos ven y las reales. Posiblemente, se deba a que intentan sobreprotegerse en muchas ocasiones y ver en ellos competencias que ven en los demás. Este sesgo positivo ilusorio según los estudios, es presentado en sujetos con un coeficiente intelectual bajo, menor edad, problemas de conducta, síntomas depresivos, mayores síntomas de hiperactividad e inatención, déficits en las funciones ejecutivas... Es decir, éstos son factores que determinan que el sujeto padezca un SPI o no (Molina, 2013). En otros estudios, se llegó a la conclusión de que en los niños con TDAH y autopercepciones con sesgo positivo, la falta de comportamiento es una inhibición en la participación de situaciones sociales durante el colegio y otras áreas de interacción con los compañeros, limitando por tanto su oportunidad para mejorar sus habilidades sociales y aprender de los demás en entornos sociales (Linnea, Hoza, Tomb y Kaiser, 2012). En definitiva, el sesgo positivo ilusorio en las autopercepciones de estos sujetos no ha sido completamente explicado, pero hay evidencias que cumple una función de autoprotección frente a sus habituales fracasos y que es afectado por fallas en las funciones ejecutivas asociadas al trastorno (Molina, 2013). En ocasiones, se les da a las autopercepciones positivas una función de protección en lo que respecta a las cogniciones depresivas en dos-tres años de niños con TDAH. En cambio, excesivas autopercepciones positivas también podrían limitar la habilidad de los niños con TDAH para aprender de sus errores y alterar su comportamiento futuro. Además, un positivo incremento parcial de las autopercepciones en un lapso de seis años fue asociado con un descenso de la depresión y con el incremento de la agresión (McQuade, Hoza, Waschbusch, Murray- Close y Owens, 2011).

En definitiva, no se puede buscar una relación lineal entre estos sujetos, el autoconcepto, autoestima y autopercepciones. Una serie de factores (edad, depresión, problemas de conducta, las funciones ejecutivas...) hacen que éstos tengan unas autopercepciones, una imagen de sí mismos más o menos favorable. Todo ello implica que los agentes encargados de trabajar, convivir con ellos deben de conocer el perfil que presentan cada uno de los sujetos para saber de este modo cómo se puede trabajar, qué

aspectos se pueden utilizar como potenciadores y cuales están más dañados (social, escolar, emocional...) y por tanto hay que tratar con más cuidado.

Al ver los datos sobre el autoconcepto y la autoestima de los sujetos con TDAH, es necesario y recomendable que tanto la familia como los maestros tomen unas medidas y lleven a cabo una serie de estrategias para conseguir mejorar en estos niños y adolescentes su autoconcepto y autoestima (Mena y Tort, 2001).

Por un lado, a la familia se le aconseja que tengan en cuenta las siguientes consideraciones:

–Crear un ambiente de aceptación y amor, lo que no debe confundirse con dejar que el niño haga lo que quiera, cuando quiera y como quiera. Se recomienda ayudarle a aceptar sus propias limitaciones, pero para ello, primero debe de ser aceptado por las personas que le rodean, valorando, respetando y aceptando tanto sus competencias como dificultades. Para ello, si se le da a conocer al niño que se comprende sus sentimientos y preocupaciones, se le puede ayudar a que entienda que no solo él tiene dificultades y capacidades en algunas áreas, si no que todas las personas. También, el tratarlo con respeto evitando frases como “eres un irresponsable” ayuda a que el niño no se sienta ridiculizado.

–Comentarle todos los aspectos positivos de su conducta. A pesar de que el niño esté realizando una tarea que es normal para un niño de su edad (permanecer en su habitación, ponerse a hacer los deberes cuando se le dice...), hay que entender que a él le cuesta más que a los demás, por lo que el felicitarle le será de gran ayuda para sentirse valorado.

–Asignar responsabilidades y dar oportunidades de ayuda. Darle al niño responsabilidades y oportunidades de ayuda dentro de las tareas domésticas u otras como se le dan a su hermano por ejemplo, hará que se sienta valorado dentro de la familia, verá que es capaz de realizar una tarea que se le ha encomendado.

–Ayudarle a analizar correctamente sus problemas. Durante el período de deberes, es frecuente que el niño cometan errores, olvide anotar la respuesta del ejercicio... lo que provoca que continuamente se le llame “tonto”, por lo que la familia debe ayudarle a analizar que no ha sido una cuestión de inteligencia si no de atención, diciéndole por ejemplo “te has distraído”.

–Jugar con el niño. El hecho de que dediquen un tiempo a jugar con él, dejándole que elija y dirija la actividad, ayudará a que se sienta querido e integrado dentro de la familia.

Por otro lado, para los maestros es aconsejable que tengan en cuenta las siguientes recomendaciones:

–Aceptar las dificultades que supone tener en el aula a un alumno con TDAH. Cambiar el uso de la agenda como un medio en el que se transmiten mensajes negativos sobre su conducta y rendimiento, por una mayor supervisión de ella ya que al niño le cuesta más anotar de manera correcta los deberes. También, amoldar más específicamente la forma de trabajo con estos niños, ya que así conseguirán mejores resultados que hará que su autoestima mejore.

–Al igual que para la familia, se ha de identificar sus esfuerzos, elogiarle, reconocer sus éxitos, aunque sean pequeños ya que es muy probable que le haya costado un gran esfuerzo debido a su trastorno. También, depositar un mayor grado de confianza en él y en sus competencias, e ir poco a poco aumentando el número de responsabilidades (aunque sean con supervisión) consiguiendo al mismo tiempo reforzar sus pequeños éxitos y ofrecerle ayuda, tiempo y afecto.

