

Universidad Católica de Santa María

Escuela de Postgrado

Maestría en Derecho de Familia



**NECESIDAD DE REGULAR MECANISMOS LEGALES ANTE LA
DESPROTECCIÓN DE PERSONAS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE
ATENCIÓN, HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD, AREQUIPA 2017.**

Tesis presentada por el Bachiller:

Angulo Cuba, Juan Ignacio

Para optar el Grado Académico de:

Maestro en Derecho de Familia.

Asesor:

Mg. Cornejo Coa, Abel Cleto

**Arequipa, Perú
2019**

DICTÁMEN

(Borrador de Tesis)

Al : Doctor José Villanueva Salas
Director de la Escuela de Postgrado

Del : Dr. Eliseo Chávez Chávez

Asunto : Dictamen del Borrador de Tesis: " DESPROTECCIÓN LEGAL DE PERSONAS CON
TRANSTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN, HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD (TDAH) Y PROPUESTA
LEGISLATIVA, AREQUIPA, 2017"

Presentado : Por el Bachiller, Juan Ignacio, Angulo Cuba, para optar el Grado
Académico de MAESTRO EN DERECHO DE FAMILIA

Expediente : Nº 20170000030918

Fecha : 18 de Marzo del 2019

.....

Es grato dirigirme a su persona, para saludarlo y en referencia al Borrador de Tesis presentado por el Bachiller Juan Ignacio Angulo Cuba, Borrador que ha sido revisado y que presenta algunas observaciones, siendo las más importantes las siguientes:

- ✓ En el proyecto debe precisarse el Campo, Área y línea de la investigación. Así mismo, deben tener relación los cuadros de operacionalización de variables con el de las técnicas e instrumentos,
- ✓ • En la Tesis debe compaginarse en números romanos desde la primera hasta antes del primer capítulo, luego en números reales en forma secuencial.
- ✓ • Debe de anotarse la olas páginas relacionadas al Índice.
- ✓ En el dictamen sobre el proyecto se recomendó que el cuestionario de preguntas dirigidas a los Abogados, no sean de respuestas pares, es decir SI o NO, debiendo platearse más alternativas de respuestas. Situación que no se cumplió.
- ✓ • Luego de cada Tabla, lo que se ha presentado es una meras descripción de las mismas, faltándole hacer un análisis e interpretación de las mismas.
- ✓ • Antes de las conclusiones se recomienda presentar un análisis e interpretación de los resultados en forma general.

Por lo anterior, una vez subsanadas las observaciones, puede pasar a la fase de presentación formal de la tesis, no necesitando de un nuevo dictamen, salvo mejor parecer.

Es todo cuanto informo a Usted.

Atentamente.



Dr. Eliseo Chávez Chávez

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : DR. JOSE A. VILLANUEVA SALAS
Director de la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica de Santa
María

DE : MG. ABEL CORNEJO COA
Miembro del Jurado Dictaminador

ASUNTO : Borrador de tesis "NECESIDAD DE REGULAR MECANISMOS LEGALES
ANTE LA DESPROTECCIÓN DE PERSONAS CON TRANSTORNO POR
DEFICIT DE ATENCION, HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD,
AREQUIPA 2017".

BACHILLER : JUAN IGNACION ANGULO CUBA

FECHA : 11-06-2019

Me dirijo a usted a efecto de emitir el dictamen solicitado por su Despacho, correspondiente al maestrista JUAN IGNACIO ANGULO CUBA, quien ha presentado el borrador de tesis de la referencia, el mismo que reúne los requisitos de procedibilidad exigidos, al ser un tema relevante y de posible ejecución, por lo que debe aprobarse, debiendo **previamente** completar la dedicatoria y el agradecimiento.

Es todo cuanto informo a Usted.

Atentamente



ABEL CORNEJO COA
DOCENTE



**DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO
DE MAGISTER EN DERECHO DE FAMILIA**

Señor Director de la Escuela Post Grado
De la Universidad Católica de Santa María

Doctor
Hugo Tejada Pradell
Arequipa

Visto el borrador de tesis intitulado:

**“DESPROTECCION LEGAL DE PERSONAS CON TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION,
HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD (TDAH) Y PROPUESTA LEGISLATIVA, AREQUIPA 2017.”**

Presentado por el señor Bachiller **JUAN IGNACIO ANGULO CUBA**, para optar el grado académico de Magister en Derecho de Familia; como integrante del jurado Dictaminador emito el siguiente dictamen:

El Proyecto de investigación presentado y borrador de tesis para dictaminar aborda un tema interesante, actual y de interés social, y habiéndose subsanado y aclarado las observaciones planteadas

SOY DE OPINION que se apruebe el presente borrador

SALVO MEJOR PARECER

Arequipa 2019 marzo 08



Magister Max Marco Delfin Rivera Dueñas
Dictaminador

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : DR. JOSÉ VILLANUEVA SALAS
Director de la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica de Santa
María

DE : DR. ABEL CORNEJO COA
Miembro del Jurado Dictaminador

ASUNTO : Proyecto de tesis titulado "DESPROTECCIÓN LEGAL DE PERSONAS
CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN, HIPERACTIVIDAD
E IMPULSIVIDAD (TDAH) Y PROPUESTA LEGISLATIVA, AREQUIPA
2017".

BACHILLER : JUAN IGNACIO ANGULO CUBA

FECHA : 06-03-2019

Me dirijo a Ud. a efecto de emitir el dictamen solicitado por su Despacho, correspondiente al maestrista JUAN IGNACIO ANGULO CUBA, para el cual formulo las siguientes observaciones:

1. Se recomienda reducir el título puesto que el título de investigación es impreciso, se recomienda el siguiente: NECESIDAD DE REGULAR MECANISMOS LEGALES ANTE LA DESPROTECCIÓN DE PERSONAS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN, HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD, AREQUIPA 2017.
2. De acuerdo al título definir adecuadamente las variables, indicadores y subindicadores guardando la correspondencia entre causa y efecto (independiente y dependiente si las hubiere o variables no relacionables).
3. Rehacer las preguntas y por ende los objetivos, recuerde que es una pregunta y objetivo por cada variable y uno que las relacione, no olvidando que los objetivos deben circunscribirse al tema materia de investigación no a temas que no se evidencian en el título.

4. Definir apropiadamente la hipótesis de estudio conforme a las variables debidamente identificadas.
5. Rehacer el orden del informe final de tesis de conformidad con el reglamento emitido por la Universidad, puesto que el orden que contiene es inapropiado para una tesis de maestría

Es todo cuanto informo a usted,

Atentamente,



ABEL CORNEJO COA
DOCENTE



El presente trabajo lo dedico a mi esposa que me ha
apoyado en mis estudios y elaboración de tesis.



Agradezco a los profesores de la Escuela por
su dedicación y apoyo.

INDICE GENERAL

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: Marco Teórico	4
1. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) - Concepto	5
2. Tipos de TDAH.....	8
2.1. TDAH, tipo combinado	8
2.2. TDAH, tipo con predominio del déficit de atención	8
2.3. TDAH, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo	8
3. Comprensión de los niños que tienen TDAH	8
4. Naturaleza del TDAH: trastorno o problema.....	11
5. Cambios según la edad	14
5.1. El TDAH en niños y adolescentes	14
5.2. El TDAH en adultos	16
6. Entorno apropiado para los niños y personas con TDAH	17
7. Diagnóstico del TDAH.....	18
8. Trastornos asociados al TDAH o que se parecen a él sin serlo.....	19
8.1. El trastorno negativista desafiante	19
8.2. El trastorno disocial.....	19
9. Conocimiento del TDAH en el tiempo	22
10. Causas del TDAH.....	23
11. El cerebro de estos pacientes	25
12. Análisis genéticos para conocer si se padece TDAH	26
13. Tratamiento del TDAH.....	27
13.1. Tratamiento psicológico para el TDAH de niños y adolescentes	28
13.1.1. Terapia de conducta.....	28
13.1.2. Entrenamiento para padres.....	29
13.1.3. Terapia cognitiva	30
13.1.4. Entrenamiento en habilidades sociales	30
13.2. Tratamiento psicopedagógico para el TDAH de niños y adolescentes.....	30
13.3. Tratamiento farmacológico para el TDAH de niños y adolescentes	31
13.3.1. Efectos secundarios más frecuentes de los fármacos para el tratamiento del TDAH	32
13.3.2. Duración del tratamiento farmacológico.....	33

14.	El TDAH en el Perú	33
15.	Consecuencias del TDAH	34
15.1.	Consecuencias en la vida escolar	34
15.2.	Consecuencias en la vida familiar y el funcionamiento familiar	35
15.3.	Consecuencias en las relaciones con los compañeros y relaciones sociales	35
15.4.	Consecuencia sobre la Autoestima	35
15.5.	Consecuencias sobre la salud y seguridad	36
15.6.	Consecuencias en el plano laboral	37
16.	El TDAH en el Derecho Comparado	37
16.1.	Legislación Española sobre el TDAH.....	38
16.2.	Decreto N.º 221/2015, de 2 de septiembre de 2015, por el que se establece el currículo del Bachillerato en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.	38
16.2.1.	Objeto de la norma	38
16.2.2.	De la Equidad en la educación y necesidades específicas	39
16.2.3.	De la Equidad en la educación y dificultades específicas de aprendizaje	40
16.3.	Decreto n.º 220/2015, de 2 de septiembre de 2015, por el que se establece el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. ...	41
16.4.	Orden de 20 de noviembre de 2014, de la Consejería de Educación, Cultura y Universidades por la que se regula la organización y la evaluación en la Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (Ministerio de Educación, 2019).....	42
16.4.1.	De la equidad en la educación y atención individualizada	42
16.4.2.	De la evaluación y promoción	43
16.5.	Declaración de Consenso Internacional sobre el TDAH de Enero del 2002.	43
17.	El TDAH la Ciencia.	44
18.	EL TDAH no es un trastorno benigno.	47
CAPÍTULO II: Metodología		48
1.	Técnicas, Instrumentos y Materiales de Verificación.	49
1.1.	Técnicas.....	49
1.2.	Instrumentos.	49
1.3.	Materiales.	50
2.	Campo de Verificación.....	50
2.1.	Ubicación Espacial	50
2.2.	Ubicación Temporal.	50
2.3.	Unidades de Estudio.	50
3.	Estrategia de Recolección de Datos.....	51
3.1.	Organización.	51
3.1.1.	Autorización.	51

3.1.2. Prueba Piloto.	51
3.2. Recursos.	51
3.2.1. Recursos Humanos.	51
3.2.2. Recursos Económicos.	51
3.3. Validación de los Instrumentos.	51
3.4. Criterios para el Manejo de los Resultados.	51
CAPÍTULO III: Resultados y Discusión	53
1. Desprotección legal de las personas con TDAH respecto a salud, educación y deporte, inserción laboral, capacitación, campañas de concienciación e información a la comunidad, orientación a la familia e implementación de políticas, Arequipa 2017.	54
2. Existencia de normatividad que regule a las personas que padecen TDAH.	67
3. Desprotección de Personas con Trastorno por Déficit de Atención, Hiperactividad e Impulsividad: Propuesta legislativa.....	68
3.1. Propuesta Legislativa “LEY GENERAL DE LA PERSONA CON TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH).....	85
DISCUSIÓN	90
CONCLUSIONES	93
RECOMENDACIONES	94
ANEXOS	97
ANEXO 1 CUESTIONARIO PARA ABOGADOS	
ANEXO 2 FICHA DOCUMENTAL	

INDICE DE TABLAS

TABLA 1 ¿Sabe usted que el TDAH son las siglas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, que es un trastorno de carácter neurobiológico originado en la infancia que implica un patrón de déficit de atención, hiperactividad y/o impulsividad?.....	55
TABLA 2 ¿Tiene usted conocimiento que el TDAH lo padece aproximadamente el 5% de la población peruana?.....	57
TABLA 3 ¿En Perú existe tratamiento legal específico para las personas que padecen TDAH?	59
TABLA 4 Al no existir normativa en relación a las personas que padecen TDAH, ¿Considera usted que este grupo se encuentra desprotegido?.....	61
TABLA 5 Considerando que aproximadamente el 5% de la población peruana padece TDAH, ¿Es usted de la opinión que resulta importante la emisión de una ley que proteja a estas personas? .	63
TABLA 6 ¿Considera que esta norma colaboraría en la labor que realizan las familias que tienen a su cuidado a personas con TDAH?	65
¿La norma sobre las personas con TDAH, debe contener un tratamiento integral de estas personas?.....	69
TABLA 8 ¿Entre los aspectos que esta norma debiera considerar se encuentra lo relacionado a la educación y salud de estas personas?.....	71
TABLA 9 ¿La ley sobre TDAH debe comprender los aspectos de deporte?	73
TABLA 10 ¿La norma sobre esta materia debe considerar los aspectos de inserción laboral de las personas con TDAH?	75
TABLA 11 ¿Considera usted importante que la norma comprenda además la capacitación de estas personas?.....	77
TABLA 12 En su opinión ¿debe considerarse campañas de concientización e información a la comunidad sobre el TDAH y las personas que lo padecen?	79
TABLA 13 ¿Esta ley debería legislar sobre orientación a las familias que tienen a su cuidado personas que padecen TDAH?	81
TABLA 14 ¿La ley debería también abarcar la implementación de políticas a favor de las personas que padecen TDAH?	83

ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1 ¿Sabe usted que el TDAH son las siglas de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, que es un trastorno de carácter neurobiológico originado en la infancia que implica un patrón de déficit de atención, hiperactividad y/o impulsividad?	56
Gráfico 2 ¿Tiene usted conocimiento que el TDAH lo padece aproximadamente el 5% de la población peruana?.....	58
Gráfico 3 ¿En Perú existe tratamiento legal específico para las personas que padecen TDAH?.....	60
Gráfico 4 Al no existir normativa en relación a las personas que padecen TDAH, ¿Considera usted que este grupo se encuentra desprotegido?.....	62
Gráfico 5 Considerando que aproximadamente el 5% de la población peruana padece TDAH, ¿Es usted de la opinión que resulta importante la emisión de una ley que proteja a estas personas?.....	64
Gráfico 6 ¿Considera que esta norma colaboraría en la labor que realizan las familias que tienen a su cuidado a personas con TDAH?.....	66
Gráfico 7 ¿La norma sobre las personas con TDAH, debe contener un tratamiento integral de estas personas?.....	70
Gráfico 8 ¿Entre los aspectos que esta norma debiera considerar se encuentra lo relacionado a la educación y salud de estas personas?	72
Gráfico 9 ¿La ley sobre TDAH debe comprender los aspectos de deporte?	74
Gráfico 10 ¿La norma sobre esta materia debe considerar los aspectos de inserción laboral de las personas con TDAH?	76
Gráfico 11 ¿Considera usted importante que la norma comprenda además la capacitación de estas personas?.....	78
Gráfico 12 En su opinión ¿debe considerarse campañas de concientización e información a la comunidad sobre el TDAH y las personas que lo padecen?	80
Gráfico 13 ¿Esta ley debería legislar sobre orientación a las familias que tienen a su cuidado personas que padecen TDAH?	82
Gráfico 14 ¿La ley debería también abarcar la implementación de políticas a favor de las personas que padecen TDAH?	84

RESUMEN

La presente investigación es de tipo documental y de campo, y evaluó la Necesidad de Regular Mecanismos Legales Ante la Desprotección de Personas con Trastorno por Déficit de Atención, Hiperactividad e Impulsividad, Arequipa 2017. Se trabajó con una muestra de 99 abogados colegiados en el Colegio de Abogados de Arequipa. Los resultados mostraron, entre otros que la desprotección de las personas que padecen Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) abarca principalmente los campos de salud, educación y deporte, inserción laboral, capacitación, campañas de concienciación e información a la comunidad, orientación a la familia e implementación de políticas, lo que es corroborado por los profesionales en Derecho, quienes de manera muy mayoritaria consideran que al no existir normativa este grupo se encuentra desprotegido, siendo importante la emisión de una ley que los proteja lo que colaboraría en la labor que realizan las familias que tienen a su cuidado a estas personas. Asimismo, se encontró que en la legislación peruana no existe normativa alguna que proteja a las personas que padecen Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). De igual forma se estableció que la propuesta legislativa respecto a las personas que padecen Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) tiene por finalidad establecer el marco legal integral para la promoción, protección y realización en condiciones de igualdad, de los derechos de estas personas, de tal forma que alcancen su desarrollo e inclusión plena en la vida del país.

