

Proyecto PANDAH: Informe del Grupo de Trabajo de Educadores

Fulgencio Madrid¹, Ana Miranda², José Javier Gonzalez Laja³ y César Soutullo⁴

(1). Doctor en Derecho. Presidente de la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad; (2). Catedrática de Psicología. Universidad de Valencia; (3). Psicopedagogo y maestro de Educación Especial, especializado en TDAH; (4). Coordinador del proyecto PANDAH. Director de la Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, de la Clínica Universidad de Navarra.

Resumen. Informe del grupo de trabajo de educadores del Proyecto multidisciplinar PANDAH que analiza el TDAH, su detección, la intervención, su tratamiento, el seguimiento necesario y la formación necesaria para los docentes, con el objetivo de identificar las necesidades y puntos clave para su manejo en España.

Objetivos del Proyecto

Analizar el impacto del TDAH en la sociedad, centrándonos principalmente en su impacto: **Sanitario, Económico, Sociológico, Educativo**

Obtener perspectivas, e identificar las necesidades y puntos clave en el manejo del TDAH en España: **Haciendo partícipes a todos los involucrados - A nivel nacional y autonómico**

Preparar el Plan **estratégico multidisciplinar** para el manejo del TDAH que incluya:

- Escenarios futuros y ámbitos de actuación
- Propuestas para mejorar los escenarios actuales
- Listado de acciones claves en el TDAH

Concienciar a la **opinión pública** y a todos los involucrados en el TDAH (Clínicos, profesores, políticos, etc.) sobre:

- El impacto del TDAH en la infancia, adolescencia y edad adulta
- La importancia y los beneficios de una gestión de calidad para el manejo y la detección precoz del TDAH

Esta comunicación muestra los resultados del Grupo de Educadores reunidos en la primavera de 2012

Listado de Participantes	
Beatriz García	Orientadora de un centro concertado (infantil-bachillerato), Madre de un niño diagnosticado de TDAH (Valladolid)
Andrés González	Profesor de primaria en un centro privado (30 años de experiencia). Profesor de aula y apoyo a alumnos con Trastornos del Desarrollo (TD) (Madrid)
Rocío Lavigne	Doctora en Psicopedagogía, Profesora en el departamento de psicología evolutiva y de educación en la Universidad de Málaga, Tesis Doctoral relacionada con el TDAH (Málaga)
Juan Antonio Marín	Profesor de secundaria en un colegio concertado, Profesor de bioética en la Universidad Católica San Antonio de Murcia, Diagnosticado de TDAH (Murcia)
Beatriz Mena	Diplomada en magisterio y psicopedagoga, Directora de la Fundación Adana, Miembro del grupo elaborador de la Guía de Práctica Clínica sobre TDAH en Niños y Adolescentes.

	(Barcelona)
Gregoria Punzón	Profesora de educación infantil especializada en TD y Trastornos de Lectoescritura (TL), Actualmente profesora de Pedagogía Terapéutica (PT). (Madrid)
Raúl Tárraga	Profesor (grado en educación primaria) en la Universidad de Valencia, Amplia experiencia como maestro de educación terapéutica, de educación especial en centros ordinarios y específicos, Tesis doctoral en trastornos del aprendizaje con Ana Miranda. (Valencia)

RESULTADOS

A) TDAH

- **Heterogeneidad del trastorno.** Influye el entorno, el carácter, la personalidad del propio individuo, la posible comorbilidad y el curso evolutivo propio del individuo
- **Subtipos de TDAH, presentación clínica de los subtipos de TDAH:** TDAH-I (subtipo falta de atención predominante), TDAH-HI (subtipo predominante hiperactivo-impulsivo), TDAH-C (combinado) y la última línea de investigación de Russell Barkley donde se menciona el “Sluggish cognitive tempo (SCT)” por la existencia de una alteración atencional y comportamental específica

Tipo de alumnos:

- Todos los subtipos presentan **problemas de aprendizaje**
- Los síntomas deben manifestarse en **mayor intensidad o frecuencia que los de su misma edad, además de persistir durante 6 meses a lo largo del tiempo**
- El **TDAH en el contexto educativo conlleva principalmente un deterioro funcional en la vida del alumno** que sufre el trastorno a nivel académico, social y lúdico
- En la **detección es muy importante el desarrollo evolutivo del trastorno y el desarrollo integral del niño**