–Modificar el lenguaje. Cambiar la expresión NO “no corras, no molestes a tus compañeros...” por una comunicación en la que se le diga al niño lo que se espera de él mostrándole cual es la conducta adecuada “me alegro mucho cuando traes los deberes”.

–En este ámbito, como en el familiar, se debe evitar la acusación, la ridiculización y la falta de respeto. En vez de utilizar fórmulas en las que el niño se sienta acusado, ridiculizado, se recomienda usar mejor por ejemplo” yo me siento...”, “yo veo...”

–Potenciar actividades que ayuden a fomentar la integración social del niño con TDAH en el grupo- clase. Por ejemplo, realizar trabajos en grupo, juegos... que favorezcan las relaciones entre todos los compañeros.

En definitiva y como resumen, tanto la familia como los maestros no deben olvidarse de estos cinco puntos clave para mejorar la autoestima: Aceptarlo tanto como persona como sus competencias y éxitos, descubrir que tiene de especial y no dudar en

decírselo, creer siempre en él dándole responsabilidades con vuestra supervisión, ayuda y afecto, enviar mensajes positivos que indiquen lo que esperáis de él y hacer uso de lenguaje de la autoestima en el que se eviten ridiculizaciones y acusaciones, cambiar el verbo ser por estar ya que de esta manera no atacaréis su autoestima, si no que se le muestra la conducta adecuada (Mena y Tort, 2001).

## **6. VALORACIÓN PERSONAL**

A lo largo de la realización del trabajo, la verdad es que me he encontrado con alguna dificultad. Principalmente una de las mayores dificultades ha sido el tiempo unida a la inseguridad en mi misma a la hora de plasmar por escrito todo lo leído y recogido. Siempre que intentaba avanzar, encontraba fallos, creía que no lo estaba desarrollando bien, lo que hacía que me atascara continuamente. Poco a poco fui confiando más en mi trabajo y conseguí terminarlo. Junto a estas dificultades, me encontré con una gran diferencia entre bibliografía encontrada sobre el TDAH y sobre la relación entre el TDAH y el autoconcepto, autoestima y autopercepciones de estos sujetos, lo que hizo más complicada la elaboración del trabajo en sí. Y como última dificultad, ha sido la lectura de artículos en inglés, ya que no es un idioma que domine a la perfección, y me llevaba mucho más tiempo que la lectura de un artículo en castellano.

Cuando buscaba el tema para mi trabajo de fin de grado, pensé en que tenía que tratar sobre un contenido que me llenara tanto personal como profesionalmente, y creo que lo he conseguido. Personalmente, el TDAH es un trastorno que me llama la atención, posiblemente porque sea uno de los primeros trastornos que empecé a conocer más profundamente en la carrera. Y profesionalmente, considero que el conocer más a fondo este trastorno es muy necesario porque como comenté al comienzo del trabajo, es uno de los trastornos con más prevalencia en las aulas. Y si quiero ser una buena maestra, creo que el saber qué es el trastorno y cómo se debe de trabajar con los sujetos que lo padecen es primordial. Además, no solo el conocer el trastorno, también es necesario saber las características que presentan estas personas, concretamente con estos niños la parte más personal y emocional es muy importante, ya que a partir de cómo se

sientan, se vean a sí mismos y por los demás, el resto de entornos se verán influenciados más positiva o negativamente. Es por ello, que como futura profesional, considero que con estos sujetos es muy importante comenzar a trabajar desde el aspecto emocional y personal, desde su autoconcepto y autoestima, saber cómo se ven, qué imagen tienen de sí mismos y partiendo de ahí, utilizando la información que ellos nos aportan de su concepción de ellos mismos, trabajar todo lo demás. Nombrar también, que el informarte sobre este trastorno, TDAH en este caso (u otro cualquiera), te permite como profesional ser un apoyo para la familia, orientarles en los momentos de más incertidumbre, de desesperación por no saber ya qué hacer, como ayudarlo, etc.

Seguramente, no tengo duda, de que este trabajo se puede mejorar, y que sí dentro de un par de años lo vuelvo a leer cambiaría muchas cosas, o incluso lo haría desde el principio cambiando todo. Posiblemente, el poder trabajar en un futuro como profesora con alumnos con estas características me haría ver el trabajo desde otro punto de vista y podría dar mi propia visión, mientras que ahora solo puedo guiarme de la teoría, de lo poco visto en relación a estos niños en las prácticas y de mi escasa experiencia en la asociación en la que estoy colaborando, ya que acaba de crearse.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amador, J.A. y Forns, M. (2001). Características del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de Psicología*. Vol. 32 (4), 5- 21

Artigas Pallares, J. (2003) Comorbilidad en el trastorno por déficit atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36 (Supl.1), 68-78

Asociación Americana de Psiquiatría (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4º ed. rev.). Barcelona: Masson

Asociación Americana de Psiquiatría (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4º ed. rev.). Barcelona: Masson

Bakker, L. y Rubiales, J. (2012). Autoconcepto en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. Vol. 4 (1), 6-11

Barkley, R.A. (1995). A closer look at the DSM-IV criteria for ADHD. *The ADHD Report*, Vol. 3 (3), 1-5

Barkley, R.A. (1998). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2º edición). New York: The Guilford Press

Barkley, R.A; Fischer, M; Edelbrock, C.S y Smallish, L (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by reach criteria: I, An 8 year prospective follow up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 546-557

Bernal Hernández, Jesús (2008). Familia, escuela y niños con TDAH. Relaciones funcionales. En Barkley, Russell A; Fernández Jaén, A.; Peña González, M.; Orjales Villar, I.; Scandar, Rubén A.; Bernal Hernández, J.; Urra Portillo, J. Rojas Marcos, L.; Lázaro Cerván, M. y Fernández, M. F. (Ed.). *Hiperactivos. Estrategias y técnicas para ayudarlos en casa y en la escuela* (154-163). Ediciones: Lo que no existe

Cardenal Hernaez, V. (1999). *El autoconocimiento y la autoestima en el desarrollo de la madurez personal*. Ediciones: Aljibe, S.L.