Palabras claves: Desprotección legal, TDAH

ABSTRACT

The present investigation is of documentary and field type, and it evaluated the Need to Regulate Legal Mechanisms Before the Deprotection of Persons with Attention Deficit Disorder, Hyperactivity and Impulsivity, Arequipa 2017. We worked with a sample of 99 lawyers registered in the School of Lawyers of Arequipa. The results showed, among others, that the lack of protection of people suffering from Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) mainly covers the fields of health, education and sport, labor insertion, training, awareness campaigns and information to the community, orientation to the family and implementation of policies, which is corroborated by legal professionals, who in a very majority consider that since there is no regulation this group is unprotected, being important the issuance of a law that protects what would collaborate in the work carried out by the families that take care of these people. Likewise, it was found that in Peruvian legislation there are no regulations that protect people suffering from Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Likewise, it was established that the legislative proposal regarding people suffering from Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) has the purpose of establishing the integral legal framework for the promotion, protection and realization under equal conditions, of the rights of these people, in such a way that they reach their development and full inclusion in the life of the country.

Keywords: Legal unprotection, ADHD

INTRODUCCIÓN

El TDAH son las siglas de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Se trata de un trastorno de carácter neurobiológico originado en la infancia que implica un patrón de déficit de atención, hiperactividad y/o impulsividad, y que en muchas ocasiones está asociado con otros trastornos comórbidos.

Las personas que padecen este mal, que son parte integrante de una familia y que se encuentran al cuidado de éstas, representan un poco más del 5% de la población del país, lo que significa que un poco más de 1 millón y medio de peruanos tienen este trastorno, encontrándose entre ellos a niños, adolescentes y adultos, lo que a su vez afecta a un número igual de familias en el país.

Se considera que la población en general no conoce mucho acerca del TDAH, lo que resulta necesario a efectos de tomar consciencia de sus características y consecuencias, con el fin de proponer una regulación legal integral, que a la fecha no existe, y que considere entre otros, los aspectos con los que diariamente lidian en la colectividad las familias y/o padres que tienen a su cuidado a las personas que padecen TDAH, al margen que se trate de niños, adolescentes y/o adultos.

Estos aspectos desconocidos de las personas con TDAH son los de salud (diagnóstico), educación, campañas de información a la comunidad y orientación a la familia, lo que tiene como consecuencia, entre otros, la discriminación de la que es víctima este grupo poblacional, afectando seriamente el entorno familiar, que también procura el bienestar de estos miembros.

Este es precisamente el tema materia de estudio, la necesidad de regular mecanismos legales ante la desprotección de personas con trastorno por déficit de atención, hiperactividad e impulsividad, Arequipa 2017, con el que se espera a coadyuvar a solucionar la problemática que se presenta.

Hipótesis.

Dada la desprotección legal de las personas con trastorno por déficit de atención, hiperactividad e impulsividad (TDAH) existente en Perú, respecto a salud, educación y deporte, inserción laboral, capacitación, campañas de concienciación e información a la comunidad, orientación a la familia e implementación de políticas,

Es probable que ello determine la necesidad de regular mecanismos legales ante la desprotección de estas personas.



Objetivos.

- 1.- Determinar la desprotección legal de las personas con TDAH respecto a salud, educación y deporte, inserción laboral, capacitación, campañas de concienciación e información a la comunidad, orientación a la familia e implementación de políticas.
- 2.- Establecer la existencia de normatividad que regule a las personas que padecen TDAH.
- 3.- Mecanismos legales necesarios ante la desprotección legal de personas con TDAH: propuesta legislativa.





CAPÍTULO I:

Marco Teórico

1. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) - Concepto

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno de origen neurobiológico que se inicia en la edad infantil y que afecta entre un 3-10 % de niños en edad escolar. Los síntomas principales son la hiperactividad, la impulsividad y el déficit de atención. (González, 2014)¹

Las características del TDAH son las siguientes.

- **Hiperactividad**

Se manifiesta por un exceso de movimiento en situaciones en que resulta inadecuado hacerlo y en diferentes ámbitos (casa y escuela). Tienen grandes dificultades para permanecer quietos cuando las situaciones lo requieren (se levantan del asiento, lo tocan todo, no paran quietos, parecen “movidos por un motor”). Son ruidosos y hablan en exceso durante actividades que requieren tranquilidad.

- **Inatención**

Se caracteriza por dificultades para mantener la atención en tareas que suponen un esfuerzo mental sostenido. A menudo parecen no escuchar, les cuesta seguir órdenes e instrucciones y tienen dificultades para organizar tareas y actividades con tendencia a los olvidos y a perder objetos.

Suelen distraerse con facilidad ante estímulos irrelevantes. Las dificultades de atención suelen aparecer más frecuentemente durante la etapa escolar cuando aumenta la exigencia académica. (APA, 2013)²

¹ González, A. (2014). *La atención y sus alteraciones: del cerebro a la conducta*. México: Ediciones UNAM, págs. 207-210.

² American Psychiatric Association. DSM-5 (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. USA, Editorial de la American Psychiatric Association, pág. 28-33.

- **Impulsividad**

Se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas o esperar el turno. A menudo interrumpen y dan respuestas precipitadas antes de que las preguntas hayan sido completadas.

En general, se caracterizan por actuar sin pensar, no evaluando las consecuencias de la conducta. Los niños y adolescentes con TDAH tienen problemas para controlar su comportamiento y ajustarse a las normas, presentando así dificultades de adaptación familiar, escolar y/o social.

Son el personaje incordiante, que altera a todas horas la tranquilidad y la armonía familiar, y que además tiene la rara habilidad de poner, en un santiamén, a cualquiera al borde de un ataque de nervios, ha estado presente en nuestros hogares desde siempre... y también en las aulas escolares.

Al respecto cabe la pregunta ¿por qué hay ahora tantos niños a quienes se etiqueta como afectados por el TDAH y antes no los había? Por un motivo muy simple: antes se desconocía este trastorno como tal, y los adultos, padres y maestros, sorprendidos por la manera de ser de estos niños movidos y distraídos, se limitaban a culpar al niño revoltoso e impetuoso que alteraba el apacible clima familiar o alborotaba a los compañeros de clase con sus continuas distracciones. Le infligían castigos, verbales y físicos, dependiendo de los métodos punitivos imperantes y permisibles de cada época. Siempre hubo TDAH, pero antes el problema no estaba visibilizado.

“De dónde ha salido este niño?” se preguntan incrédulos los padres cuando ven a este demoniete de dos o tres años que no se está quieto, corre de aquí para allá y pone patas arriba toda la casa. “Ya cambiará cuando crezca”, intentan consolarse mutuamente los progenitores.

Pero la cosa no solo no cambia, sino que además empeora. A veces se intenta justificar la conducta del retoño colgando el sambenito a alguno de los progenitores: “Tú eras igual que él de pequeño, según dice tu familia”; de este modo, algunos obtienen un consuelo parcial con aquello de que “De tal palo, tal astilla”. Desconcertados, los padres comienzan a decirse: “Bien, pero algo habrá que hacer”

a medida que crece el niño. Y se producen los avisos amenazantes de las escuelas en que recala el niño. (González, 2014)³

“¿Aún no le dan la pastillita a su hijo?” reprenden con severidad algunos maestros a los perplejos progenitores), las quejas de los padres de los compañeros (“Su hijo molesta al mío” o “No está invitado a la fiesta de cumpleaños de nuestro hijo”) o la proliferación de visitas a profesionales especialistas (y surgen las dudas sobre si medicar o no).

Aquí empieza el periplo, el peregrinaje en busca de consejos y soluciones, la auténtica biografía del niño movido y de sus sufridos padres.

Muchos de estos niños hiperactivos nos dan la impresión de estar muy tensos y al mismo tiempo asustadizos. Aunque parecen dar rienda suelta a sus energías motrices como si nada del entorno les importara, al mismo tiempo están a la defensiva, mirando de reojo a su alrededor, esperando el ataque imprevisible de algún peligro que les aceche.

Que tanto puede ser el aviso continuo repetido cantidad de veces al día (“¡Estate quieto!”, “¡No estés en las nubes!”, “¡No te muevas!”), como la bronca cotidiana que se lleva por parte del padre o del maestro, hartos ya de su conducta. (APA, 2013)⁴

Sí, estos niños movidos y dispersos, aparentemente pletóricos de vitalidad y de seguridad en sí mismos, se nos antojan criaturas frágiles, tremendamente inseguras. Se sienten frustrados porque el mundo en que viven, amenazante y punitivo, no es el lugar placentero en que desearían vivir, y también están desconcertados, porque no entienden lo que les pasa ni por qué les machaca su entorno habitual que, en apariencia, debería serles afable y amigable.

Hacer comprender a estos niños el porqué de su manera de ser y las consecuencias que produce su conducta en las gentes que les rodean es una manera de que entiendan

³ González, A. (2014). La atención y sus alteraciones: del cerebro a la conducta. México: Ediciones UNAM, págs. 207-210.

⁴ American Psychiatric Association. DSM-5 (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. USA, Editorial de la American Psychiatric Association, pág. 28-33.

algo de lo que les pasa. Y si, además, tenemos la suerte de saber explicar esto a sus padres, maestros y demás cuidadores, estamos todos empezando a comprender un poco más las situaciones que plantean estos niños movidos, sin que tengan por qué ser TDAH.

2. Tipos de TDAH

El DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición, texto revisado) de la Asociación Americana de Psiquiatría (2001) clasifica el TDAH en tres tipos:

2.1. TDAH, tipo combinado

Se encuentran presentes los tres síntomas principales (inatención, hiperactividad e impulsividad).

2.2. TDAH, tipo con predominio del déficit de atención

Cuando el síntoma principal es la inatención. (Grupo Anaya, 2015)⁵

2.3. TDAH, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo

La conducta que predomina es la de hiperactividad e impulsividad.

3. Comprensión de los niños que tienen TDAH

Hay padres que se obsesionan tratando de averiguar en qué se han equivocado en lo tocante a la educación del niño que les ha salido incordio. Y tenemos que aconsejarles que no se ofusquen en esta estéril búsqueda autoculpabilizadora.

¿Quiere decir que mi hijo no lo hace a propósito, le preguntan al doctor. “Exactamente: su hijo no es "malo" para "fastidiarle" a usted”. Esta idea del niño «fastidioso» es, por desgracia, un pensamiento que solemos encontrar en las mentes de muchos padres de niños difíciles (y de muchos maestros, que cogen inquina a estos alumnos incordios).

Lo peor que puede hacer un progenitor (o un maestro) es tomarse este asunto como algo personal, ya que cada vez que se pregunta “¿Por qué me hace esto a mí?” implica de manera automática sus sentimientos y sigue el mal camino.

Se sabe que estos niños difíciles suelen quedar atrapados en ciertos esquemas de comportamiento que forman auténticos círculos viciosos, pero esto les sucede también a

⁵ Ediciones Pirámides (Grupo Anaya, S. A), 2015. TDHA y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia, págs. 25-27.

los padres cuando responden a su comportamiento difícil. Debido a su conducta alterada, los niños movidos crean un efecto de propagación en su entorno.

El proceso a detalle, en el cual reside la clave para entender el entramado de estas complejas relaciones paterno-filiales, se hace con una metáfora fácil de entender. Como si fuera una piedra que se lanza a un estanque, el impacto del niño se extiende en círculos cada vez más amplios, que afectan, en este orden, a su madre o al cuidador habitual, al resto de la familia, a su entorno más inmediato, a sus parientes, vecinos, compañeros y escuela. Los efectos son más pequeños a medida que los círculos se extienden.

Al mismo tiempo, los niños movidos (y sus familiares) sufren un efecto de desgaste. Así, como resultado de la fricción continua entre el niño difícil y sus padres, el pequeño desarrolla ciertos problemas secundarios: suele ser más miedoso que otros niños de su edad, tiene frecuentes pesadillas nocturnas, se muestra enfadado y con expresión de infelicidad gran parte del tiempo, e irrumpe con sonadas rabietas. No se gusta a sí mismo, e incluso es posible que llegue a decir, categórico: “Soy malo”.

A las madres de niños realmente difíciles suele darles la impresión de que sus maridos no colaboran lo suficiente. Estas madres están en primera línea de combate cada día, bregando con el hijo, y ellas son las que más le sufren. (Soutullo, 2015)⁶

En la consulta se ve cada vez a más mujeres desesperadas que están a punto de tirar la toalla, estallan en sollozos y nos dicen que ya no pueden más.

“¡No consigo que me escuche!”, “No sé cómo tratarlo”, “¡Me pone enferma!”, “Me saca de quicio”, “Cada vez pierdo más los estribos” o “¡Me va a volver loca!”, se lamentan, impotentes.

Es habitual, por ejemplo, que la madre —que suele ser la responsable más directa del cuidado del niño en cuestión, aunque esta tarea puede recaer en otra persona— esté fatigada por la absorbente atención que precisa este hijo hiperactivo, y en el momento de la visita médica tenga serios problemas para atender a la criatura de una manera objetiva y desapasionada.

⁶ Soutullo, E. (2015). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Navarra, España: Ed. Médica Panamericana, págs. 4-12

Lo antes señalado nos lleva a afirmar que es probable que no haya *sintonía emocional*.

Se entiende por «síntoma emocional» una aceptación del niño por parte de la madre (o cuidador habitual), lo que hace que ella se sienta cómoda con el hijo. Para comprender mejor el concepto, baste señalar la diferencia entre estas dos frases:

“Me gusta mi hijo” y “Quiero a mi hijo”.

Casi todos los padres quieren a sus hijos, pero no a todos les gusta cómo son. Si a una madre o un padre les gusta su hijo hiperactivo, este tendrá una buena sintonía con ellos. Si no les gusta, el trabajo como madres o padres será mucho más complicado. Baste apuntar que hay dos rasgos del niño que a los padres les pueden resultar difíciles de soportar: el humor negativo y la mala adaptabilidad.

En otras palabras: es más fácil aceptar y soportar una conducta complicada si va acompañada de buen humor y ganas de hacer las cosas.

¿Qué sucede con la persona que se encarga del cuidado diario del niño hiperactivo? El progenitor que se encarga más directamente del hijo, que suele ser la madre —aunque también pueden ser el padre u otro cuidador habitual—, reacciona de diversas maneras a las situaciones que le plantea el hijo. Lo más frecuente es que se sienta infravalorada

¿Y cómo reaccionan el padre (y la pareja en general)? Básicamente, pueden darse cuatro situaciones: (Grupo Anaya, 2015)⁷

- 1.- El padre se siente desplazado.
- 2.- El padre cuestiona lo que la madre hace.
- 3.- La madre y esposa no tiene energía para el padre y marido.
- 4.- La madre puede tener celos de la relación relativamente sencilla del padre con el niño difícil, ya que el marido solo tiene que soportarlo al final del día, cuando el niño ya está a punto de irse a la cama o en el mejor de los sueños, y además solo lo tiene que aguantar en los días festivos.

De estas cuestiones que se expone se deduce que si ya había tensiones en la pareja antes de la llegada del hijo, la situación no hará más que empeorar. Nuestra experiencia nos advierte que un niño movido puede romper por completo una relación de pareja.

⁷ Ediciones Pirámides (Grupo Anaya, S. A), 2015. TDHA y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia, págs. 25-27.

Se tienen casos de matrimonios que, aunque frágiles, iban aguantando... hasta que llegó el hijo hiperactivo. Tengamos, pues, cuidado, y prestemos una atención extrema a estas situaciones de deterioro de la convivencia, detectémoslas a tiempo y pongamos a todos los miembros de la familia, con la mejor de las voluntades, a encontrar las soluciones más satisfactorias para restablecer la maltrecha sintonía emocional.

4. Naturaleza del TDAH: trastorno o problema

Llegamos ahora al momento de plantear una consideración fundamental para que sepa discernir y no se equivoque con falsos diagnósticos.

El niño o la niña que tenemos delante, que no sabe estarse quieto, no deja de levantarse de su pupitre, interrumpe las explicaciones del maestro o se olvida de las indicaciones que le damos en casa... ¿es un niño que debería ir al médico para ver si tiene un TDAH o bien no lo han educado como es debido? (Soutullo, 2015)⁸

En otras palabras: ¿se trata de un problema o de un trastorno'?

Si es un niño inquieto y distraído, porque nadie le ha enseñado a estarse quieto y a prestar atención, estamos ante “problema” limitado al campo educacional, y fácil de remediar con las correspondientes pautas educativas o psicopedagógicas que se le impartan al respecto.

Por otro lado, si se trata de un niño que, pese a haber recibido una educación satisfactoria y haberlo intentado, no ha podido desprenderse de su inquietud y falta de atención, y estas conductas le han causado severos problemas de convivencia familiar, escolar y social, estamos ante “un trastorno” (de TDAH, de dislexia, etc.), que precisará un tratamiento específico en el campo sanitario

Si un niño pequeño dice “no” de manera sistemática a todo lo que se le pide, puede deberse a que no lo han educado convenientemente en el respeto a los demás y en la obediencia que debe a sus mayores, y se tratará de «un problema» de tozudez o de despotismo y tiranía infantil. Pero si esta negatividad se mantiene a medida que el niño crece, y se convierte en una oposición desafiante ante el entorno, tendremos que dilucidar

⁸ Soutullo, E. (2015). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Navarra, España: Ed. Médica Panamericana, págs. 4-12

si se trata de «un trastorno», que en este caso sería el trastorno negativista desafiante (asociado con frecuencia a los pacientes con TDAH).