DIFICULTADES DE ATENCIÓN Y CONCENTRACION

Problemas en el uso constructivo de la atención a nivel de capacidad para focalizarla y sostenerla, y en su capacidad adaptativa en tareas académicas; Parecen no escuchar; Dificultades para organizar tareas y actividades; Suelen presentar ensoñaciones y abstracciones en sus propios pensamientos; Se distraen con facilidad ante estímulos irrelevantes; Mayor riesgo de presentar dificultades de lectura, escritura y/o lectura; Más difíciles de detectar e identificar especialmente las niñas. Pasan desapercibidos con anterioridad a presentar problemas de rendimiento escolar y es cuando aumenta la exigencia académica y se requiere actividad cognitiva más compleja cuando se detectan; Más retraído, con problemas de habilidades sociales (puede tener más dificultad para relacionarse).

HIPERACTIVIDAD

Inquietud motora excesiva con grandes dificultades para permanecer quietos y un alto grado de movimientos innecesarios; Dificultades para respetar el juego normativo, sus propios límites y los de los demás sobre todo en la dimensión espacio-tiempo; Hablan demasiado y tienen dificultades para organizar las ideas que pretenden transmitir; Generan demasiado ruido durante actividades tranquilas; Puede tener o no problemas de inatención y de habilidades sociales; Lo definen como “el hiperactivo tipo”.

IMPULSIVIDAD

Impaciencia y dificultad para aplazar respuestas y/o esperar turno; Dificultad para cumplir las normas y las limitaciones a pesar de conocerlas; Interrumpen con frecuencia y dan respuestas precipitadas incluso antes de que las preguntas hayan sido completamente formuladas; Dificultad para inhibir lo que están pensando y contestan con lo primero que se les pasa por la cabeza; Inician tareas antes de considerar las instrucciones verbales o escritas; Actúan sin pensar no evaluando las consecuencias de la conducta; Presentan respuestas emocionales muy intensas con una baja tolerancia a la frustración; Pueden mostrarse irritables y ser propensos a perder el control

hiperactividad e impulsividad. Mayor esfuerzo/persistencia lo que conlleva problemas de ansiedad.

Origen/Etiología Multifactorial- Consenso total en que la base es neurobiológica y presenta un coeficiente de heredabilidad del “0,76” (el 76% del cuadro estaría explicado por factores genéticos) aunque existan otros factores o variables externas de tipo ambiental que son también muy importantes ya que influyen significativamente en el curso y desarrollo de la evolutivo del trastorno.

B) DETECCIÓN

Comportamiento disruptivo	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de interacción social con sus iguales y conflictos con docentes • Incremento significativo de las alteraciones de conducta (Niño que pega, muerde, rompe...) • Castigos y pérdida de motivación • Rechazo y burlas de los compañeros
Rendimiento académico	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre todo en los cambios de la etapa de Educación Infantil a Educación Primaria, en el paso de 5º a 6º y el cambio a secundaria • Suelen aparecer trastornos del aprendizaje relacionados con la lectura, las matemáticas, la expresión escrita y el lenguaje • Desajuste y/o fracaso escolar • Aquí los padres empiezan a preocuparse
Problemas interpersonales (autoestima)	<ul style="list-style-type: none"> • Me esfuerzo, pero las cosas no me salen bien • Pérdida de autoestima y mayor riesgo de trastornos de ansiedad o del estado de ánimo • Miedo al fracaso, frustración y labilidad emocional • Empeoran el rendimiento académico y complican la situación

¿Están los educadores pendientes de un DETECCIÓN PRECOZ?

- Depende del nivel de formación
- Realizar una detección precoz y disponer de las medidas necesarias individualizadas permite una mejora hasta en el 80% de los casos:
- Este **patrón se repite con los padres**: Padres desinformados que malinterpretan todo lo que hace su hijo y sólo ven la intencionalidad negativa
- En el **primer ciclo de primaria (1º y 2º primaria)** se detecta rápidamente al niño **hiperactivo**. El niño **inatento** se detecta más tarde al **aumentar las exigencias académicas**
- En todas las etapas educativas es fundamental la **información que llega desde la familia**: No aprende las tareas básicas, niño lento, no acaba nada de lo que empieza...