Clasificación Internacional de Enfermedades (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. (10º Ed.) Madrid: Meditor.

Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación del Profesorado (2012). *Respuesta educativa para alumnado con TDAH*. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte

Fernández Jaén, A.; Fernández Mayoraes, D.M.; López Arribas, S.; García Savaté, C.; Muñiz Borrega, B.; Pardos Véglia, A.; Prados Parra, B.; Calleja Pérez, B. y Muñoz Jareño, N. (2011). Trastorno por déficit de atención/ hiperactividad y su relación con las habilidades sociales y de liderazgo evaluadas a través de un sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (BASC). *Actas Españolas de Psiquiatría*, Vol. 39 (6), 339-348.

Gargallo López, Bernardo (2005). *Niños hiperactivos: Causas, identificación, tratamiento: una guía para educadores*. Barcelona: Ceac D.L.

Garza Morales, S.; Núñez Villaseños, P. S. y Vladimirsky Guiloff, A. (2007). Autoestima y locus de control en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Boletín Médico del Hospital Infantil en México*. Vol. 64, 231-239

Heinsen Guerra, M. (2012). *Autoestima y tacto pedagógico en edad temprana*. Madrid: Ediciones Narcea

Houck, Gail; Kendall, Judy; Miller, Aaron; Morrell, Piper y Wiebe, Gail (2011). Self-Concept in Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, *Journal of Pediatric Nursing*. 26, 239- 247

Jarque, S. (2012). Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Anuario de Psicología*. Vol. 42 (1), 19-33

Lavigne Cerván, R. & Romero Pérez, J. F. (2010). *El TDAH ¿Qué es?, ¿qué lo causa?, ¿cómo evaluarlo y tratarlo?* Madrid: Ediciones Pirámide

Linnea, K; Hoza, B; Tomb, M. y Kaiser, N. (2012). Does a Positive Bias Relate to Social Behavior in Children with ADHD? *Behavior Therapy*. 43, 862-875

Macià Antón, D. (2012) *TDAH en la infancia y la adolescencia. Concepto, evaluación y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide

McQuade, Julia D; Hoza, Betsy; Waschbusch, Daniel A. ; Murray- Close, Dianna y Owens, Julie S. (2011). Changes in Self- Perceptions in Children with ADHD: A Longitudinal Study of Depressive Symptoms and Attributional Style. *Behavior Therapy*, 42, 170-182

Mena Pujol, B. y Tort Almeida, M<sup>a</sup>. (2001). *Autoestima y TDAH*. Fundación Privada ADANA.

Mena Pujol, B.; Nicolau Palou, R.; Salat Foix, L.; Tort Almeida, P. y Romero Roca, B. (2006). *Guía práctica para educadores. El alumno con TDAH (2º Ed.)*. Madrid: Ediciones Mayo, S.A.

Miranda Casas, A; Pastor Soriano, J.C; Roselló Miranda. M<sup>o</sup>.B y Mulas Delgado, F. (1996). Eficacia de las intervenciones farmacológicas en el tratamiento de la hiperactividad. *Psicothema*. 8 (1), 89-105

Molina, M. F. (2013). Revisión del avance en el estudio las autopercepciones de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Revista Neuropsicología Latinoamericana*. 5 (3), 16-24.

Orjales Villar, I. y Polaino Lorente, A. (1994). Estilos atribucionales y autoestima en hiperactividad infantil. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 47 (4), 461-466.

Palacios, Jesús. (1999). Desarrollo del yo. En López, F.; Etxebarria, I.; Fuentes, M.J. y Ortiz, M.J. (Coord.). *Desarrollo afectivo y social*. (231-244) Madrid: Ediciones Pirámide

Pérez Montero, M<sup>a</sup>.A. y Rodríguez Laguia, F. (2011). La importancia de cuidar la autoestima. Obtenido el 28 de Mayo de 2014 de



www.lafamilia.info/colegiosprofesores/conozcoalnino/cuidarautoestima.php?imprimir=1

Quintero, J.; Navas, M; Fernández, A. y Ortiz T. (2009). Avances en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. ¿Qué nos aporta la neuroimagen? *Revista Actas Esp Psiquiatría*, vol. 37, n 6, 352-358

Ramírez Sánchez, D. M. (2011). Estrategias de intervención educativa con el alumnado con trastornos por déficit de atención con hiperactividad- TDAH. *Revista digital Innovación y Experiencias educativas*. Vol. 45

Regina Bussing, M.D; Bonnie T. Zima, M.D y Amy R. Perwien, B.S. (2000). Self-Esteem in Special Education Children with ADHD: Relationship to Disorder Characteristics and Medication Use, *J.Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 39 (10), 1260- 1269

Serrano Troncoso, E; Guidi, M. y Alda Diez, J.A. (2013). ¿Es el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 41 (1), 44- 51

Servicio de Igualdad de Oportunidades, Participación educativa y Atención al Profesorado. (CREENA) (2012). *Entender y atender al alumnado con déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en las aulas*. Departamento de Educación del Gobierno de Navarra

Yáñez Téllez, G.; Romero Romero, H.; Rivera García, L.; Prieto Corona, B.; Bernal Hernández, J.; Marosi Holczberger, E.; Guerrero Juárez, V.; Rodríguez Camacho, M. y Silva Pereyra, Juan F. (2012). Funciones cognoscitivas y ejecutivas en el TDAH. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 40 (6), 293-298.