También hay «problemas» de aprendizaje —que no son «trastornos», aunque lo parezcan— provocados por un desajuste entre la enseñanza impartida y el estilo de aprendizaje del niño (unos niños son más rápidos, y otros más lentos). Por este motivo los niños superdotados pueden plantear en la escuela «un problema» de aprendizaje, puesto que se aburren como ostras si no están motivados. El hecho de ser un superdotado no es un trastorno de aprendizaje por si mismo, sino todo lo contrario: es «una ventaja» para el aprendizaje. (Quintero, 2014)⁹

¿Ha visto la diferencia? ¿Queda clara? Pues bien, sepa que algo tan elemental como lo que acabamos de exponerle es motivo de múltiples confusiones que implican costosas técnicas diagnósticas y onerosos tratamientos médicos, que se podrían haber ahorrado si hubiéramos aplicado un poco de sentido común.

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) se basa en tres pilares clínicos fundamentales: la desatención, la impulsividad y la hiperactividad. Esta última puede estar presente o no, como se especifica en su denominación científica y pueden predominar unos síntomas u otros según el caso, que inclinan la balanza conductual hacia un lado u otro.

De esto depende que el niño muestre determinadas características clínicas.

Así pues, habrá niños en los cuales predominen las manifestaciones motrices, es decir, hiperactividad e impulsividad; ambas pueden incluirse en un mismo bloque de motricidad.

En otros casos descollará la desatención, por encima del exceso de movimientos y los actos precipitados, lo que cae más en el campo de los déficits cognitivos que en el de los motrices.

⁹ Quintero, F. (2014). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*. Madrid, España: Elsevier España, págs. 21-23.

Por lo tanto, debe usted contar con que los niños con TDAH pueden presentar todo un *abanico de posibilidades clínicas*. Hay que saber diferenciarlas y, luego, realizar un tratamiento acertado de la sintomatología predominante de cada uno.

Como dice la patología sanitaria, no hay enfermedades sino pacientes. Esto queda patente en el caso de este trastorno, para el- que habrá que diseñar un perfil terapéutico apropiado para cada caso. Así pues, *a los niños con TDAH hay que vestirlos «a medida», nunca «de confección»*.

Se sabe que el TDAH aparece, más o menos en la mitad de los casos, antes de los cuatro años. Por una mera definición de manual, tiene que haber algunos síntomas de hiperactividad e impulsividad o desatención *antes de los siete años*.

¿Qué criterios tenemos para acercarnos al diagnóstico? Que seis o más de los siguientes síntomas del grupo de *desatención*, u otros tantos del de *hiperactividad*

La *incidencia* en la población se sitúa entre un 3 % y un 5 %, y es mayor en niños varones que en niñas, en una proporción 3:1, es decir, tres varones por cada niña. Sin embargo, datos recientes advierten del aumento de su incidencia, cuya prevalencia es de entre un 7 % y un 15 % del colectivo infantil y juvenil. Esta proporción equivale aproximadamente a uno o dos alumnos por aula. (Pérez, 2016)¹⁰

Sin embargo, la incidencia del TDAH en niños afectados por el síndrome de Down es del 9 %, y en los niños con discapacidad mental en general llega al 15 %.

Ya que hablamos de pacientes con retraso mental y TDAH, queremos destacar un concepto importante: *el diagnóstico dual*.

Este concepto hace referencia a la persona que presenta, por ejemplo, retraso mental y un trastorno psiquiátrico, lo que en términos científicos se llama *comorbilidad*.

Hasta hace relativamente pocos años no se consideraba que una persona con retraso mental pudiera sufrir al mismo tiempo otro trastorno mental. Hoy día sabemos que los trastornos psiquiátricos (entre ellos el TDAH) pueden coexistir con el retraso mental. En estos niños siempre habrá que establecer el diagnóstico diferencial del TDAH con otras

¹⁰ Pérez, J. (2016). *El niño con déficit de atención o hiperactividad*. Lima, Perú: Ediciones de la Universidad Cayetano Heredia, págs. 27-33.

patologías frecuentes en ellos que pueden «enmascararlo», como hipertiroidismo, pérdida de audición, apneas del sueño y efectos secundarios de algunos medicamentos.

5. Cambios según la edad

5.1. El TDAH en niños y adolescentes

Es llamativo comprobar cómo varía la sintomatología del TDAH en función de la edad del niño. Así, cuanto más pequeño sea este, más derroche de modicidad y exceso de movimientos: es el típico niño hiperactivo, que no deja de moverse. (Quintero, 2014)¹¹

A medida que crece hay que añadir el déficit de atención, es decir, que además es un despistado. En la adolescencia se relaja; el exceso de movimientos da paso a una calma aparente, pero muestra un evidente predominio de la falta de atención: el jovencito es, pues, básicamente inatento.

Las madres que han tenido varios hijos refieren que el retoño a quien se diagnostica TDAH ya era «mucho más activo» que sus otros hijos cuando estaba dentro del útero, daba más patadas y no dejaba de moverse en el claustro materno. Si hay que dar crédito a estas madres, nos hallamos ante una manifestación precoz del trastorno. Estas buenas mujeres también afirman que sus bebés eran muy movidos ya en los primeros meses de vida, de tal manera que se ha llegado a hablar de una hiperkinesia congénita.

Los síntomas precoces que se describen durante el primer mes de vida del bebé son los siguientes: temblores de las extremidades que no guardan relación con la actividad motriz espontánea propia del bebé, tendencia a la hipertonia (aumento del tono muscular corporal que incluso les hace arquear el tronco), y respuesta exagerada a los estímulos ambientales (luces, ruidos, etc.).

Con el tiempo puede aparecer alguna que otra caída, si el bebé se mueve demasiado cuando está en la cuna o, caso más frecuente, por descuido del cuidador cuando lo

¹¹ Quintero, F. (2014). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*. Madrid, España: Elsevier España, págs. 21-23.

tiene sobre la mesita-cómoda para cambiarle la ropa. Asimismo es cosa sabida la especial habilidad de estos niños pequeños para salirse de la cuna y de su parque.

En la primera infancia, desde los seis a los doce meses hasta los cinco o seis años, la hiperactividad está presente en todo momento. El niño está irritable, llora mucho, duerme poco, acostumbra a iniciar la marcha de manera precoz y tiene gran tendencia a trepar por donde sea. (Pérez, 2016)¹²

En la guardería llegan las primeras advertencias a los padres de que son niños muy movidos, pero el trastorno no se identifica de manera evidente hasta que el niño entra en la escuela a los cinco o seis años y comienza a someterse a la disciplina escolar. Es entonces cuando a los sufridos progenitores comienzan a lloverles las quejas de los maestros.

A partir de los siete años, y sobre todo de los diez o doce años, la hiperactividad generalizada en todo el cuerpo se reduce y aparecen comportamientos motrices más sutiles y localizados como, por ejemplo, tamborilear con los dedos o jugar con objetos en las manos. También cambia la expresión de la hiperactividad, que en niños mayores y adolescentes consiste en estar siempre ocupados en algo y haciendo algo. Estos jóvenes relatan que cuando están parados experimentan una sensación subjetiva de inquietud corporal.

La hiperactividad de los niños con TDAH acostumbra a atenuarse entre los once y los trece años, y prácticamente desaparece en la adolescencia. También las dificultades de aprendizaje de estos chavales son menos evidentes a partir de los once o doce años, tal vez porque se compensan sus déficits de percepción. En la etapa adolescente hay que tener en cuenta y prevenir el aumento del *abuso de sustancias* (incluido el tabaco), de los accidentes de tráfico y de las dificultades en el aprendizaje escolar en general.

Durante esta etapa hay que diferenciar las conductas externalizadas del adolescente varón, en el que predominan las reacciones de oposición y asociales, de las de la mujer adolescente, que acostumbran a ser internalizadas, como la ansiedad y la depresión. Al respecto, se considera que el tipo de TDAH con predominio de la

¹² Pérez, J. (2016). *El niño con déficit de atención o hiperactividad*. Lima, Perú: Ediciones de la Universidad Cayetano Heredia, págs. 27-33.

inatención (conocido por las siglas TDAH-I) se produce más en mujeres que en hombres (en concreto, el doble), pero apenas se detecta, ya que presentan menos problemas en la escuela.

Ya hemos dicho que, en la adolescencia y la juventud, los síntomas de hiperactividad pueden limitarse a una difusa muestra de inquietud motora o a una sensación interna de desasosiego y desazón corporal. En la edad adulta, por el contrario, la inquietud motora puede dar lugar a dificultades para participar en actividades sedentarias; asimismo, estas personas evitan los pasatiempos y ocupaciones que no permiten el movimiento espontáneo. Como es evidente, no les van las tareas profesionales que impliquen estar sentados todo el día en un despacho. (Aguilar, 2014)¹³

5.2. El TDAH en adultos

Los adultos que tienen el trastorno pueden sentir que es imposible organizarse, mantener un empleo o recordar y cumplir con citas. Las tareas diarias, como levantarse por la mañana, prepararse para ir al trabajo, llegar al trabajo puntualmente y ser productivo pueden ser especialmente difíciles para los adultos que padecen del TDAH.

Estos adultos pueden tener antecedentes de fracasos escolares, problemas en el trabajo o relaciones difíciles o frustradas. Muchos pueden haber tenido múltiples accidentes de tránsito. Al igual que los adolescentes, los adultos que padecen del TDAH pueden parecer inquietos e intentar hacer varias cosas a la vez, la mayoría sin éxito. También tienden a preferir “soluciones rápidas” en lugar de seguir los pasos necesarios para lograr mejores recompensas.

Usualmente este trastorno se manifiesta en los primeros 7 años de vida y tiende a desaparecer en la adultez, pero al menos el 30% de los pacientes continúan presentando síntomas a lo largo de su vida.

En las personas de la tercer edad, los síntomas son similares a los encontrados en los adultos más jóvenes, pero las consecuencia suelen ser más pronunciada.

¹³Aguilar, M. (2014). *El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), aspectos jurídico-penales, psicológicos y criminológicos*. Madrid, España: Librería Editorial Dykinson, págs. 237-243.

6. Entorno apropiado para los niños y personas con TDAH

El mundo de los adultos no está hecho para los niños con TDAH. Hay que armarse de grandes dosis de paciencia y ser tremendamente comprensivos ante las explosiones de genio, los desplantes bruscos y los inesperados atolondramientos con que nos puede obsequiar el niño con TDAH a cualquier hora del día. Los niños con este trastorno ponen a prueba a padres, hermanos, abuelos, maestros y demás cuidadores y familiares.

Etiquetados de revoltosos, malos estudiantes, vagos e indisciplinados, se hacen acreedores de todas las reprimendas y castigos, que padres y maestros reparten a diario. Parece que les hayan marcado a fuego estas etiquetas, porque son indelebles y, por desgracia, durarán toda la vida escolar del niño, pasando de boca en boca, de maestro a maestro, de alumno a alumno. (Barkley, 2014)¹⁴

Si consiguiéramos meternos dentro de la piel de estos niños y asomarnos al exterior a través de sus ojos, nos veríamos frente a un panorama deplorable. Solo veríamos caras avinagradas, miradas desconfiadas y despectivas, voces adustas con severas advertencias, avisos reiterados, manos crispadas dispuestas a repartir pescozones y bofetadas.

La vida de estos niños es una continua y monótona frustración. Reciben palos por todos lados sin que puedan evitarlos, y a menudo sin saber de dónde vienen.

El paciente con TDAH —en especial el que aún no ha sido diagnosticado ni tratado convenientemente— vive en un mundo hostil, lleno de exigencias que no puede satisfacer. Todo ello le crea un angustioso sentimiento de inferioridad y de falta de protección del entorno, que lo obliga a demandar más atención de sus mayores y de sus iguales. Por eso utiliza todo tipo de estrategias para que estén pendientes de él, entre ellas las payasadas y bravuconadas. O cuando llega a asumir e interiorizar que todo lo que le pasa es porque «Soy malo». Así se cierra el círculo vicioso.

Recordamos con cariño a un paciente de siete años, que a causa de su impulsividad se pegó un trastazo en el patio de icen o de la escuela y se hizo una herida en el cuero

¹⁴ Barkley, R. (2014). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales: guía completa del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Barcelona: España: págs. 107-124

cabelludo que precisaba de unos puntos de sutura. Se avisó a la madre para que lucra a buscar a su retoño y lo acompañara a que le hicieran la pequeña corrección quirúrgica. Ya en el interior del camino del ambulatorio, mientras la madre le taponaba con una gasa la ligera hemorragia de la herida de la cabeza, el niño se dirige a ella muy serio y le dice: «Mamá, no tengamos prisa para que me cierren el corte... porque así podrá salir el diablillo que tengo dentro».

Hay que intervenir con urgencia en estos casos, darle la vuelta a la situación y cambiar el escenario y la percepción que el pobre muchacho tiene de sí mismo. Nos va en ello el que se salve o no de un descalabro emocional, que a veces puede tener consecuencias insospechables. (Aguilar, 2014)¹⁵

Por el contrario, si preservamos al niño con TDAH de estos avatares negativos que pueden entorpecer su desarrollo, y disponemos una atmósfera de comprensión en su entorno, conseguiremos que desarrolle en plenitud sus inmensas capacidades el día de mañana. El paciente con TDAH que sobrevive a su infancia y adolescencia será un adulto que triunfe en la vida.

7. Diagnóstico del TDAH

En primer lugar, el médico especialista debe realizar en su consulta un minucioso interrogatorio en la entrevista con el paciente y sus familiares (la anamnesis) y la correspondiente exploración física y neurológica de la persona que se sospecha que presenta un TDAH. Habrá que descartar los posibles déficits del paciente (sensoriales o intelectuales) mediante las pertinentes exploraciones complementarias:

- **Oftalmológica:** Agudeza visual (campimetría, fondo de ojo).
- **Otorrinolaringológica:** Audiometría (timpanometría, *baby-tests* O pruebas clásica de cabina)
- **Neuro fisiológica:** Electroencefalograma (EEG), cuando esté indicado; potenciales evocados cognitivos visuales y auditivos (P-300), y técnicas de neuroimagen (TAC, RNM o PET), cuando estén indicadas.

¹⁵Aguilar, M. (2014). *El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), aspectos jurídico-penales, psicológicos y criminológicos*. Madrid, España: Librería Editorial Dykinson, págs. 237-243.

- **Psicológica:** Tests de inteligencia, pruebas proyectivas, batería psicométrica específica para el TDAH, y escalas de evaluación de la conducta
- **Analítica:** Hemograma, función tiroidea, aminoácidos, vitaminas, minerales, metales pesados, glucosa, ácidos grasos esenciales, cariotipo, pruebas de alergia e intolerancia alimentaria, etc.

En las analíticas realizadas a pacientes con TDAH, se suelen encontrar: (Barkley, 2014)¹⁶

- Desequilibrios en los aminoácidos esenciales.
- Una proporción (ratio) inadecuada entre los ácidos grasos esenciales.
- Déficit de determinados minerales.
- Déficits de determinadas vitaminas.

8. Trastornos asociados al TDAH o que se parecen a él sin serlo

Se calcula que hasta el 65 % de los pacientes que presentan TDAH pueden tener otras alteraciones psicopatológicas asociados. Entre ellas cabe destacar dos que afectan prácticamente a la mitad de los niños con TDAH: trastorno negativista desafiante y trastorno disocial.

8.1. El trastorno negativista desafiante

Es el trastorno psiquiátrico más común de la edad infantil. El niño presenta una actitud de negación a todo lo que se le pide (encabezamiento, rabieta o pataletas), y desafía y se encara con todas las figuras de autoridad (padres, maestros o monitores). Suele ponerse de manifiesto antes de los ocho años de edad. A veces continúa, más adelante, con el *trastorno disocial*.

8.2. El trastorno disocial

Este último recibe también el nombre de *trastorno de conducta*, y es un cuadro clínico más severo, en el que el niño manifiesta una crueldad extrema, delinque e incluso agrede a personas, animales y propiedades. En la edad adulta, este trastorno disocial continúa como *trastorno antisocial de la personalidad*.