INFORMACIÓN

Los equipos de orientación recopilan información a través del niño y de su entorno más cercano a través de dos fases:

- **FASE INICIAL**: Solicitud de ayuda y establecimiento de condiciones de relación. Preparación de la técnica y establecimiento del problema
- **FASE EXPLORATIVA Y VALORATIVA**: Se diagnóstica el problema y se recoge la información a través de estrategias y técnicas
- El profesor o los padres detectan y el EOEP evalúa y propone tratamiento psicopedagógico y de formación a padres

- Con la información que recogen a través del niño, entorno y cuestionarios emiten un informe que servirá a los padres para ir al pediatra y al especialista clínico.

DIFICULTADES

Equipos de Orientación: El funcionamiento y las responsabilidades de los equipos de orientación son **diferentes entre CCAA**. Diferencias entre lo que se da en los **colegios públicos, concertados y privados**. **Saturación equipos de orientación** (pueden tardar 2 ó 3 cursos). **Necesidad de diagnóstico clínico** como requisito indispensable en algunas CCAA para realizar la **pre-evaluación**

Incertidumbre padres: Padres que **no dan el consentimiento para derivar a los equipos de orientación**. En los niños más pequeños los padres **piden un tiempo prudencial para ver cómo evoluciona el niño**. La propia incertidumbre entre padre y madre. **La madre es la que más interés denota**. **Aceptación del problema, el desconcierto y la desinformación**

Corrientes contrarias: Equipos de orientación o unidades de salud mental formadas mayoritariamente por profesionales de la rama psicoanalista que no aceptan la existencia y realidad del trastorno.

Tiempo detección: **2 años** hasta establecer un diagnóstico diferencial correcto, los colegios, en muchos casos, **no toman medidas específicas hasta que no reciben el informe del equipo de orientación o USMI**. **No existe ningún marcador biológico o psicológico, prueba o test patognómico que confirme la presencia del TDAH**

NECESIDADES

- Necesidad de establecer medidas legislativas mediante normativa educativa o protocolos de actuación de obligado cumplimiento
- Desarrollar modelos psicoeducativos de detección e intervención precoz eficaces para el TDAH
- Desarrollar programas de formación y apoyo para todos los profesionales y agentes implicados en la detección, el diagnóstico y el tratamiento del TDAH.

C) INTERVENCION

Tras la detección pueden darse tres situaciones diferentes que hacen variar la intervención:

1. Diagnóstico: Confirmación diagnóstica de **TDAH e informe** - Medidas y orientaciones específicas para el TDAH
2. Diagnóstico por definir: Valoración de una **comorbilidad y/o de otra posible problemática o dificultades** en la mayoría de ocasiones relacionadas con trastornos del aprendizaje- Medidas y orientaciones específicas para el posible trastorno (Ej. Trastornos de aprendizaje: lectura (dislexia), matemáticas, expresión escrita y lenguaje)
3. No diagnóstico: Al parecer, no existen criterios diagnósticos para **TDAH o no se ha sabido diagnosticar correctamente- NO HAY INTERVENCIÓN** por parte del centro, no se pueden tomar medidas específicas. El niño queda a la “buena voluntad” del maestro

IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN TEMPRANA

Es importante la intervención preventiva el manejo de los problemas atencionales en la escuela **introduciendo cambios en el ambiente físico del aula y adaptaciones en las estrategias instruccionales** dirigidas a dinamizar el proceso de enseñanza-aprendizaje

Un abultado número de investigaciones muestran que la severidad de los problemas atencionales en el ciclo de Educación Primaria predice el estatus académico de los estudiantes con TDAH y que a su vez el bajo rendimiento académico predice la pérdida de empleo

ADAPTACIÓN CURRICULAR

Es una modificación en los elementos curriculares, bien en los de acceso o en los propiamente curriculares (objetivos, contenidos, evaluación, competencias básicas, metodología, estrategias de aprendizaje), que trata de dar respuesta a las necesidades educativas de los alumnos.