Ygual Fernández, A.; Miranda Casas, A y Cervera Mérida, J.F. (2000). Dificultades en las dimensiones de forma y contenido del lenguaje en los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Neurología Clínica*. 1, 1

## 7. ANEXOS

### Anexo I

TABLA 1.2.1. Características específicas del TDAH en las diferentes etapas educativas

Educación Infantil	Educación Primaria	Educación Secundaria
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultades para seguir las rutinas del aula.</li> <li>- No obedecen.</li> <li>- Se muestran absorbentes.</li> <li>- Necesitan mucha supervisión.</li> <li>- Su comportamiento es muy movido e imprudente.</li> <li>- Cambian de juego constantemente.</li> <li>- Parece que no siguen ningún orden.</li> <li>- No se entretienen mucho con ninguna actividad.</li> <li>- Suelen tener problemas de adaptación a las situaciones nuevas.</li> <li>- Reaccionan desproporcionadamente a los estímulos ambientales.</li> <li>- Presentan dificultades en el desarrollo del lenguaje.</li> <li>- Presentan pobre coordinación motriz.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les cuesta adquirir los hábitos tanto de higiene como académicos.</li> <li>- Se mueven en exceso durante las clases (levantarse de la silla; ruidos, canturreos...)</li> <li>- Se distraen con cualquier cosa</li> <li>- Realizan comentarios inapropiados que generan conflicto.</li> <li>- Persisten en los problemas de obediencia.</li> <li>- Pueden tener problemas de relación con los compañeros.</li> <li>- Se precipitan a la hora de responder a las preguntas.</li> <li>- Presentan dificultades de organización.</li> <li>- Tienen problemas para seguir las instrucciones.</li> <li>- Evitan realizar tareas que precisen de un esfuerzo mental sostenido.</li> <li>- Presentan las tareas escolares sucias y descuidadas.</li> <li>- Cometan errores en las tareas escolares por descuido.</li> <li>- Se resisten a hacer la tarea.</li> <li>- Pierden u olvidan objetos necesarios.</li> <li>- Baja tolerancia a la frustración</li> <li>- Baja autoestima.</li> <li>- Sus actuaciones se perciben como intencionadas, aunque sean consecuencia de su trastorno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Son capaces de permanecer más tiempo sentados en clase.</li> <li>- Pueden manifestar apatía hacia el instituto.</li> <li>- Se aburren durante las clases</li> <li>- Dificultades a la hora de asimilar conocimientos así como a la hora de transmitirlos.</li> <li>- Tendrán dificultades de organización y planificación</li> <li>- Dificultades para el control del tiempo.</li> <li>- Les cuesta establecer prioridades.</li> <li>- A pesar de que pueden ser inteligentes sus calificaciones son bajas.</li> <li>- Son capaces de sacar buenos resultados en unas asignaturas mientras que fracasan en otras</li> </ul>

Anexo II APA, 2000)

TABLA 3.3.1. Criterios diagnósticos según el DSM- IV-TR (APA.2000)

<p>A. (1) o (2):</p> <p>(1) seis (o más) de los siguientes síntomas de <b>desatención</b> han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:</p> <p><b>Desatención</b></p> <p>(a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades</p> <p>(b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas</p> <p>(c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente</p> <p>(d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)</p> <p>(e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades</p> <p>(f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)</p> <p>(g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)</p> <p>(h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes</p> <p>(i) a menudo es descuidado en las actividades diarias</p> <p>(2) seis (o más) de los siguientes síntomas de <b>hiperactividad-impulsividad</b> han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:</p> <p><b>Hiperactividad</b></p> <p>(a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento</p> <p>(b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado</p> <p>(c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)</p> <p>(d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio</p> <p>(e) a menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor</p> <p>(f) a menudo habla en exceso</p> <p><b>Impulsividad</b></p> <p>(g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas</p> <p>(h) a menudo tiene dificultades para guardar turno</p> <p>(i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos)</p>
---

### Anexo III

TABLA3.3.2. Criterios de investigación para el trastorno de la actividad y la atención  
Cie-10

<b>Déficit de atención</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.</li><li>2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.</li><li>3. A menudo aparenta no escuchar lo que le dice.</li><li>4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas y otras omisiones.</li><li>5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.</li><li>6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas, tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental mantenido.</li><li>7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, tales como material escolar, libros, etc.</li><li>8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.</li><li>9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.</li></ol>
<b>Hiperactividad</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o revolviéndose en el asiento.</li><li>2. Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.</li><li>3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.</li><li>4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.</li><li>5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.</li></ol>
<b>Impulsividad</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.</li><li>2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones de grupo.</li><li>3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de los otros.</li><li>4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.</li></ol>

## Anexo IV

TABLA 3.3.3. Comparación de diferentes aspectos del TDAH, a través de los sistemas DSM-IV y CIE-10