¹⁶ Barkley, R. (2014). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales: guía completa del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Barcelona: España: págs. 107-124

Unos estudios recientes han demostrado que los síntomas de oposición del *trastorno negativista desafiante* predisponen a padecer varios problemas de salud mental y sociabilidad en la juventud. (Bauermeister, 2014)¹⁷

Aparte de los trastornos asociados, hay que diferenciar el TDAH de cuatro situaciones habituales que suelen confundirse con este trastorno:

- **Comportamientos propios de la edad en niños muy activos.**

Corresponde a situaciones de auténtica «hiperactividad fisiológica», que no deben etiquetarse de TDAH. Asimismo hay que tener en cuenta los casos de «hiperactividad reactiva» a determinadas situaciones ambientales que de alguna manera limitan la actividad vital (por ejemplo, un niño que habita en un espacio muy reducido o en un ambiente familiar muy restrictivo que impone inmovilidad y silencio).

- **Cociente intelectual (CI) bajo.**

Se da en niños con rendimientos escolares inadecuados para su capacidad intelectual, que presentan síntomas de desatención e hiperactividad por no poder seguir las explicaciones que el maestro imparte en clase. Asimismo, en casa presentan conductas anómalas (llamadas de atención, impulsividad, etc.) porque no comprenden las indicaciones que les hacen sus padres.

- **Cociente intelectual (CI) elevado.**

Niños que están en niveles académicos poco estimulantes para su alta capacidad intelectual (superior o superdotada). Se sienten desmotivados para el aprendizaje y manifiestan conductas de rechazo o de búsqueda de otros estímulos (llamadas de atención, alteración del ritmo de la clase, etc.).

¹⁷ Bauermeister, J. (2014). *Hiperactivo, impulsivo, distraído, me conoces? guía acerca del déficit atencional para padres, maestros y profesionales*. USA: Guilford Publications, págs. 237-243.

- **Conductas negativistas.**

Niños oposicionistas, con carácter fuerte, que se resisten a cumplir las indicaciones de sus superiores (padres, maestros), y se decantan por la rebeldía y conductas de rechazo. No tienen pautas educativas adecuadas en el entorno familiar.

También pueden existir factores que predispongan a algunos síntomas similares al TDAH

Hay que efectuar un *diagnóstico diferencial* con patologías que se parecen al TDAH o que presentan alguna sintomatología como por ejemplo:

- **Apnea obstructiva del sueño.**

Niños que tienen dificultades para respirar mientras duermen, por amígdalas demasiado grandes o una mala posición del paladar, y que durante el día están somnolientos, con falta de atención, dolor de cabeza y episodios de escape de orina (enuresis). (Brown, 2013)¹⁸

- **Síndrome de tensión-fatiga.**

Cuadro clínico en niños que presentan una alergia alimentaria que se traduce en períodos de cansancio y somnolencia durante el día, y que alternan momentos de tensión con episodios de tensión. Padecen intranquilidad, irritabilidad y dificultades de aprendizaje

Por último cabe reseñar un cuadro clínico que aún se debate si forma parte del TDAH. Uno de *los factores que pueden favorecer el TDAH es la infección por estreptococos*. Determinadas infecciones por estas bacterias son capaces de desencadenar diversos trastornos neuropsiquiátricos, entre ellos el *síndrome PANDAS*, cuyos síntomas son similares a los del TDAH. Existen controversias sobre los estudios que muestran esta relación en un pequeño subgrupo de pacientes, porque parece que la reacción que genera este cuadro clínico similar al

¹⁸ Brown, T. (2013). *Comorbilidades del TDAH: manual de las complicaciones del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos*. Madrid, España: Elsevier España, págs. 97-279.

TDAH se debe más a los anticuerpos con que se ataca la infección que a la propia bacteria.

Además de atacar a los estreptococos, parece que estos anticuerpos atacan algunas regiones del cerebro y les ocasionan daños.

9. Conocimiento del TDAH en el tiempo

Desde hace mucho tiempo se tiene conocimiento del TDAH. No es algo que haya surgido por sorpresa en las últimas décadas, como parecen opinar algunos, sino que tiene detrás una larga historia. La primera descripción de un niño hiperactivo que ofrece la literatura tal vez sea la ofrecida en un cuento escrito en 1844 por el médico alemán Heinrich Hoffmann. Vea un fragmento de este cuento: (Bauermeister, 2014)¹⁹

Pero el inquieto Phil todavía no se acostumbró a estar sentado; se mueve mucho, y se ríe entre dientes. Por consiguiente, yo declaro, sus balanceos hacia delante y hacia atrás, y la inclinación sobre su asiento, como si de una silla mecedora se tratase o como si fuera a caballo [...]. Mirad al malvado, al niño inquieto. Crece cada vez más rudo y extravagante, no para hasta que se cae completamente de su asiento.

Aunque, en rigor, la primera descripción científica de este trastorno de que se tiene noticia se efectuó en 1902. El pediatra sir George Frederic Still (quien, además, descubrió un trastorno de las articulaciones denominado artritis crónica juvenil) publicó tres singulares «lecturas» en la prestigiosa revista británica Lancet.

Según Still, los niños que visitaba y que no atendían ni paraban de moverse estaban afectados de un defecto anormal en el control moral. Además, insistía en que para ejercer el control moral, la persona debía tener una consciencia y una capacidad de ejercer la voluntad que no veía en estos pacientes, cuya conducta dejaba patente lo que él denominada inhibición volitiva. (Brown, 2013)²⁰

¹⁹ Bauermeister, J. (2014). *Hiperactivo, impulsivo, distraído, me conoces? guía acerca del déficit atencional para padres, maestros y profesionales*. USA: Guilford Publications, págs. 237-243.

²⁰ Brown, T. (2013). *Comorbilidades del TDAH: manual de las complicaciones del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos*. Madrid, España: Elsevier España, págs. 97-279.

También destacó como un hecho notable de estos casos de defecto moral sin retraso intelectual la capacidad anormal para atención sostenida. Fíjese. Este médico pionero acababa de exponer los síntomas fundamentales del actual TDAH

Después de esta pionera descripción clínica de Still, diversos autores dieron nombre al trastorno con distintas etiquetas que dejaban patente el desconocimiento de su sustrato orgánico, hasta llegar a la sistematización que propuso el manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, o DSM

10. Causas del TDAH

En los últimos años se ha avanzado bastante en lo relativo al conocimiento científico de las causas (la etiología) del TDAH.

También hay múltiples teorías e hipótesis sobre este trastorno. Una de ellas, muy curiosa, viene a decir que *la notable capacidad de dispersión que tienen estos niños con TDAH*, que de este modo consiguen estar atentos a varias cosas al mismo tiempo (superando al «niño multitareas» actual), no es más que un una reminiscencia arcaica de los reflejos de defensa que tenían los primitivos pobladores de este planeta.

Como ya se sabe, estos tenían que estar pendientes de la amenaza de sus peligrosos depredadores y responder con rapidez mediante hábiles mecanismos defensivos si querían sobrevivir. (Bien mirado, *nuestros niños de hoy también están sometidos a continuos estímulos ambientales*, como nudos estridentes, músicas intempestivas a cualquier hora, luces cegadoras, televisores, ordenadores, video juegos o teléfonos móviles, y a cantidad de potenciales depredadores urbanos, como conductores desaprensivos, el acoso escolar o la delincuencia en las calles.) ¿Será que el niño que padece este trastorno en realidad no es más que un genuino representante de este antepasado nuestro que estaba en constante estado de alerta?

Las revisiones más recientes de este trastorno que ha efectuado la neurofisiología han llegado a la conclusión de que las distintas formas del TDAH son una consecuencia de una *combinación de factores de riesgo*, incluidos los genéticos, biológicos, ambientales y psicosociales. Todo ello apunta la posibilidad de una serie de variables biológicas del

organismo que interactúan entre sí junto con otras variables ambientales. (Alarcón, 2016)²¹

Son varias las hipótesis que se barajan para explicar la *génesis* del TDAH: *desequilibrios hormonales* (la glándula tiroides, por ejemplo), *desequilibrios en los neurotransmisores cerebrales* (las sustancias químicas “mensajeras” que transmiten la información entre las neuronas) y *bloqueos enzimáticos*.

Tal vez esté presente una *respuesta inmunitaria causada por tóxicos* absorbidos por el organismo en épocas pasadas, así como respuestas adversas a *aditivos, alergias e intolerancias a alimentos*

Se cree que existe un *problema básico del metabolismo*. El cerebro no recibe suficientes nutrientes, por lo que funciona a un nivel más bajo. Esta teoría significa que incluso la gente normal podría padecer síntomas de TDAH si su dieta fuera deficitaria. También podría haber un déficit de absorción en las paredes del sistema digestivo que impidiera la absorción de algunos nutrientes. Por último, la demanda de nutrientes podría ser superior a la normal.

Nos consta que en el origen de este trastorno pueden jugar un papel importante varios *factores*, alimentarios, biológicos y ambientales y psicosociales. Estos últimos son especialmente importantes, tanto si actúan en la etapa prenatal (durante la vida intrauterina, antes del parto) como en la perinatal (en el momento del parto) o en la posnatal (después del parto).

Los estudios farmacológicos y de genética molecular sugieren una implicación de los sistemas de transmisión de la información de neurona a neurona, a cargo de sustancias bioquímicas específicas del cerebro, como son la dopamina, la serotonina, la noradrenalina, y la norepinefrina, que forman parte de las denominadas catecolaminas y se conocen en general como neurotransmisores (los «mensajeros» entre las neuronas). (Castro, 2015)²²

Los defectos genéticos del TDAH tienen como consecuencia que algunas personas *no producen suficientes neurotransmisores* (en particular, dopamina. Norepinefrina y

²¹ Alarcón, R. (2016). *Trastorno con déficit de atención con hiperactividad en poblaciones adultas*. España: Elsevier, págs. 63-68.

²² Castro, B. (2015). *Por una vida con atención*. Lima, Perú: Ediciones de la Asociación Peruana de Déficit de Atención, págs. 23-27.

serotonina), en respuesta a los placeres derivados del comer, amar y reproducirse. Como consecuencia se produce lo que llamamos *síndrome de déficit de recompensa*, por lo que estas personas tienen que buscar la liberación de dopamina y así procurarse sensaciones placenteras a través de la comida basura (por ejemplo, ingestión de cantidades de azúcar), drogas (alcohol, cocaína, metanfetamina, heroína, nicotina, marihuana), y otras conductas adictivas (actividades compulsivas de juego, comida, sexo y demás comportamientos de riesgo). Dichas situaciones aumentan los niveles cerebrales de estos neurotransmisores.

11. El cerebro de estos pacientes

Gracias a las técnicas punteras de neuroimagen (TAC, RNM o PET), sabemos, casi con total exactitud, qué hay en el interior de las cabezas de los pacientes con TDAH.

El hallazgo más importante consiste en que se ha detectado una *pobre actividad de las regiones cerebrales frontales*, situadas en la región prefrontal del cerebro. En este sentido cabe reseñar que los trastornos de atención y las alteraciones de conducta encontrados en los niños con TDAH son similares a los que presentan los adultos con daños en el lóbulo frontal del cerebro, lo que sugiere que en el TDAH existe una disfunción de la corteza frontal y tal vez de las regiones vecinas que tienen una relación funcional con esta localización cerebral (como los núcleos de la base, en la región profunda del encéfalo, y unas conexiones con el cerebelo).

Está demostrado que el cerebro de las personas con TDAH tiene menos actividad eléctrica en regiones específicas. También fluye menos sangre a determinadas regiones y, en conjunto, se produce *una menor actividad cerebral*. Por ejemplo, muchos niños con TDAH tienden a mostrar alteraciones en la actividad de esta parte del cerebro (corteza o córtex prefrontal), que es la región donde se dictan las órdenes más importantes del cerebro que guían la conducta, el pensamiento y el afecto; es decir, lo que se conoce como «las funciones ejecutivas». En especial, esta zona de la corteza cerebral prefrontal actúa en la «memoria de trabajo», que es una forma de memoria a corto plazo en la que la información se almacena en la mente de manera temporal para el gobierno de nuestras acciones. (Bákula, 2017)²³

²³ Bákula, V. (2017). *Manejo conductual adecuado de los niños pequeños con TDAH*. Lima, Perú: Ediciones de la Asociación Peruana de Déficit de Atención, págs. 47-51.

Enlazando nuestros conocimientos de la bioquímica de la región cerebral, sabemos que la función de esta importante zona del córtex prefrontal está poderosamente modulada por neurotransmisores catecolaminas.

Esta región de la corteza cerebral necesita un suministro escrupuloso de catecolaminas para que su funcionamiento sea el correcto, de modo que este queda afectado si recibe poca o mucha dopamina o norepinefrina.

En la actualidad se ha demostrado que de manera irrefutable que el TDAH presenta una transmisión anormal de las catecolaminas por este motivo, los medicamentos indicados ex profeso para tratar este trastorno mejoran o imitan la transmisión de las catecolaminas en el cortex prefrontal, lo que incrementa los niveles de norepinefrina y dopamina en esta región cerebral. Todo ello podría explicar la respuesta clínica favorable a los tratamientos farmacológicos que facilitan la actividad de estas regiones cerebrales.

Otra teoría acerca de las causas del TDAH sostiene que se produce en pacientes cuyo *cerebro es más pequeño* (un 3 % menos de media). Los escáneres cerebrales muestran diferencias de tamaño entre los cerebros de los niños que padecen este trastorno y los que no lo padecen. Este tamaño menor implica que existen menos conexiones entre las neuronas. Esta situación puede ser congénita o ser el resultado de una atrofia debida a una baja estimulación o a no haber recibido los nutrientes necesarios.

La técnica de PET ha demostrado que *el cerebro de las personas con TDAH utiliza menor cantidad de glucosa* en las regiones que controlan la atención que en las personas que no padecen este déficit de atención. En estudios con RNM (resonancia nuclear magnética) se ha encontrado un menor tamaño del volumen cerebral y menor cantidad de sustancia gris en los niños con TDAH, pero no de materia blanca.

El último aspecto bioquímico destacable que afecta al metabolismo cerebral es la presencia de *ácidos grasos poliinsaturados* en el organismo en especial del omega 3, cuyo bajo nivel se asocia con trastornos neurocognitivos, tales como TDAH, dislexia, dispraxia y espectro autista.

12. Análisis genéticos para conocer si se padece TDAH

Partiendo de la base de que *el TDAH es un trastorno neurobiológico de base genética, se han llevado a cabo multitud de estudios* en pacientes con TDAH para definir, por un lado, los principales genes que predicen la presencia de esta enfermedad (y patologías

asociadas) y, por otro lado, los genes importantes en la respuesta del paciente a los tratamientos disponibles. (Hill, 2016)²⁴

Los resultados obtenidos hasta la fecha son un tanto controvertidos, aunque la mayor parte confirma que la genética es un factor importante en la etiología de esta enfermedad.

En un estudio realizado por la Universidad de Cardiff (Estados Unidos) en 2010 ha quedado patente que los niños con TDAH presentan más pérdidas o duplicaciones en las cadenas de *ácido desoxirribonucleico* (ADN), que es el material proteico que constituye los genes de los cromosomas, que los niños que no padecen el trastorno. Estas alteraciones genéricas, conocidas como «variaciones en el número de copias», hacen que estas regiones cromosómicas sean más o menos activas de lo deseable.

La intensidad del TDAH varía de un niño a otro en función del número de copias que tenga cada gen.

Los estudios entre los progenitores de niños con TDAH han encontrado un riesgo de padecerlo entre dos y ocho veces superior al de la población normal. Asimismo, el riesgo de que un niño desarrolle el TDAH si uno de los padres lo padece es del 57%. Algunos estudios elevan la *influencia genética hasta el 80% de los casos*.

Los niños con TDAH tienen al menos un pariente cercano con este trastorno, y al menos una tercera parte de los progenitores que han manifestado TDAH en su etapa infantil tienen hijos afectados.

En la actualidad conocemos seis tipos de genes relacionados e implicados en distintos aspectos de este trastorno, y se dispone de diversos marcadores biológicos que informan de aspectos relevantes sobre el diagnóstico y el tratamiento del TDAH.

13. Tratamiento del TDAH

En principio se hace presente que el tratamiento del TDAH de niños y adolescentes tiene por objetivo mejorar los síntomas nucleares de la enfermedad (hiperactividad, impulsividad y déficit de atención) y reducir la aparición de otros síntomas frecuentemente asociados al TDAH.

Existen diversos tipos de tratamientos indicados en el TDAH de niños y adolescentes, sin embargo el que presenta mayores niveles de eficacia es el tratamiento combinado o

²⁴ Hill, M. (2016). *De la mano contigo, problemas de aprendizaje y déficit de atención*. México, Ediciones de la Fundación Ven Conmigo, págs. 71-76.

multimodal, que incluye el tratamiento psicológico, el farmacológico y la intervención psicopedagógica. (Scandar, 2015)²⁵

13.1. Tratamiento psicológico para el TDAH de niños y adolescentes

Las intervenciones psicológicas que han mostrado evidencia científica sobre su eficacia para el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes se basan en los principios de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC).