Según su significatividad o grado en el que se partan del currículo: **Adaptaciones curriculares no significativas y Adaptaciones curriculares significativas. En el caso de niños y jóvenes con TDAH suelen ser suficientes con las NO significativas**

D) TRATAMIENTO

- a. Debe ser **multidisciplinar**
- b. Debe estar basado en una **valoración global y en un diagnóstico correcto**
- c. Tanto la evaluación, el diagnóstico como el tratamiento deben abordarse siempre desde una **perspectiva multidisciplinar en los contextos naturales del niño**

Con el objetivo de disminuir la frecuencia e intensidad de los síntomas cardinales y de la posible comorbilidad psiquiátrica facilitando estrategias para su control tratando de proporcionar un mayor ajuste al medio, ya que actualmente, no se dispone de un tratamiento curativo para el mismo.

Tratamiento farmacológico:

- Siempre debe ser instaurado por un **profesional de la medicina**
- Demandan la **especialidad de psiquiatría infanto-juvenil**
- Señalan que el **profesional médico que pauté la medicación tiene que tener formación en el trastorno** y “estar cerca”/en contacto con la familia/escuela y escuchar la información que remitan los padres/escuela de cara a ajustes de dosis y conocer cómo evoluciona el niño. Tiene que dar información de la oferta terapéutica en España, qué medicamentos son de primera elección, etc.
- Señalan los **beneficios de la medicación de liberación prolongada** porque permite trabajar bien con el niño (mayor concentración, menos movimiento, interactúan mejor con los compañeros) durante el horario escolar
- Señalan los **miedos que remite la familia por los efectos adversos relacionados con la:** Adicción, crecimiento, peso, alimentación, problemas cardíacos...
- Para los padres es importante la **opinión del profesor** en cuanto al tratamiento farmacológico y a veces ésta **puede ser contraria a lo que recomienda el profesional médico**. En otros casos la información ofrecida por el profesor puede no ser del todo cierta por falta de información y objetividad

- Aunque en **general los centros colaboran para que el niño tome la medicación en horario escolar**, hay CCAA donde este compromiso no existe (Castilla La Mancha por ejemplo), de manera que el niño no toma la medicación en horario escolar.
- En la adolescencia surge la **controversia entre tomar la medicación o abandonarla** ya que pueden tomar la decisión de “querer ser ellos mismos”.

E) SEGUIMIENTO

- El seguimiento profesional que reciba el niño tras **el diagnóstico dependerá en mayor medida de las comorbilidades particulares** y de las necesidades que presente en función del curso evolutivo del trastorno y de la existencia o no de una posible comorbilidad psiquiátrica
- Demandan del profesional clínico que oriente a los padres también en la **toma de decisiones terapéuticas** en concordancia con los demás profesionales con el objetivo de facilitar el proceso de toma de decisiones
- Generalmente la **comunicación suele ser del educador al psiquiatra y no al revés (no hay vuelta de información)**.
- El educador espera un **seguimiento más continuo del clínico**, sobre todo al inicio del tratamiento tanto para el ajuste de dosis como para otros aspectos de funcionamiento cognitivo y conductual en el contexto escolar a lo largo del proceso.

F) FORMACION

- **Escasa formación básica a los futuros profesores** si se tiene en cuenta que esta patología en el contexto escolar se sitúa entre el 4-7%. Actualmente en los 4 años que dura el grado sólo se imparte una asignatura de 6 créditos en el segundo año, donde el TDAH ocupa una parte junto a otros problemas de aprendizaje. Dicha formación debería extenderse al máster que se realiza en el caso de secundaria para el acceso a la docencia en este ciclo.
- Es fundamental desarrollar y gestionar adecuadamente una **formación continua y permanente de calidad para que los docentes** puedan adquirir los conocimientos necesarios para responder debidamente a las dificultades y necesidades particulares que puedan presentar los alumnos.
- **Concienciación del colectivo docente** que resulte y repercuta positivamente en un cambio de actitud frente al trastorno mediante la implantación de una normativa legislativa o protocolo de actuación de obligado cumplimiento a nivel educativo.

Trabajo publicado originalmente en:

Navarro, J; Fernández, M^a.T^a; Soto, F.J. y Tortosa F. (Coords.) (2012) *Respuestas flexibles en contextos educativos diversos*. Murcia: Consejería de Educación, Formación y Empleo.

<http://diversidad.murciaeduca.es/publica.php>