	DMS-IV	CIE-10
<b>Denominación</b>	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Trastornos hipercinéticos
<b>Edad de inicio</b>	Antes de los 7 años	Antes de los 6 años
<b>Duración de los síntomas</b>	Al menos 6 meses	Al menos durante 6 meses
<b>Síntomas nucleares</b>	Desatención e hiperactividad-impulsividad	Falta de atención e hiperactividad
<b>Número de síntomas necesarios para el diagnóstico del trastorno</b>	6 o más de desatención y/o de hiperactividad-impulsividad (de los 9 propuestos para cada agrupación)	6 o más de falta de atención, 3 o más de hiperactividad y al menos 1 de impulsividad
<b>Necesaria la presencia de síntomas en más de un contexto</b>	Sí en os o más (casa y escuela o trabajo)	Si en más de uno (casa, contexto escolar o en evaluación clínica y psicométrica)
<b>Otras áreas afectadas por el trastorno</b>	Actividad social, académica o laboral	Actividad social, académica o laboral
<b>Subtipos</b>	(1) Con predominio de déficit de atención (2) Con predominio hiperactivo-impulsivo (3) Tipo combinado, y (4) No especificado	(1) Trastorno de la actividad y la atención (2) Trastorno hipercinético disocial (3) Otros trastornos hipercinéticos, y (4) Trastorno hipercinético sin especificación

## ENTREVISTA

**PREGUNTA: ¿Qué te hizo sospechar que tú hijo presentaba algún tipo de trastorno?**

RESPUESTA: Bueno... sospechas, sospechas en si no eran. Conforme evolucionaba, a los 9 meses andaba ya normal, que eso puede ser un factor que pueden tener muchos niños, pero donde si se notaron los síntomas, o la sensación de que pudiera tener alguna cosa diferente fue al año que ya se movía en exceso en comparación con los niños de su edad, utilizaba un vocabulario..., pero lo que es en sí trastorno no, más síntomas que te fueran a indicar algo raro, algo diferente.

**P: ¿A partir de qué edad empezaste a notar que tu hijo tenía comportamientos, actitudes diferentes a las de un niño de su edad?**

R: Bueno... como te comento, empecé a notarlas al año, eso era ya... hablando desde el punto de vista de un padre eso era un “infierno”. Eran comportamientos... es que tú lo veías y decías: esto es imposible... las cosas que hace es que son imposibles. Este lo hacía con un año o año y medio, ya se subía por los armarios, no veía ni existía el peligro, saltar de una silla a otra... Tú vas detrás de ellos pensando que se van a caer, y él lo que hacía era no parar si no saltar hasta que se cansara. Luego, no se agotaba, no se agotan, te deja a ti completamente agotado pero ellos continua, siguen... es su cerebro el que les manda, pero eran comportamientos que muchas veces rozaban dentro de lo peligroso, porque ante la no existencia de lo que es para ellos un límite... Claro son niños, los niños tienden a ser curiosos, a tocar todo, a querer conocer todo lo que les rodea, pero claro... esto era ya un comportamiento bastante superior, no era un comportamiento de un niño normal.

**P: ¿En qué situaciones lo notaste?**

R: En situaciones del día a día, desde que se levantaba hasta que se acostaba era ya... multiplícalo por tres o por cuatro. Un niño a esa edad que empieza a moverse y a querer saber todo lo que hay... pues multiplícalo por tres o por cuarenta. Eran situaciones del día a día, en todo... en querer ser el primero en hacer las cosas, en abrirte los armarios, las sillas, las mesas... esconderse, querer ir solo, querer ser autosuficiente. En la edad de 2 y 3

años ha tenido comportamientos autosuficientes de adulto, de decir, dejarlo en la calle e irse solo sin miedo, sin necesidad de preguntar a nadie donde iba, él sabía perfectamente donde iba y lo que hacía. No hay situaciones límites

**P: ¿Pensaste en que podría ser déficit de atención con o sin hiperactividad? ¿Si no es así, que opciones te llegaste a plantear?**

R: Plantear no porque más o menos ya conocía algo del tema, y entonces en el momento que mostró sus inquietudes por llamarlo de alguna manera ya empezamos a estudiarlo, a ver los comportamientos que tenía, ya empezamos a ver que podía ser...

Luego venía de un parto muy difícil y ya nos dijeron que podía presentar algún trastorno, síntoma relativo, Generalmente el TDAH es de nacimiento y por lo general viene provocado en un porcentaje elevado en el parto. Por tanto, en el mío fue un parto de elegir, o salen o no salen, fue un parto muy complicado de 24 horas, muchísimo riesgo y ya nos dijeron que podía desarrollar algo. Y bueno... en el momento que empezó a notar síntomas, empezamos a estudiar, o empecé a estudiar el comportamiento, a averiguar, leer y a ver lo que podíamos encontrar, siempre en contacto con los profesores en la guardería, en la época en la que iba a la guardería para intentar identificar lo que podía desarrollar.

**P: ¿Cuándo fue diagnosticado y cómo fue el proceso diagnóstico?**

R: Pues fue bastante complicado. Con tres años, empezamos a llevarlo a Psicología, al Clínico concretamente, pero bueno... primero empezamos con un psicólogo particular. Lo primero fue medicarlo, mi hijo con tres años ya estaba medicado, pero bueno, te decían son niños movidos, niños que han salido así, lo típico, son movidos, gamberros, ya crecerán, ya pararan... entonces entramos en una dinámica de queremos pero no podemos o sabemos pero no hacemos, hasta que a los 4 años tuvo su primer paro cardíaco por exceso de actividad cerebral propio de la hiperactividad. En este momento, fue cuando realmente comenzaron a preocuparse de él y desde los 4 años y medio ya es cuando empezaron a trabajar con él, ya eran psicólogos, cardiólogos... cada dos meses revisiones y ya empezó a tener los sincopes, porque ya fue cuando empezaron a medicarlo severo, por decirlo de alguna manera. Estaba medicado desde que se levantaba hasta que se acostaba, y claro no todos los cuerpo reaccionan igual y en este caso empezó a presentar una serie de problemas que no han sido reconocidos nunca, que ese es el verdadero problema que tenemos ahora

en el servicio sanitario que yo veo desde mi punto de vista, que estaba muy medicado, sufría continuos sincopes, tuvo que estar ingresado bastantes veces, muchas visitas a urgencias... pero no querían ver o no querían dentro del protocolo de actuación que tienen, en este caso en el Clínico, no lo querían ver o no lo consideraban posible. Pero bueno, las evidencias están ahí y tardaron un año y medio en dar el diagnóstico definitivo, tendría... no llegaría a 6 años. A partir de ahí, ya entra educación, ya es pelear para que sea reconocido por el estado, su plaza a.c.n.e.a.e. y demás, que costó bastante tiempo. El proceso fue muy complicado.