El tipo de intervenciones que se aplican se describen brevemente a continuación:

13.1.1. Terapia de conducta

Es una terapia psicológica que se basa en un análisis funcional de la conducta. Se identifican los factores que están manteniendo la conducta inadecuada, se delimitan las conductas que se desea incrementar, disminuir o eliminar, llevándose a cabo la observación y registro de éstas (línea base). (Chian, 2016)²⁶

En la terapia de conducta, el control del comportamiento es externo, la conducta se modifica en función de las consecuencias del comportamiento.

1.- Técnicas para incrementar las conductas:

- Reforzamiento positivo: consiste en presentar inmediatamente después de la conducta adecuada un estímulo (alabanza, premio) que hace que aumente la probabilidad que se repita dicha conducta. El estímulo que se presenta después de la conducta es el refuerzo positivo.
- Reforzamiento negativo: una conducta ha sido reforzada negativamente si se incrementa o mantiene porque elimina un estímulo aversivo. Ejemplo, “Mientras no acabes la tarea (conducta deseada) no saldremos al parque (estímulo aversivo)”.

2.- Técnicas para reducir/eliminar las conductas:

- Extinción: consiste en ignorar (no mirar, no escuchar, no hablar) el comportamiento inadecuado para evitar que este incremente por la atención (negativa, pero atención) que le ofrecemos al niño.

²⁵ Scandar, R. (2015). *El niño que no podía dejar de portarse mal. TDAH: su comprensión y tratamiento*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Distal, págs. 52-57.

²⁶ Chian, I. (2016). *Razones por las cuales la terapia conductual es recomendada como parte del tratamiento para los niños con TDAH*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos, págs. 113-119.

Se han de explicar las condiciones de la extinción al niño antes de aplicarla y mantener el procedimiento el tiempo suficiente (al inicio suele aumentar el comportamiento inadecuado). La extinción no puede utilizarse si la conducta perturbadora es peligrosa.

- Tiempo fuera: consiste en aislar al niño inmediatamente después de realizar la conducta perturbadora a un lugar aburrido (no lúdico) durante un periodo preestablecido de tiempo (aproximadamente un minuto por año del niño). La técnica puede aplicarse hasta los 6-8 años de edad del niño.
- Coste de respuesta: consiste en retirar una cantidad específica de reforzadores (privilegios, premios) obtenidos previamente. Ejemplo: reducir tiempo de actividades lúdicas (televisión, video-juegos, ordenador) por el comportamiento inadecuado. (Chian, 2016)²⁷
- Castigo: técnicamente consiste en proporcionar un estímulo aversivo (realizar trabajos molestos o monótonos) después de la conducta inadecuada con el objetivo de eliminarla. El castigo físico no debe utilizarse ya que no enseña la conducta adecuada, crea tolerancia (mayor castigo para obtener el mismo resultado), pérdida de la autoestima del niño y agresividad contra la persona que lo aplica. La recompensa es mucho más eficaz que el castigo.

La Economía de Fichas es una técnica muy eficaz que combina el reforzamiento positivo y el coste de respuesta. La economía de fichas consiste en entregar un estímulo (fichas, vales, puntos) inmediatamente después de la conducta deseada. El estímulo se cambia más tarde por un refuerzo (premio previamente pactado).

La técnica permite trabajar diferentes conductas a la vez pero necesita de elevada programación por parte de los padres.

13.1.2. Entrenamiento para padres

Se trata de un programa de tratamiento conductual que tiene como objetivo dar información sobre el trastorno, enseñar a los padres la aplicación efectiva de las técnicas de modificación de conducta mencionadas anteriormente, incrementar la

²⁷ Chian, I. (2016). *Razones por las cuales la terapia conductual es recomendada como parte del tratamiento para los niños con TDAH*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos, págs. 113-119.

competencia de los padres, mejorar la relación paterno-filial mediante una mejor comunicación y atención al desarrollo del niño.

13.1.3. **Terapia cognitiva**

Entrenamiento en técnicas de autoinstrucciones, autocontrol y solución de problemas. El objetivo de estas técnicas es enseñar al niño o adolescentes con TDAH estrategias para mejorar el control de las emociones mediante la concienciación de los procesos de pensamiento, la disminución de las respuestas impulsivas inmediatas, y la aplicación de estrategias de resolución de problemas (control interno de la conducta). (Duda, 2016)²⁸

13.1.4. **Entrenamiento en habilidades sociales**

Los niños y adolescentes con TDAH presentan a menudo problemas de relación con la familia, dificultades en habilidades sociales y problemas de relación con los iguales. El entrenamiento en habilidades sociales (HHSS) tiene como objetivo el aprendizaje por parte del niño de comportamientos eficaces en las relaciones interpersonales.

Las sesiones de HHSS suelen hacerse en grupos pequeños de edades similares, y se emplean técnicas de la TCC.

13.2. **Tratamiento psicopedagógico para el TDAH de niños y adolescentes**

La intervención psicopedagógica tiene como objetivo mejorar el rendimiento académico del niño o adolescente (mediante la reeducación psicopedagógica) y realizar aquellas acciones dirigidas a la mejora de su adaptación escolar (mediante un programa de intervención en la escuela y la formación a los docentes).

La reeducación psicopedagógica es un refuerzo escolar individualizado que se lleva a cabo después del horario escolar y que tiene como objetivo intervenir sobre los efectos negativos del TDAH en relación a su aprendizaje y competencia académica.

Concretamente se trabaja sobre la repercusión negativa del déficit de atención, la impulsividad y la hiperactividad en el proceso del aprendizaje escolar.

La reeducación psicopedagógica debe incluir acciones encaminadas a:

²⁸ Duda, B. (2016). *Coaching para niños, adolescentes y adultos con TDAH*. Lima, Perú: Ediciones de la Asociación Peruana de Déficit de Atención, págs. 31-35.

- Mejorar el rendimiento académico de las diferentes áreas.
- Trabajar los hábitos que fomentan conductas apropiadas para el aprendizaje (como el manejo del horario y el control de la agenda escolar) y las técnicas de estudio (prelectura, lectura atenta, subrayado, resúmenes y esquemas).
- Elaborar y enseñar estrategias para la preparación y elaboración de exámenes.
- Mejorar la autoestima en cuanto a la competencia académica, identificando habilidades positivas y aumentando la motivación por el logro.
- Enseñar y reforzar conductas apropiadas y facilitadoras de un buen estudio y cumplimiento de tareas.
- Reducir o eliminar comportamientos inadecuados como conductas desafiantes o malos hábitos de organización.
- Mantener actuaciones de coordinación con el especialista que trate al niño/ adolescente y con la escuela para establecer objetivos comunes y ofrecer al docente estrategias para el manejo del niño o adolescente con TDAH en el aula.
- Intervenir con los padres para enseñarles a poner en práctica, monitorizar y reforzar el uso continuado de las tareas de gestión y organización del estudio en el hogar.

13.3. Tratamiento farmacológico para el TDAH de niños y adolescentes

Los fármacos para el tratamiento del TDAH están entre los más estudiados y seguros de todos los que se utilizan en niños y adolescentes, siendo muy eficaces para el tratamiento de los síntomas del TDAH. (Filomeno, 2017)²⁹

Entre el 70 y el 80% de los pacientes responden de forma adecuada al primer tratamiento utilizado. Por tanto, por su seguridad, alta eficacia y escasos efectos secundarios se recomienda el tratamiento farmacológico para el tratamiento de estos pacientes.

Con los fármacos disminuyen los síntomas del TDAH, mejorando el rendimiento escolar y el comportamiento del niño y las relaciones tanto en casa como en la escuela. Al mismo tiempo, facilitan el efecto de las intervenciones psicológicas y psicopedagógicas. En estos momentos disponemos en nuestro país de dos grupos de

²⁹ Filomeno, A. (2017). *Definición, diagnóstico y tratamiento medicamentoso del TDAH. manual de diagnóstico y manejo del TDAH: enfoque multidisciplinario*. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, págs. 73-94.

medicamentos indicados para el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes, los estimulantes (metilfenidato) y los no estimulantes (atomoxetina).

En otros países de nuestro entorno existen otras presentaciones disponibles de fármacos estimulantes: por ejemplo, presentación en parches, asociación de sales de estimulantes, etc.

13.3.1. Efectos secundarios más frecuentes de los fármacos para el tratamiento del TDAH

Los efectos secundarios ocurren fundamentalmente al inicio del tratamiento, son poco frecuentes, de escasa intensidad, transitorios y de poca gravedad. En muy raros casos obligan a suspender el tratamiento. Es importante poder consultar con el médico responsable del tratamiento cualquier efecto adverso antes de suspender la administración del fármaco. (Melus, 2016)³⁰

Los efectos secundarios más frecuentes de los Estimulantes (metilfenidato) son: pérdida de apetito y de peso, sobre todo al inicio del tratamiento; dificultad para conciliar el sueño (insomnio de conciliación); cefalea y, de forma mucho más infrecuente, tics e inquietud.

Los efectos secundarios más frecuentes de los No estimulantes (atomoxetina) son: pérdida de peso y de apetito, sobre todo al inicio del tratamiento; somnolencia; síntomas gastrointestinales, como dolor abdominal, náuseas o vómitos; mareos y cansancio. De forma muy infrecuente, puede aparecer ictericia (la piel toma un color amarillo debido al aumento de la bilirrubina), reflejo de una alteración hepática que obliga a interrumpir el tratamiento.

Los estudios a largo plazo sobre el efecto del tratamiento del TDAH en el crecimiento de los niños no son concluyentes. Se recomienda controlar el peso y la talla de forma periódica, y en el supuesto de una afectación significativa de la misma, se puede considerar la opción de unas “vacaciones terapéuticas” para permitir recuperar el crecimiento.

No existe ninguna evidencia científica que haya demostrado que el tratamiento con estimulantes produce adicción. Sí que se ha demostrado claramente que los pacientes con TDAH en tratamiento farmacológico presentan significativamente

³⁰ Melus, E. (2016). *Pastillas para niños difíciles*. España: Ediciones Díaz de Santos, págs. 89-94.

menos problemas de consumo de drogas en la adolescencia que los pacientes con TDAH que no reciben un correcto tratamiento farmacológico.

13.3.2. Duración del tratamiento farmacológico

La duración del tratamiento debe plantearse de forma individualizada en función de la persistencia de los síntomas y de la repercusión de éstos en la vida del niño o del adolescente. Para los pacientes que estén tomando estimulantes, una práctica aceptada es la realización de períodos cortos, de 1 ó 2 semanas anuales, sin tratamiento farmacológico, con el objetivo de poder valorar el funcionamiento del niño o el adolescente tanto en casa como en la escuela. (Filomeno, 2017)³¹

Uno de los mejores momentos para realizar esta evaluación sin tratamiento suele ser en un período del curso escolar en el que el paciente no tenga exámenes, y en el que los profesores ya tengan un conocimiento suficiente del niño, por ejemplo al inicio del segundo trimestre.

14. El TDAH en el Perú

Alrededor de 75 mil niños en el Perú sufren problemas de falta de atención, impulsividad y comportamientos inquietos, síntomas primarios del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

Así lo estima Héctor Rivera, director ejecutivo de la Asociación para la Rehabilitación del Infantil Excepcional (ARIE), una organización que propicia la salud integral de los niños, especialmente de quienes tienen discapacidad.

Durante el simposio internacional "Desórdenes del Desarrollo Infantil", Rivera manifestó que el 5 por ciento de los niños del país presentan el TDAH. Además, dijo, en todo salón de clase con más de 45 alumnos, dos o tres niños, considerados los más revoltosos, tienen dicho trastorno.

Manifestó que este problema tiene un mayor impacto en la educación inicial y en los primeros años de educación primaria, ya que son etapas en las cuales no se ha identificado el problema.

³¹ Filomeno, A. (2017). *Definición, diagnóstico y tratamiento medicamentoso del TDAH. manual de diagnóstico y manejo del TDAH: enfoque multidisciplinario*. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, págs. 73-94.

También indicó que aún no están totalmente claras las causas de la enfermedad, pero lo que sí se sabe es que es hereditario. "Si algún pariente posee este mal, es altamente probable que su sobrino, nieto u otro pequeño de la familia también lo padezca". (Filomeno, 2017)³²

Entre las consecuencias futuras del TDAH se encuentran el fracaso escolar, inadaptación social (hasta llegar a tener incluso conductas delincuenciales). Además, en los adultos con este problema se pueden presentar casos de fracaso laboral.

Por esta razón, el especialista aseveró que es necesario que tanto los profesores como los padres de familia sean capacitados para reconocer e identificar el mal y tratarlos inmediatamente con psicólogos especializados en niños o neurólogos pediatras.

Asimismo, comentó, sería conveniente que se reduzca el número de alumnos en los salones de los colegios, ya que esto permitiría reconocer rápidamente a quienes presentan este mal.

15. Consecuencias del TDAH

El no recibir un diagnóstico o tratamiento adecuado conlleva a consecuencias importantes para los niños y adolescentes e inclusive adultos que lo padecen. Ello demuestra su difícil inserción tanto en el ámbito escolar, familiar, social y personal.

15.1. Consecuencias en la vida escolar

El TDAH no tratado afecta a los niños y adolescentes en la escuela en forma de notas más bajas en los exámenes, repetición del curso y dificultades en aplicar los conocimientos a tareas personales y escolares. El 15% de los niños con TDAH no tratado presentan trastornos de aprendizaje que afectan el área de las matemáticas o la lectura, dejando a estos pacientes por detrás de sus compañeros del colegio. También es posible que el ausentismo alcance niveles significativos.

Asimismo, algunos niños con TDAH que no reciben tratamiento presentan comportamientos agresivos y perturbadores. En muchos casos, estas dificultades

³² Filomeno, A. (2017). *Definición, diagnóstico y tratamiento medicamentoso del TDAH. manual de diagnóstico y manejo del TDAH: enfoque multidisciplinario*. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, págs. 73-94.

pueden exigir una atención académica adicional, la repetición del curso y la colocación del paciente en programas de educación especial. (Filomeno, 2016)³³

Aproximadamente entre el 50% y el 60% de los niños con TDAH no tratado acaban por ser expulsados de clase y entre el 10% y el 30% de los adolescentes abandonan sus estudios y/ o no logran terminar el bachillerato. Sólo el 5% de los adolescentes con TDAH terminan sus estudios universitarios.

En el caso de los adultos, por lo general se encuentran sin empleo y de conseguirlo, fracasan en éste.

15.2. Consecuencias en la vida familiar y el funcionamiento familiar.

Los problemas conductuales asociados al TDAH no tratado pueden incidir de forma negativa en la toda la familia. Los niños y adolescentes que sufren este trastorno pueden sufrir problemas por mostrarse tercos, desafiantes, por negarse a obedecer, por pataletas y hostilidad verbal.

Además, el TDAH no tratado también puede tener un impacto profundo en las relaciones con sus hermanos. Todas estas tensiones pueden acabar por minar la salud psíquica y física de los padres y de la propia familia.

15.3. Consecuencias en las relaciones con los compañeros y relaciones sociales

A menudo los niños y adolescentes, e inclusive los adultos con TDAH no tratado tienen dificultades para hacer y mantener amistades. Es posible que los compañeros (y sus padres) eviten abiertamente o desaconsejan las interacciones con niños cuya conducta es hiperactiva y descontrolada.

Es más, muchos niños que sufren TDAH y que no son tratados, tienen una menor capacidad para interpretar los mensajes sociales no verbales y sutiles de sus compañeros. También les puede resultar difícil terminar un juego o saber dónde encontrar sus pertenencias.

15.4. Consecuencia sobre la Autoestima

Es frecuente que los niños con TDAH no tratado tengan un nivel bajo de autoestima, sobre todo si los padres y familiares cercanos no comprenden la naturaleza de la

³³ Filomeno, A. (2016). El niño con déficit de atención o hiperactividad cómo pasar del fracaso al éxito. Lima, Perú: Universidad Cayetano Heredia, págs. 41-53.

conducta del niño que es propia del TDAH y culpan al niño por no comportarse correctamente.