**P: ¿Cómo es el perfil de tu hijo como un niño que padece TDAH?**

R: Pues el perfil de un TDAH en mi caso..., pues es un tanto peculiar, raro, porque se le ha juntado muchas cosas, le ha afectado muchas cosas. Es un TDAH con todo lo que conlleva pero ha sufrido en estos dos últimos años una evolución llamémoslo bastante a lo mejor. En el momento que se le retiró la medicación, por decisión propia, acordándola con la psicóloga del Clínico que era quien lo llevaba y en vista de que estaba sufriendo bastantes problemas físicos y de salud según el protocolo que marcaba el clínico, decidí retirarle la medicación. Un niño que con 11 años pesaba 25 kilos y en un año y medio después pesa 37 kilos, ha engordado bastante, su capacidad para dormir sin medicación es total, no necesita medicación para dormir, duerme perfectamente, incluso con medicaciones le daba las tres y las cuatro de la mañana y no dormía. Se le quitó la medicación y ahora se duerme solo. Pero es un comportamiento, es un TDAH... a nivel personal, físico y psicológico muy afectado. Tiene sus comportamientos típicos, es muy inquieto, tiene que conocer todo lo que le rodea, te obliga a tener que demostrarle todo, se considera por encima de... pero la vez por debajo de... es decir, es una lucha entre la autoestima y el concepto que tiene de él a razón de lo que le muestran los demás. Es un perfil que estaba rozando entre el riesgo de depresión o una persona activa, pero bueno es un perfil de TDAH típico, lo dejaría como típico antes de que se demuestre con lo contrario.

**P: ¿Tiene algún trastorno asociado al TDH?**

R: Claro, al TDAH tiene los trastornos típicos o derivados... Está reconocido por el Ministerio de Educación con trastorno grave de conducta desafiante. Luego a nivel del TDAH típico tiene trastornos derivados de la lectoescritura, etc. lo que es los trastornos



típicos que desarrollan el TDAH, TDA, que son los que realmente le influyen en su comportamiento, evolución... Luego, aparte se le junta la dislexia, es un disléxico hiperactivo.

**P: Desde tu experiencia como padre de un hijo con TDAH, ¿qué tipo de tratamiento le ha funcionado mejor?**

R: Pues si nos remitimos a los datos y a mi experiencia personal, evidentemente la medicación fue lo que le provoco todas sus dificultades. Tratamiento en si no tiene, no se le trato, se le medico. Su tratamiento consistía en una visita de un cuarto de hora al psicólogo, psiquiatra como lo quieran llamar, del Clínico cada dos meses, simplemente una pequeña charla con él. Luego una charla de 5 minutos conmigo y vuelve dentro de dos meses y seguimos funcionando. Cada poco tiempo le cambian la medicación, se la bajan, subían sin tener en cuenta la evolución física del niño o el comportamiento, o digamos el resultado o rechazo que podía presentar. Se le cambió la medicación varias veces que le provocó ingresos directos a urgencias, entonces digamos que han evaluado el comportamiento del niño a nivel profesional pero se han olvidado de que los niños viven 24 horas y no 10 minutos mientras están delante del psiquiatra, tienen una vida. En la vida pueden suceder muchas cosas, entonces tratamiento... evidentemente tratamiento sin medicación lo mejor.

Tratamiento a nivel profesional, no podemos hablar porque realmente en 12 años no lo ha habido, no se le ha puesto un tratamiento más que de medicación, medicación y medicación, entonces no se ha trabajado con él a nivel psicológico, no se ha trabajado correctamente.

**P: ¿Y desde el educativo?**

R: Dentro del campo educativo está reconocido por el estado como plaza A.C.N.E.A.E, tiene su PT, ha tenido su logopeda, su orientadora que están constantemente trabajando con él... la evolución se está empezando a notar ahora. Lleva el niño escolarizado desde los 3 años y ahora que está a punto de salir del colegio, es cuando se nota un poquito la evolución... en este año porque los años anteriores, sí ha tenido su ayuda pero era una ayuda que estaba muy limitada porque realmente los profesores eran quiénes me decía, es que no podemos, si nos metemos con un tema no podemos tratar con el otro.

Entonces el resultado está en que tuvo que repetir curso... va a salir del colegio, va a pasar el curso que viene al instituto y arrastra tres cursos anteriores, tiene problemas con la lectura, escritura, la comprensión, los idiomas, porque no se ha trabajado correctamente, que es la pelea que llevamos día a día, conseguir que se trabaje con ellos como se necesita.