15.5. Consecuencias sobre la salud y seguridad

El no recibir un tratamiento adecuado para el TDAH tiene consecuencias claras sobre la salud y seguridad del paciente. Los niños y adolescentes con TDAH no tratado sufren más lesiones por accidente y más problemas de salud que otros. (Filomeno, 2016)³⁴

Por ejemplo, la incidencia de accidentes de tráfico es mayor para conductores adolescentes con TDAH no tratado que para otros conductores adolescentes (57% frente al 39%). Un estudio retrospectivo de expedientes provenientes de 70 hospitales detectó que los niños con TDAH no tratado eran significativamente más propensos a sufrir lesiones por accidente que requerían el ingreso hospitalario que niños sin TDAH, incluidos los siguientes:

- Accidentes mientras caminaban (27,5% versus un 18,3%).
- Accidentes de bicicleta (17,1% versus el 13,8%).
- Traumatismo craneoencefálico (53% frente al 41%).

Las lesiones en niños con TDAH no tratado tienden a ser más graves que las de los niños sin TDAH. También se dan más casos de envenenamiento accidental en niños con TDAH no tratado y la tasa de mortalidad en niños menores de 12 años con TDAH no tratado es cinco veces superior que en niños sin TDAH. Existe una mayor probabilidad de que los niños y adolescentes con TDAH no tratado:

- Queden embarazadas durante la adolescencia y contraigan enfermedades de transmisión sexual.
- Se muestren más proclives a desarrollar trastornos por uso de drogas ilegales o alcohol.
- Empiecen a fumar tabaco antes de los 17 años de edad (el 46% frente al 24%).

³⁴ Filomeno, A. (2016). El niño con déficit de atención o hiperactividad cómo pasar del fracaso al éxito. Lima, Perú: Universidad Cayetano Heredia, págs. 41-53.

15.6. Consecuencias en el plano laboral

El caso de los adultos cuando no son tratados de niños perturba su vida laboral, pueden caer en accidentes de tráfico, abuso de sustancias y conductas delictivas. En lo referente a las dificultades en el trabajo los síntomas provocan constantes retardos, absentismo, mala planificación, no se cumple con los objetivos en tiempo y forma, dispersión, desorganización, irritabilidad, ansiedad, depresión, conflictos con los compañeros que en el mejor de los casos repercute con ingresos menores, sanciones económicas, actas administrativas, pérdida de empleo, pero en el peor de los escenarios se termina con demandas judiciales y malas referencias laborales que reduce su posibilidad de obtener empleo en otro lugar lo que termina por frustrar y afectar considerablemente su calidad de vida. (Filomeno, 2016)³⁵

Un estudio de la OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico) señala que un trastorno mental puede conducir a un pobre rendimiento laboral, alto absentismo y la reducción de la productividad en el trabajo, lo que resulta en costos considerables para la sociedad.

Las estimaciones sugieren que el costo total para la sociedad llega alrededor del 3 y 4% del producto interno bruto de un país. Los costos de los trastornos mentales no se limitan al sistema de atención de salud, sino que afectan a la economía más amplia y sobre todo el mercado laboral y a los sistemas de seguridad social.

Aunando a esta situación la Organización Mundial para la Salud (OMS) estima que en 10 años el 35% de la población del mundo padecerá un trastorno mental lo cual repercutirá no solo en las personas que lo tienen sino también, como lo indica la OCDE, este implicará negativamente en la economía de un país.

16. El TDAH en el Derecho Comparado

Cabe señalar que, en el Derecho Comparado, el TDAH ha sido objeto de normas que tiene como fin lograr un tratamiento justo e igualitario a las personas que presentan este trastorno.

Entre otros, destaca lo ocurrido en España, donde en diferentes regiones se ha legislado el tema.

³⁵ Filomeno, A. (2016). El niño con déficit de atención o hiperactividad cómo pasar del fracaso al éxito. Lima, Perú: Universidad Cayetano Heredia, págs. 41-53.

16.1. Legislación Española sobre el TDAH

En España, en 2010 el Ministerio de Sanidad en colaboración con la Generalitat de Cataluña publicó la GPC sobre el TDAH en niños y adolescentes. El Ministerio de Educación en 2010 convocó becas para estos alumnos. (Ministerio de Educación, 2019)³⁶

Un importante hito fue la aprobación en el Senado de la Moción: inclusión de fármacos de aportación reducida, protocolos de actuación conjunta de las administraciones implicadas, aumento de dotación económica y humana en las unidades de tratamiento psicoterapéutico en las CCAA, así como en los servicios de orientación educativa psicopedagógica de los colegios de infantil, primaria y secundaria.

La nueva *Ley Orgánica de Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE)*, aprobada en noviembre 2013, incluye al TDAH dentro de la sección destinada al alumnado con dificultades específicas de aprendizaje. Esto es importante por la igualdad de oportunidades, con independencia de la CCAA en la que estén escolarizados los alumnos.

En la legislación autonómica, Baleares, Canarias, Murcia, Navarra y Cataluña hacen mención expresa al TDAH. No existe marco normativo, solo protocolos en esas comunidades. En los Parlamentos regionales, sí que ha habido más actividad, tanto desde el punto de vista educativo como sanitario.

Se han elaborado informes y comunicaciones sobre la situación de los afectados por parte del Defensor del Pueblo y el Defensor del Menor de Madrid (2002), Cataluña (2007) y Navarra (2008).

16.2. Decreto N.º 221/2015, de 2 de septiembre de 2015, por el que se establece el currículo del Bachillerato en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

16.2.1. Objeto de la norma

El objeto es fijar reglas de ordenación y establecer el currículo del Bachillerato en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (Artículo 1)

³⁶ Ministerio de Educación y Formación Profesional de España. Legislación. 16 enero 2019 <http://www.educacionyfp.gob.es/portada.html>

La norma se dicta en desarrollo del currículo básico y pretende incrementar la autonomía de los centros, que pueden decidir desarrollar y complementar el currículo, así como fijar la oferta de materias de los bloques de asignaturas específicas y de libre configuración autonómica en el marco de la programación de las enseñanzas que establezca la Administración regional. (Ministerio de Educación, 2019)³⁷

Se agrega que un currículo que se desarrolla con la suficiente flexibilidad para que los centros, en el uso de su autonomía, puedan adaptarse a las diferencias individuales y a su entorno socioeconómico y cultural, **de modo que todos los alumnos** puedan alcanzar el grado de excelencia que sus condiciones les permitan.

Transitar adecuadamente por las etapas del sistema educativo es condición inherente al éxito escolar. Por tanto, debe asegurarse una adecuada conexión entre la Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato, de modo que estas etapas resulten integradas en un proceso educativo y formativo de los alumnos, facilitando su maduración intelectual y su desarrollo personal en el entorno social y escolar.

El Bachillerato es una etapa educativa determinante por cuanto debe proporcionar a los alumnos formación, madurez intelectual y humana, conocimientos y habilidades que les permitan desarrollar funciones sociales e incorporarse a la vida activa con responsabilidad y competencia. Asimismo, capacitará a los alumnos para acceder a la educación superior.

16.2.2. De la Equidad en la educación y necesidades específicas

Teniendo en cuenta lo antes señalado, el Capítulo VI sobre Equidad en la educación, ha establecido lo siguiente: (Ministerio de Educación, 2019)³⁸

“Artículo 21. Plan de trabajo individualizado de los alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo.

³⁷ Ministerio de Educación y Formación Profesional de España. Legislación. 16 enero 2019 <http://www.educacionyfp.gob.es/portada.html>

³⁸ Ministerio de Educación y Formación Profesional de España. Legislación. 16 enero 2019 <http://www.educacionyfp.gob.es/portada.html>

1.- Al amparo de lo dispuesto en el artículo 9.3 del Real Decreto 1.105/2014, de 26 de diciembre, los servicios de orientación educativa de los centros realizarán la identificación del alumnado que requiera una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, por trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o por altas capacidades intelectuales.

2.- Todo alumno que presente necesidades específicas de apoyo educativo, previstas en el artículo 71.2 de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, contará con un plan de trabajo individualizado.

3.- El plan de trabajo individualizado recogerá las adaptaciones de acceso al currículo, así como las adaptaciones que precisen estos alumnos para la evaluación.

4.- La Consejería competente en materia de educación establecerá el procedimiento y los términos en los que el equipo docente elaborará, aplicará y evaluará este plan de trabajo individualizado”

16.2.3. De la Equidad en la educación y dificultades específicas de aprendizaje

En relación a este aspecto, la norma en mención ha establecido lo siguiente:

“Artículo 24. Dificultades específicas de aprendizaje.

1.- La evaluación de los alumnos con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y dificultades específicas de aprendizaje identificados por el orientador correspondiente, deberá tener en consideración las adaptaciones de acceso que precise dicho alumnado en los instrumentos y procedimientos de evaluación.

2.- Al amparo de lo dispuesto en el artículo 29.3 del Real Decreto 1.105/2014, de 26 de diciembre, los alumnos con dislexia que presenten comorbilidad con TDAH o con otro trastorno de conducta asociado, los alumnos que tengan un trastorno específico del lenguaje, así como los alumnos con TDAH que presenten comorbilidad asociada a dicho trastorno, podrán, previa autorización, realizar el Bachillerato fragmentando en bloques las materias que componen el currículo de

los dos cursos de esta etapa, de acuerdo con el procedimiento que establezca la Consejería competente en materia de educación.”

16.3. Decreto n.º 220/2015, de 2 de septiembre de 2015, por el que se establece el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Sobre consideraciones similares, y en base a la equidad en la educación, esta norma ha establecido lo siguiente respecto a dificultades específicas de aprendizaje y atención a la diversidad, de los estudiantes con TDAH (Ministerio de Educación, 2019)³⁹

“Artículo 23. Dificultades específicas de aprendizaje

Los centros educativos adoptarán las medidas organizativas y curriculares necesarias para atender al alumnado que presente alguna necesidad específica de aprendizaje (dislexia, discalculia, TDAH, entre otros) facilitando el acceso al currículo y adaptando, en su caso, los instrumentos de evaluación.”

“Artículo 19. Atención a la diversidad

3. Al amparo de lo dispuesto en el artículo 9.3 del citado real decreto, los servicios de orientación educativa de los centros realizarán la identificación del alumnado que requiera una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, por trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o por altas capacidades intelectuales.

e) Apoyo y refuerzo educativo dentro o fuera del aula en las materias del bloque de asignaturas troncales que el centro considere, preferentemente en las siguientes materias: Lengua Castellana y Literatura, Matemáticas, Matemáticas Orientadas a las Enseñanzas Académicas y Matemáticas Orientadas a las Enseñanzas Aplicadas. Los centros docentes procurarán destinar esta medida a los alumnos con dificultades específicas de aprendizaje y TDAH, así como a aquellos alumnos que se hayan

³⁹ Ministerio de Educación y Formación Profesional de España. Legislación. 16 enero 2019 <http://www.educacionyfp.gob.es/portada.html>

incorporado a un grupo ordinario después de haber cursado alguno de los programas regulados en este capítulo”

16.4. Orden de 20 de noviembre de 2014, de la Consejería de Educación, Cultura y Universidades por la que se regula la organización y la evaluación en la Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (Ministerio de Educación, 2019)⁴⁰

Esta norma tiene por objeto organizar las enseñanzas de la Educación Primaria conforme a lo previsto en la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, y a lo dispuesto en el Decreto 198/2014, de 5 de septiembre. En el artículo 26.3 del citado decreto se establece que la evaluación de los procesos de aprendizaje de los alumnos será continua y global, teniendo en cuenta su progreso en el conjunto de las áreas, por lo que procede concretar normas de evaluación que, siendo acordes con lo establecido en la normativa anteriormente citada, aseguren una coherencia del proceso de evaluación y establezcan los documentos e informes necesarios para llevar a cabo dicho proceso. (Ministerio de Educación, 2019)⁴¹

16.4.1. De la equidad en la educación y atención individualizada

La norma establece lo siguiente en relación al TDAH

“Artículo 15. Atención individualizada

4.- Los centros docentes podrán utilizar los recursos de apoyo ordinario disponibles para desarrollar una o varias de las siguientes medidas organizativas de apoyo y refuerzo:

g) El refuerzo educativo por parte de otro maestro para afianzar los aprendizajes relacionados con los estándares básicos o esenciales de aquellos alumnos con dificultades específicas de aprendizaje, tales como inteligencia límite, TDAH o dislexia, entre otros.”

⁴⁰ Ministerio de Educación y Formación Profesional de España. Legislación. 16 enero 2019 <http://www.educacionyfp.gob.es/portada.html>

⁴¹ Ministerio de Educación y Formación Profesional de España. Legislación. 16 enero 2019 <http://www.educacionyfp.gob.es/portada.html>

16.4.2. De la evaluación y promoción

En relación a ello, el Artículo 23 señala lo siguiente:

“Artículo 23. Evaluación de los aprendizajes

9. La evaluación del alumnado que presente dificultades específicas de aprendizaje o TDAH será realizada por el docente que imparte el área, adaptando los instrumentos de evaluación a las características y necesidades del alumnado.”

(Ministerio de Educación, 2019)⁴²

16.5. Declaración de Consenso Internacional sobre el TDAH de Enero del 2002.⁴³

En esta declaración se estableció por un consorcio internacional de científicos la profunda preocupación por la inadecuada manera en que periódicamente llaman la atención sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad distintos reportajes en los medios de comunicación. Se trata de un trastorno que nos es muy familiar y sobre el que muchos de nosotros hemos investigado o hemos dedicado nuestra carrera entera.

Se teme que historias inapropiadas que describen el TDAH como un mito, un fraude o una condición benigna pueden llevar a cientos de afectados a no buscar tratamiento para su dolencia. También lleva a la gente a pensar que se trata de un trastorno que no es auténtico ni real o que es una afección sin importancia.

Se ha elaborado esta declaración de consenso sobre el TDAH como referencia sobre el estatus de los hallazgos científicos relativos a este trastorno, a su autenticidad y al impacto adverso que tiene sobre las vidas de las personas a las que se les diagnostica el trastorno tal como se explica en este artículo (enero 2002).

La cobertura mediática habitual acerca del trastorno lo presenta como si se tratara de un evento deportivo con sus competidores del mismo nivel. Se enfrentan los puntos de vista de un puñado de médicos inexpertos con los de una mayoría de científicos de alto nivel como si ambos tuvieran el mismo valor.

⁴² Ministerio de Educación y Formación Profesional de España. Legislación. 16 enero 2019 <http://www.educacionyfp.gob.es/portada.html>

⁴³ Declaración de Consenso Internacional sobre el TDAH, 16 enero 2019, <http://www.russellbarkley.org/factsheets/Consenso2002.pdf>

Tales intentos de equilibrio dan al público la impresión de que hay un desacuerdo científico fundamental acerca de si el TDAH es o no una condición médica real. En realidad no hay tal desacuerdo, al menos no en mayor medida que lo hay sobre si fumar produce cáncer o sobre si es un virus lo que causa el SIDA.

La Autoridad Sanitaria de los Estados Unidos, la Asociación Médica Americana, la Asociación Psiquiátrica Americana, la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y de Adolescentes la Asociación Americana de Psicología y la Academia Americana de Pediatría, entre otras, todas reconocen el TDAH como un trastorno auténtico.⁴⁴

Aunque algunas de estas organizaciones han publicado pautas de evaluación y tratamiento del trastorno para sus miembros, esta es la primera declaración de consenso publicada por un consorcio independiente de científicos de primera línea relativa al estatus del trastorno.

17. El TDAH la Ciencia.

Debe señalarse especialmente que, como asunto de ciencia, la idea de que el TDAH no existe es sencillamente un error. Todas las asociaciones medicas importantes y agencias gubernamentales de salud reconocen el TDAH como un trastorno genuino debido a las abrumadoras evidencias científicas que así lo indican.

Se han utilizado distintos enfoques para establecer si una condición alcanza el nivel de un trastorno médico o psiquiátrico auténtico. Uno muy útil estipula que debe haber evidencias científicamente establecidas de que quienes padecen esa condición tienen un severo déficit o una falta total de algún mecanismo físico o psicológico que es universal en las personas.

Es decir, que lo normal es que todas las personas, sin tener en cuenta la cultura, desarrollen esa habilidad mental. Y del mismo modo deben darse evidencias científicas incontrovertibles de que ese severo déficit perjudica al individuo que lo padece. Se establece que hay perjuicio si hay evidencia de mayor mortalidad, morbilidad, o impedimentos en las principales actividades de la vida que son requisitos del escenario del propio desarrollo en la vida.⁴⁵

⁴⁴ Declaración de Consenso Internacional sobre el TDAH, 16 enero 2019, <http://www.russellbarkley.org/factsheets/Consenso2002.pdf>

⁴⁵ Declaración de Consenso Internacional sobre el TDAH, 16 enero 2019, <http://www.russellbarkley.org/factsheets/Consenso2002.pdf>

Entendiendo por principales actividades de la vida aquellos dominios de funcionamiento como la educación, las relaciones sociales y familiares, la independencia y la autosuficiencia, y el funcionamiento laboral, que se espera que todos los seres humanos seamos capaces de desempeñar a un determinado nivel de nuestro desarrollo.