**P: ¿Qué dificultades has tenido que afrontar en el proceso de educación de tu hijo? ¿Qué cambiarías si volvieses a empezar? ¿Qué te ha ayudado en este proceso?**

R: Si hablamos de dificultades a nivel escolar, ya hubo que sacarlo de un colegio por discriminación escolar grave, notitas de eres un inútil, no vales para nada, no te queremos aquí, contigo no se puede trabajar... Un niño que salió con un problema psicológico bastante grave, de hecho uno de los factores que hubo o que primaron para que repitiera curso en el nuevo centro fue precisamente esto, llegó completamente abajo, los profesores al mes de llegar al colegio ya hablaron conmigo y me dijeron que no, que ese curso no se podía sacar porque era un niño que venía arrastrando ya una problemática muy complicada, un grado muy severo a nivel psicológico de hundimiento por llamarlo de alguna manera y de hecho reaccionaba mal ante todo, suspender la gimnasia porque no quería correr, diciendo para que si me vais a poner que no valgo para nada.

Si hablamos a nivel educacional como padre, la complicación es mayor porque primero tienes que aprender a entenderlo, a ponerte en su piel por llamarlo de alguna manera, tienes que estudiarlo como si fuera un “conejillo de indias”, desde que se levanta hasta que se acuesta, Ahí entra ya lo que hablamos siempre, o lo que yo intento defender o conseguir, que los niños son 24 horas al día de vida, los que realmente sufrimos esto somos los padres, los niños van al colegio tantas horas, van al psicólogo tantos minutos... pero al fin y al cabo, los que tenemos que convivir con el TDAH somos los padres, somos los que sabemos o los que mejor conocemos a nuestros hijos cuando evolucionan, cuando lloran, ríen, cuando les duele algo... simplemente saber que les pasa sin que te lo digan, es conocerlos desde dentro. Entonces claro, dificultades a nivel como padre muchísimas, porque no controlan horarios, no controlan tiempos, no tienen capacidad entre comilla para aceptar por ejemplo que le digas pon la mesa, lávate los dientes... son peleas que mantienes a diario, que son muy duras y que muchas veces como padre te hunden, puedes

acabar totalmente destrozado. Llegan días en los que me levanto de la cama pensando y que me voy a encontrar hoy, o como me lo voy a encontrar, un niño que desde que se levanta hasta que se acuesta no para, tener que ir detrás de él porque sabes que si sale del colegio a las 12.30 y tiene que estar en casa a la 13.00 que no te va a llegar, siempre con la preocupación, luego con la conducta, no sabes cómo te va a reaccionar, de hecho te va a cruzar una calle, y con 12 años sigue cruzando la calle y te mira al lado contrario, sigue teniendo dificultades... entonces hay que tener mucho cuidado a la hora de hacer las cosas, de controlarlo y estar muy encima de ellos. Ahora estamos entrando en una edad muy complicada, son ya 13 años y estamos entrando en la edad adolescente y ya no le puedes decir depende que cosas, ya no puedes controlar depende que cosas pero él tiene que entender, o en este caso un TDAH tiene que entender que algo es así.

Dificultades a nivel escolar muchas, pero a nivel personal como padre muchísimas, y eso es para quien lo vive, y lo vivimos realmente nosotros. Me he dedicado a estudiar a mi hijo, y a razón de estudiar a mi hijo puedo hablarte del TDAH, de los comportamientos, de los porqués, de lo que implica, pero porque me he dedicado a estudiar a mi hijo, no lo he dejado y lo he dicho ya crecerá, ya cambiará ya aprenderá... no, hay que ir detrás de ellos y saber lo que tienen, conocerlos y ayudarles, si no, no hay manera. Y está claro que a nivel social, profesional está todavía muy lejos de que se haga realidad.

¿Qué cambiaría? Cambiar, cambiar lo que hay que cambiar es el sistema, realmente lo que hay que cambiar es la forma de ver desde el exterior porque desde el interior como padres sabemos lo que tenemos, sabemos con qué nos enfrentamos, el problema es que lo sepan los demás.

**P: Pero no siempre la familia toma el papel que en tu caso estas tomando, en plan de afrontarlo, estudiar como dices tú a tu hijo... si no de ya crecerá, ya cambiará**

R: Todavía es tabú el tema, el TDAH y partiendo de lo que yo conozco por mi experiencia como padre de un TDAH en este caso y de hablar con otras familias o con gente que se mueve en este entorno, todavía es como un tema tabú. “Es que mi hijo no tiene ningún problema, es que mi hijo es muy listo, no le pasa nada”, los padres queremos que nuestros hijos sean los mejores, que sean perfectos que sean los más listos y más guapos, A nosotros nos vienen y nos dicen, mira es que nuestro hijo tiene este problema, y somos los primeros que no queremos asumirlo. Si nosotros no

queremos asumirlo con los niños no podemos trabajar. En el TDAH es mucho más complicado, implica una serie de factores que deberían tener en consideración, una vez que los padres conocen el por qué, las causas de lo que puede provocar conocerán lo que es el día a día de sus hijos. Yo porque desde el primer momento me preocupé de la evolución de mi hijo, pero ha sufrido mucho y con él los de su alrededor. Entonces cambiar, mi forma de actuar no la cambiaría, seguiría igual, volvería a pelear, a mandar cartas a los mismos sitios.... Cambiaría a lo mejor el punto de partida, tal vez no empezaría desde donde empecé, claro esto te lo da la experiencia, ya sabes donde puedes ir y donde no, pero mi forma de actuar como padre sería la misma.

**P: ¿Y qué te ha ayudado en este proceso?**

R: Mi fuerza de voluntad, no hay más. El decir tengo que sacar a mi hijo a adelante, el solucionar el por qué de sus problemas, es una pelea dónde estás tú solo, no te ayuda nadie. Ayudar me he ayudado yo mismo y mi hijo, las ganas de que mi hijo salga adelante, acabe siendo uno más.