Tal como atestiguan los numerosos científicos que firman el documento, no hay dudas entre los líderes mundiales de la investigación clínica de que el TDAH conlleva una seria deficiencia en un conjunto de habilidades psicológicas y que esas deficiencias perjudican seriamente a los individuos que padecen el trastorno.

La evidencia reinante indica que los déficit en la inhibición de la conducta y en la atención sostenida son centrales en este trastorno –hechos demostrados a través de cientos de estudios científicos. Y no hay duda de que el TDAH produce impedimentos en las principales actividades de la vida, incluyendo las relaciones sociales, la educación, el funcionamiento familiar y laboral, la autosuficiencia, y el acatamiento de las reglas sociales, las normas y las leyes.

También hay evidencias de que los afectados por el TDAH son más proclives a hacerse daño y a sufrir intoxicaciones accidentales. Por todo esto ninguna organización profesional médica, psicológica o científica duda de la existencia del TDAH como un trastorno legítimo. Los principales déficit psicológicos de quienes padecen TDAH se han relacionado en la actualidad mediante numerosos estudios que han usado distintos métodos científicos con una serie de regiones cerebrales específicas (el lóbulo frontal, sus conexiones con los ganglios basales, y su relación con los aspectos centrales del cerebelo).

La mayoría de estudios neurológicos concluyen que en general los afectados por el TDAH muestran menos actividad eléctrica en el cerebro y muestran menos reactividad a la estimulación en una o más de esas regiones. También los estudios de neuroimagen de grupos de afectados señalan áreas relativamente más pequeñas de masa cerebral y una menor actividad metabólica de esa masa en comparación con los grupos de control de esos estudios.⁴⁶

⁴⁶ Declaración de Consenso Internacional sobre el TDAH, 16 enero 2019,
<http://www.russellbarkley.org/factsheets/Consenso2002.pdf>

Se ha descubierto a través de numerosos estudios de gemelos, idénticos o no, en distintos países (Estados Unidos, Gran Bretaña, Noruega, Australia, etc.) que esos mismos déficit psicológicos de inhibición y atención son inicialmente hereditarios. Habitualmente se constata que la contribución genética para estos rasgos se halla entre los valores más altos para cualquier trastorno psiquiátrico (del 70 al 95 % de variación del rasgo en la población), casi alcanzando el valor de la contribución genética a la estatura humana.

Recientemente se ha demostrado de manera fiable que hay un gen asociado a este trastorno y en la actualidad hay más de 12 equipos de investigación de todo el mundo buscando más. Numerosos estudios de gemelos demuestran que el entorno familiar no contribuye separadamente de modo significativo a estos rasgos.

Ello no significa que el entorno del hogar, las habilidades educativas de los padres, los acontecimientos vitales estresantes o las dificultades en las relaciones entre iguales no tengan importancia ni influyan en los individuos que tengan este trastorno, como de hecho lo hacen. Las tendencias genéticas se manifiestan en la interacción con el entorno.

Además, las personas con TDAH con frecuencia padecen otros trastornos y problemas asociados, algunos de los cuales están claramente relacionados con su entorno social. Sin embargo, hay que decir que los déficit subyacentes que constituyen el TDAH no son única ni primariamente resultado de esos factores del entorno.

Por ello científicos internacionales de primera línea, como los firmantes del documento, reconocen la creciente evidencia de contribuciones neurológicas y genéticas a este trastorno. Esta evidencia unida a incontables estudios sobre el perjuicio que supone el trastorno y cientos de estudios sobre la efectividad de la medicación, respalda la necesidad en muchos, aunque no desde luego en todos los casos, del tratamiento del trastorno con terapias múltiples que incluyen la medicación combinada con ajustes en la educación, la familia y otras adaptaciones sociales.

Todo ello en fuerte contraste con la absolutamente acientífica postura de algunas críticas sociales en prensa que apuntan que el TDAH es un fraude, que medicar a los afectados es discutible si no censurable, y que los problemas de conducta asociados al TDAH son sencillamente consecuencia de problemas en casa, de ver la tele o jugar a videojuegos en exceso, falta de cariño o de atención, o intolerancia por parte de los profesores o la escuela.

18. EL TDAH no es un trastorno benigno.

Para aquellos que lo padecen puede originar problemas devastadores. Estudios de seguimiento de casos clínicos indican que los afectados tiene muchas más posibilidades que la población normal de ser expulsados de la escuela (32- 40%), de fracaso escolar (5-10 %), de tener pocos o ningún amigo (50-70%), de tener bajo rendimiento en el trabajo (70-80%), de enredarse en actividades antisociales (40-50 %) o de usar el tabaco o drogas ilegales más de lo normal.⁴⁷

Además, los niños que crecen con TDAH tienen más posibilidades de embarazos adolescentes (40%) y de enfermedades de transmisión sexual (16%), de conducir a demasiada velocidad y tener accidentes de coche, de padecer depresiones (20-30%) y trastornos de personalidad (18-25%) de adultos, así como de manejar mal y poner en peligro su vida de muchas otras formas.

Sin embargo, a pesar de estas serias consecuencias, los estudios indican que menos de la mitad de las personas que padecen el trastorno están recibiendo tratamiento. Los medios pueden ayudar de manera sustancial a mejorar estas circunstancias. Pueden hacerlo describiendo el TDAH y la investigación científica al respecto lo más rigurosa y responsablemente posible, y no extendiendo la propaganda de algunos críticos sociales y doctores marginales cuya agenda política llevaría a cualquiera a pensar que no existe ningún trastorno real.⁴⁸

El hecho de publicar historias de que el TDAH es un trastorno ficticio o puramente un conflicto entre los Huckelberry Finn de hoy en día y sus cuidadores, es lo mismo que declarar que la Tierra es plana, que la ley de la gravedad es discutible y que la tabla periódica de los elementos químicos es un fraude.

El TDAH debe ser descrito en los medios de la misma manera realista y rigurosa que en las publicaciones científicas: como un trastorno auténtico que tiene un impacto dañino múltiple y sustancial sobre quienes lo padecen, sin que se pueda culpar ni a ellos mismos, ni a sus padres o maestros por ello.

⁴⁷ Declaración de Consenso Internacional sobre el TDAH, 16 enero 2019, <http://www.russellbarkley.org/factsheets/Consenso2002.pdf>

⁴⁸ Declaración de Consenso Internacional sobre el TDAH, 16 enero 2019, <http://www.russellbarkley.org/factsheets/Consenso2002.pdf>



CAPÍTULO II: Metodología

1. Técnicas, Instrumentos y Materiales de Verificación.

1.1. Técnicas.

Las técnicas que se emplearon fueron las siguientes:

- a) Para la variable personas con TDAH (primera variable): observación y cuestionario.
- b) Para la variable necesidad de regular mecanismos legales (segunda variable): cuestionario

1.2. Instrumentos.

Los instrumentos de verificación son:

- a) Para la primera variable: cédula de preguntas (cuestionario semiestructurado) y ficha documental.
- b) Para la segunda variable: Cédula de preguntas (Cuestionario semiestructurado)

Lo antes expuesto se observa en el siguiente cuadro:

Variables	Técnica	Instrumento
Primera variable: Personas con trastorno por déficit de atención, hiperactividad e impulsividad (TDAH)	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario • Observación 	Cédula de preguntas (cuestionario semiestructurado) Ficha documental
Segunda Variable: Necesidad de regular mecanismos legales: Propuesta legislativa	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario 	Cédula de preguntas (cuestionario semiestructurado)

1.3. Materiales.

Los materiales que se emplearon son utilería general de escritorio y material de impresión.

2. Campo de Verificación.

2.1. Ubicación Espacial

La investigación se ubicó geográficamente en la ciudad de Arequipa, que corresponde a la Provincia y Región de Arequipa, Perú.

2.2. Ubicación Temporal.

La investigación comprende el año 2017.

2.3. Unidades de Estudio.

a) Universo.

Las unidades de estudio para la presente investigación son los 7,357 abogados inscritos en el Colegio de Abogados de Arequipa, los mismos que corresponden al 100%.

b) Muestra

Para efectos de determinar el tamaño de la muestra de la investigación, se emplearon las tablas de Arkin y Colton⁴⁹, y en aplicación de éstas la muestra se determinó de la siguiente manera:

- Número de abogados inscritos en el Colegio de Abogados de Arequipa: 7,357
- En aplicación del rango de amplitud de la población de hasta 8,000, con un rango de error del 10%, la muestra se determina en 99 personas a entrevistar.

La muestra se determinó de manera aleatoria

Criterios de inclusión:

Abogados colegiados en el Colegio de Abogados de Arequipa.

⁴⁹ JULIO ERNESTO PAREDES NUÑEZ: Manual para la investigación científica, publicado por Universidad Católica de Santa María, Arequipa – Perú, 6ta Edición, 2006, pág. 174.

Criterios de exclusión:

Abogados no colegiados en el Colegio de Abogados de Arequipa.

3. Estrategia de Recolección de Datos

3.1. Organización.

3.1.1. Autorización.

Tratándose las unidades de estudio de profesionales liberales, no fue necesario solicitar autorización alguna para aplicar el cuestionario semiestructurado.

3.1.2. Prueba Piloto.

Por su naturaleza, la ficha de observación documental no requiere la aplicación de prueba piloto.

En el caso del cuestionario semiestructurado, se aplicará la prueba piloto en 5% del equivalente de la muestra, para corregir algunos errores en el cuestionario semiestructurado y verificar su eficacia. La prueba piloto será de tipo excluyente.

3.2. Recursos.

3.2.1. Recursos Humanos.

Investigador: Juan Ignacio Angulo Cuba.

3.2.2. Recursos Económicos.

Se contó con los recursos económicos propios del investigador.

3.3. Validación de los Instrumentos.

La ficha documental, por su naturaleza, no requiere de validación.

La validación de instrumento se realizó a través de la prueba piloto, para corregir algunos errores en el cuestionario semiestructurado para verificar su eficacia.

3.4. Criterios para el Manejo de los Resultados.

A efectos de la investigación, para la sistematización o procesamiento de los datos obtenidos se empleó como procedimientos la seriación, la codificación, la tabulación y la graficación para la contabilización de las respuestas y la elaboración de cuadros o tablas y gráficas.

En el análisis de la información que se obtuvo se empleó el proceso de jerarquización de datos para luego establecer relaciones previas y apreciar posteriormente de manera crítica la información así ordenada y sistematizada.

De esta forma el estudio de los datos observados y los que se encontraron en el momento del análisis que se realizó sirvió de fundamento de las conclusiones de la investigación.





CAPÍTULO III:

Resultados y Discusión

1. Desprotección legal de las personas con TDAH respecto a salud, educación y deporte, inserción laboral, capacitación, campañas de concienciación e información a la comunidad, orientación a la familia e implementación de políticas, Arequipa 2017.

Con el objetivo de establecer la Desprotección legal de las personas con TDAH respecto a salud, educación y deporte, inserción laboral, capacitación, campañas de concienciación e información a la comunidad, orientación a la familia e implementación de políticas, Arequipa 2017, se aplicó una cédula de preguntas elaborada por el investigador, a los abogados colegiados en el Colegio de Abogados de Arequipa. Se trabajó con una muestra de 99 abogados. La cédula de preguntas en este aspecto cuenta con 6 preguntas con respuesta de opción múltiple.

Los resultados encontrados son los siguientes:

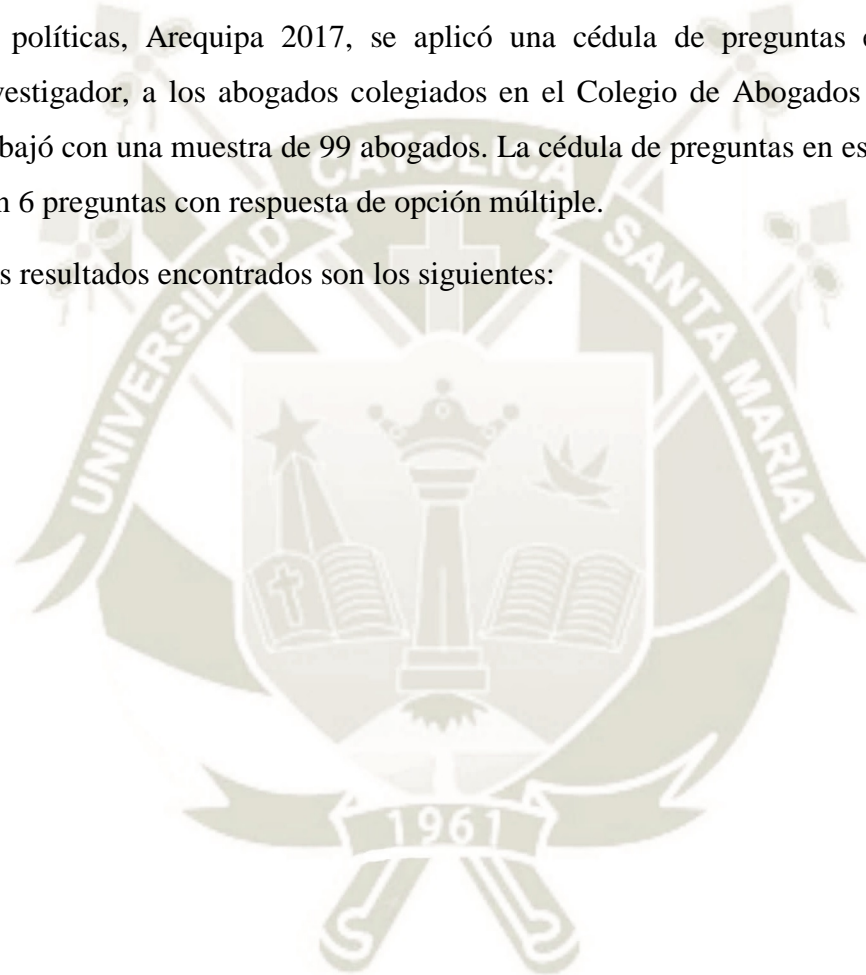


TABLA 1

¿Sabe usted que el TDAH son las siglas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, que es un trastorno de carácter neurobiológico originado en la infancia que implica un patrón de déficit de atención, hiperactividad y/o impulsividad?

N° DE VECES	F	%
Completamente de acuerdo	40	41
De acuerdo	14	14
Parcialmente de acuerdo	0	0
En desacuerdo	25	25
Muy en desacuerdo	20	20
TOTAL	99	100

Fuente: Elaboración propia

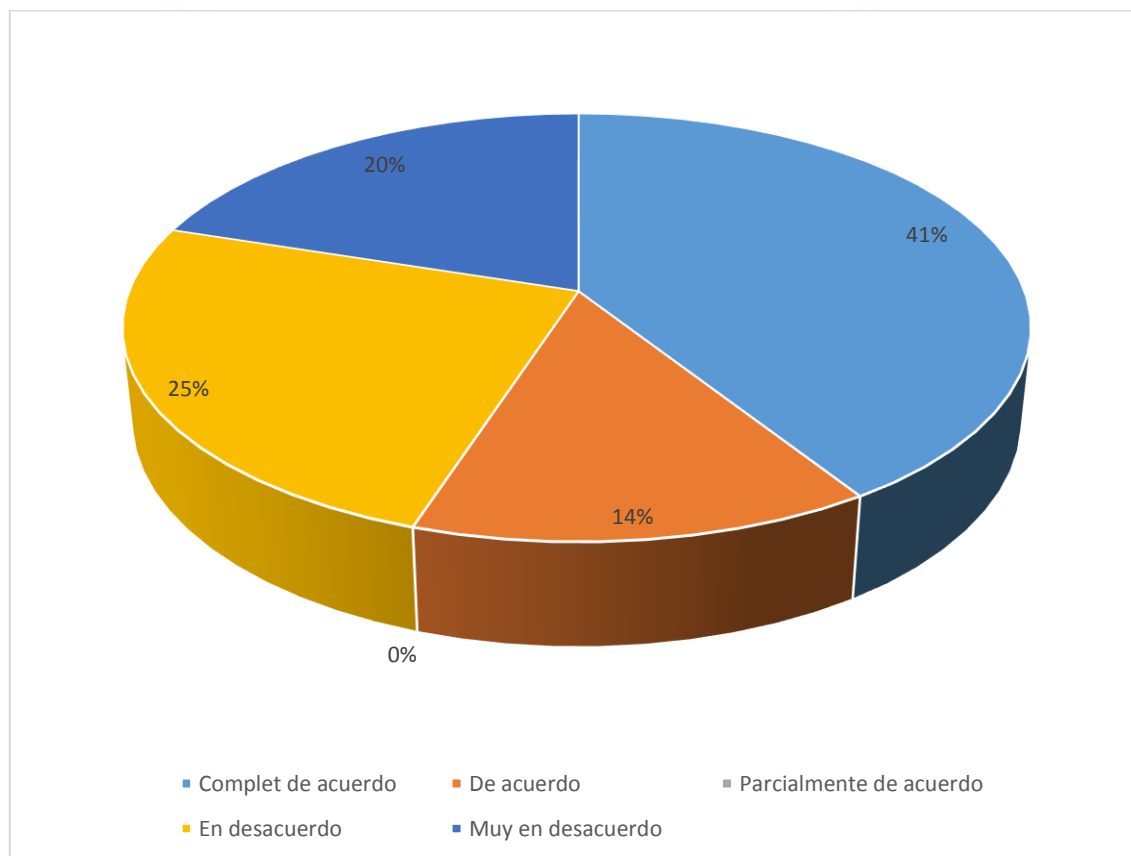
Los entrevistados fueron preguntados si saben que el TDAH son las siglas del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, que es un trastorno de carácter neurobiológico originado en la infancia que implica un patrón de déficit de atención, hiperactividad y/o impulsividad, obteniendo como respuesta que se encuentra completamente con ello un 41%, de acuerdo un 14%. Están en desacuerdo con ello el 25% en tanto que el 20% están muy en desacuerdo.