**P: Y ahora, en relación a las autopercepciones, desde tu punto de vista, ¿cómo crees que es el autoconcepto de tu hijo? ¿Y la autoestima?**

R: El autoconcepto lo tiene bastante alto, alto por la sencilla razón de porque se ve superior en determinadas habilidades. Es muy inteligente, es capaz de desarrollarte muchísimos conceptos a nivel intelectual, por decirlo entre comillas, pero desde un punto de vista que claro no se puede meter el tema escolar. A nivel individual como individual en sí, el autoconcepto lo tiene muy alto, es un niño que siempre está por encima, es capaz o se cree que es capaz de hacer cosas que con su edad igual no tendría ni que intentar, entonces eso le da una fuerza interior a la hora de desarrollar ciertas habilidades, no conoce el miedo ni el riesgo, es inteligente y él lo sabe, con 8 años se le desarrollo una examen que dictaminó que tenía una capacidad cerebral de 13-14 años. Como lo sabe, desarrolla un concepto de sí mismo bastante alto en relación a determinadas habilidades y contextos.

**P: ¿Y en ámbito escolar también?**

R: En el ámbito escolar ya entramos a tocar el tema escolar, ya influye el entorno, los profesores, amigos, compañeros, el cómo lo ven, lo tratan los demás.... Le ha costado

muchísimo integrarse, son niños lamentablemente que sufren mucho rechazo tanto por parte de compañeros como por padres de, porque no llegan a comprender, no entienden el por qué actúan de determinadas maneras o por qué se expresan de determinadas maneras, y no lo hacen con mala intención, no con mala voluntad, simplemente no son conscientes de lo que hacen, no llegan a comprender el por qué tienen que moverse tanto a lo mejor o por qué le tienes que explicar varias veces porque un vaso es azul... Po lo que el concepto que tiene en el ámbito escolar es más bajo.

La autoestima la tiene por los suelos, tiene subidas y bajadas muy peligrosas, ha estado en riesgo de depresión controlado, pero al día siguiente puede estar eufórico. Su autoestima a nivel psicológico la tiene muy baja, incluso a los 5 años mi hijo decía que se quería morir porque no valía para nada, pero porque su entorno, sociedad le hacía ver que no valía para nada. Al fin y al cabo se tiene miedo de un TDAH, es la problemática que hay, primero no se les entiende, después no se les comprende y finalmente se les teme. Un TDAH es un niño con una capacidad de movimiento increíble que provoca cierto rechazo.

**P: ¿Qué factores crees que han favorecido o perjudicado para que tu hijo tenga ese autoconcepto? ¿Y para la autoestima?**

R: Factores que ha perjudicado una baja autoestima en mi hijo como ya te he dicho es la sociedad, el trato que tienen los demás con él. Por ejemplo, hubo un tiempo en el que mi hijo no quería salir de casa, salía para ir al colegio, y cuando salía volvía a encerrarse en casa, por miedo al qué dirán de los demás, por cómo le trataran.

Factores en relación al autoconcepto, es la seguridad en el mismo. La seguridad que desde la familia se le ha dado le ha ayudado a ser más seguro de sí mismo, a definirse como persona e individuo, a saber lo que quiere dentro de sus limitaciones por supuesto y a definirse a sí mismo que le está dando fuerza emocional, y es un factor bastante importante a tener en cuenta.

**P: Como padre, ¿Qué crees que debes hacer para aumentar su autoestima?**

R: Eso es complicado, porque nunca aciertas, por mucho que creas que conoces a un hijo, no sabes realmente... y más en la edad en la que estas ahora. Pero el confiar en él, apoyarle

en sus decisiones, hacerle ver que él tiene sus capacidades y limitaciones como todos los demás...

**P: Y en lo que respecta al ámbito escolar, ¿qué crees que pueden hacer desde allí para que su autoconcepto y autoestima mejoren?**

R: Puff... no han podido en 6 años, A nivel escolar es lo que hablamos siempre, entran a una hora, salen de otra, los profesores van cambiando... Si han trabajado con él a nivel psicológico, haciéndole entender el por qué de las cosas, ayudándole a comprender, a desarrollar una serie de pautas para que pueda evolucionar, pero siempre muy cuidadosos. Ha tenido buenos profesores que han hecho lo posible para que él crezca en él, se integre... el cambio de tutora que ha tenido este año, le ha ayudado, porque está trabajando un método diferente, una serie de herramientas que antes no se utilizaban exactamente. Sobre todo con el lenguaje y la escritura están utilizando un método que antes no utilizaban, Por ejemplo con las matemáticas lo mismo, ahora lo que hacen es reducirle a la mínima expresión el encabezado y le dejan tiempo para que lo entienda, y una vez que lo entiende pasan a la práctica, cosa que antes no hacían ya que le limitan el tiempo. Es una tutora que ya venía con conocimientos sobre el TDAH, que ha aplicado estos conocimientos y que han ido evolucionando dando resultados, pequeños pero comparando... justo cuando va a salir del colegio ya, pero si es bueno para él. Por ejemplo, ahora ha aprobado el examen de matemáticas, algo que era impensable hace un tiempo, por lo que su autoestima le sube, para el nivel de autoconcepto también porque está viendo que puede.

**P: Y para finalizar esta entrevista, ¿querías hacer una breve reflexión como persona que ha vivido el TDAH desde tan cerca?**

R: Una reflexión... son muchas. Si hablaremos a nivel profesional, considero que se puede mejorar muchísimo. Desde el punto de vista exterior, hay mucho que cambiar, que mejorar, plantar... y después de que se consigan esas cosas a nivel profesional, entonces creo que podremos conseguir algo. Yo considero que merece la pena 12 años de trabajo, de estudio entre comillas. Tengo a un TDAH en mi casa, y me ha enseñado muchas cosas.