Lo antes señalado significa que un mayoritario 55% conoce bien lo que significan estas siglas, por tener algún conocimiento del tema, en tanto que un importante 45% no tienen mayor conocimiento de este trastorno.

Lo antes expuesto se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico 1

¿Sabe usted que el TDAH son las siglas de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, que es un trastorno de carácter neurobiológico originado en la infancia que implica un patrón de déficit de atención, hiperactividad y/o impulsividad?



Fuente: Elaboración propia

TABLA 2

¿Tiene usted conocimiento que el TDAH lo padece aproximadamente el 5% de la población peruana?

N° DE VECES	F	%
Completamente de acuerdo	21	21
De acuerdo	35	36
Parcialmente de acuerdo	0	0
En desacuerdo	30	30
Muy en desacuerdo	13	13
TOTAL	99	100

Fuente: Elaboración propia

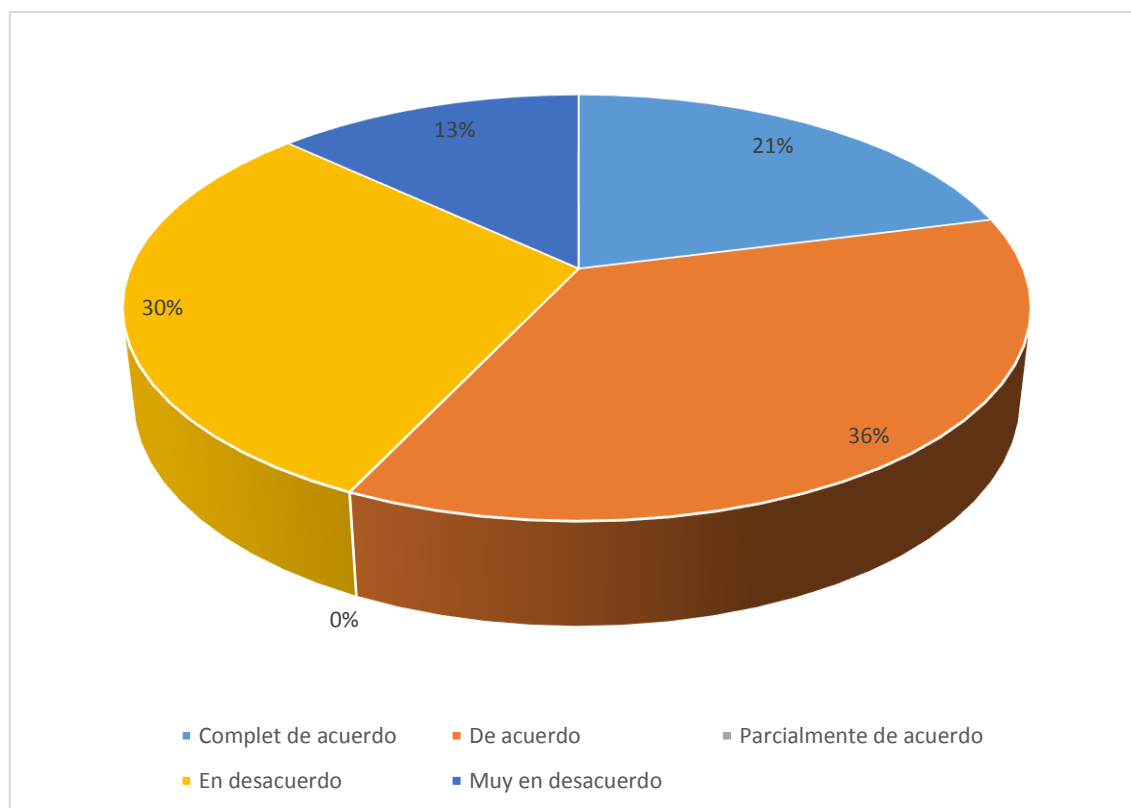
Los entrevistados también respondieron si tenían conocimiento que el TDAH lo padece aproximadamente el 5% de la población peruana, encontrándose completamente de acuerdo el 21%, de acuerdo el 36%, en desacuerdo el 30% y muy en desacuerdo el 13%.

Los resultados encontrados guardan relación con lo hallado en la pregunta anterior, pues el 57%, que es un resultado similar a quienes conocen las siglas del TDAH, saben que este trastorno lo padece aproximadamente el 5% de la población del país. El 43% no conoce estas cifras.

Lo antes expuesto se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico 2

¿Tiene usted conocimiento que el TDAH lo padece aproximadamente el 5% de la población peruana?



Fuente: Elaboración propia

TABLA 3

¿En Perú existe tratamiento legal específico para las personas que padecen TDAH?

N° DE VECES	F	%
Completamente de acuerdo	20	20
De acuerdo	15	15
Parcialmente de acuerdo	0	0
En desacuerdo	40	41
Muy en desacuerdo	24	24
TOTAL	99	100

Fuente: Elaboración propia

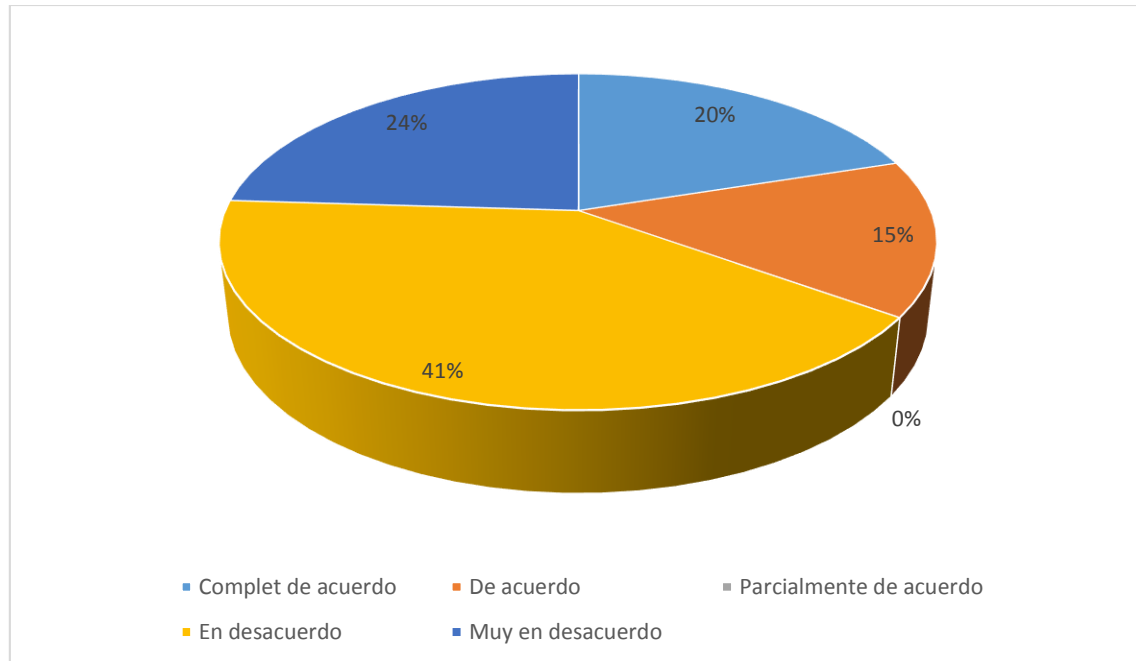
Respecto a si en nuestro país existe tratamiento legal específico para las personas que padecen TDAH, el 20% está de acuerdo con ello, el 15% está de acuerdo, el 41% está en desacuerdo y el 24% está muy en desacuerdo.

En el presente caso, se ha encontrado que un 65% conoce que en el país no existe un tratamiento legal específico para aquel 5% de la población que padece TDAH, en tanto que de manera errónea un 35% tiene la idea que sí existe una norma que regule esta materia, lo que probablemente se deba a una confusión con la existencia de una norma sobre personas con discapacidad, que no abarca a aquellos que padecen TDAH.

Lo antes expuesto se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico 3

¿En Perú existe tratamiento legal específico para las personas que padecen TDAH?



Fuente: Tabla 3

TABLA 4

Al no existir normativa en relación a las personas que padecen TDAH, ¿Considera usted que este grupo se encuentra desprotegido?

	F	%
Completamente de acuerdo	69	70
De acuerdo	20	20
Parcialmente de acuerdo	0	0
En desacuerdo	10	10
Muy en desacuerdo	0	0
TOTAL	99	100

Fuente: Elaboración propia

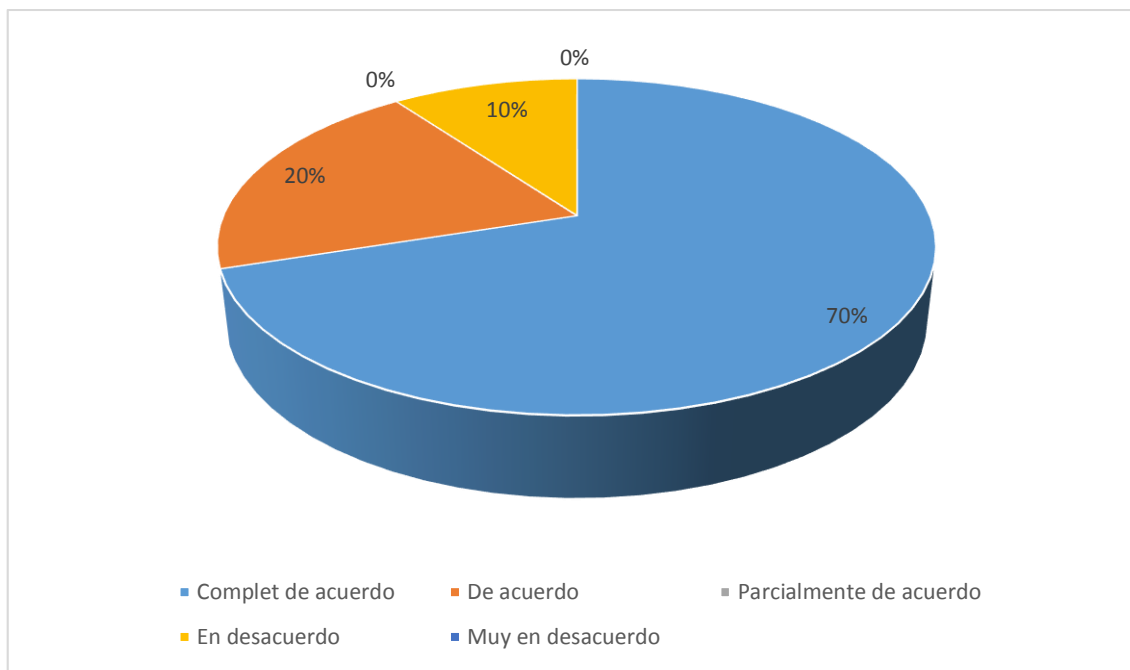
También se preguntó a los encuestados su opinión del hecho que al no existir normativa en relación a las personas que padecen TDAH, consideran que este grupo se encuentra desprotegido, encontrando que el 70% está completamente de acuerdo con ello, el 20% está de acuerdo, un 10% está en desacuerdo, en tanto que el 0% están parcialmente de acuerdo y otro 0% se encuentran muy en desacuerdo.

Los resultados demuestran que enterados los entrevistados de la inexistencia de una norma específica para aquellos que padecen de TDAH, de manera muy mayoritaria y contundente el 90% de ellos opina que este grupo se encuentra desprotegido.

Lo antes expuesto se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico 4

Al no existir normativa en relación a las personas que padecen TDAH, ¿Considera usted que este grupo se encuentra desprotegido?



Fuente: Tabla 4

TABLA 5

Considerando que aproximadamente el 5% de la población peruana padece TDAH, ¿Es usted de la opinión que resulta importante la emisión de una ley que proteja a estas personas?

	F	%
Completamente de acuerdo	67	68
De acuerdo	0	0
Parcialmente de acuerdo	19	19
En desacuerdo	13	13
Muy en desacuerdo	0	0
TOTAL	99	100

Fuente: Elaboración propia

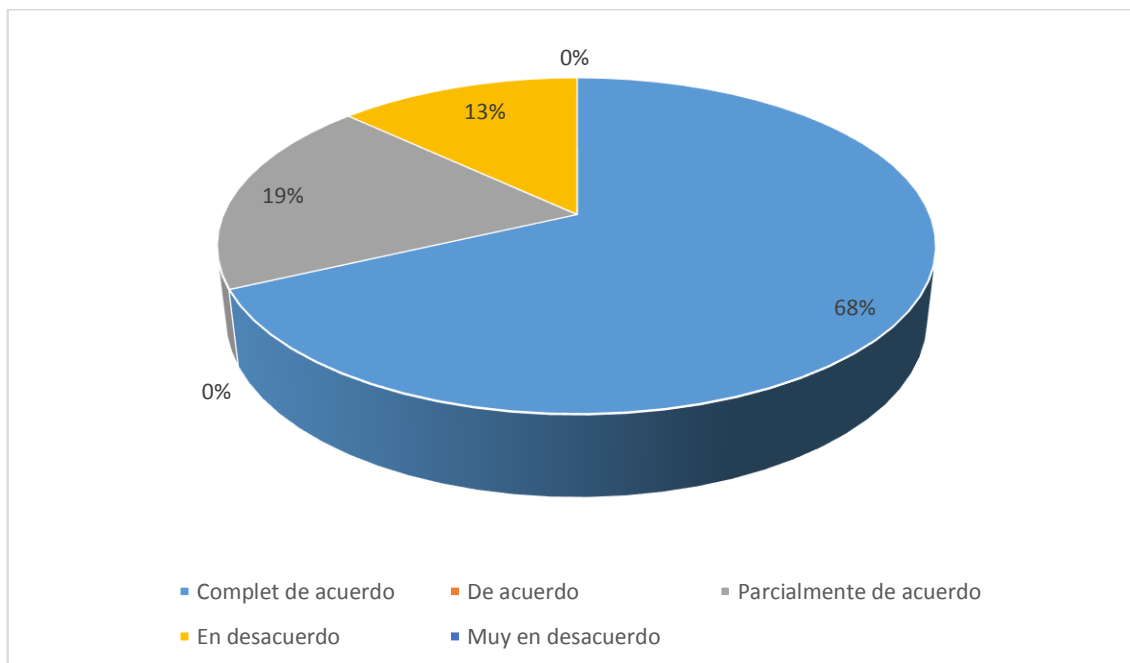
Se preguntó también si considerando que aproximadamente el 5% de la población peruana padece TDAH, opinan que resulta importante la emisión de una ley que proteja a estas personas, estableciéndose que el 68% está completamente de acuerdo, el 19% está parcialmente de acuerdo, seguido del 13% que se muestra en desacuerdo. Un 0% está de acuerdo y otro 0% está muy en desacuerdo.

Como se observa, de manera consecuente con las opiniones de las preguntas anteriores, un muy mayoritario 87% considera de gran importancia que se emita una norma que proteja a este 5% de la población que tiene el trastorno del TDAH.

Lo antes expuesto se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico 5

Considerando que aproximadamente el 5% de la población peruana padece TDAH, ¿Es usted de la opinión que resulta importante la emisión de una ley que proteja a estas personas?



Fuente: Tabla 5

TABLA 6

¿Considera que esta norma colaboraría en la labor que realizan las familias que tienen a su cuidado a personas con TDAH?

N° DE VECES	F	%
Completamente de acuerdo	69	70
De acuerdo	0	0
Parcialmente de acuerdo	14	14
En desacuerdo	16	16
Muy en desacuerdo	0	0
TOTAL	99	100

Fuente: Elaboración propia

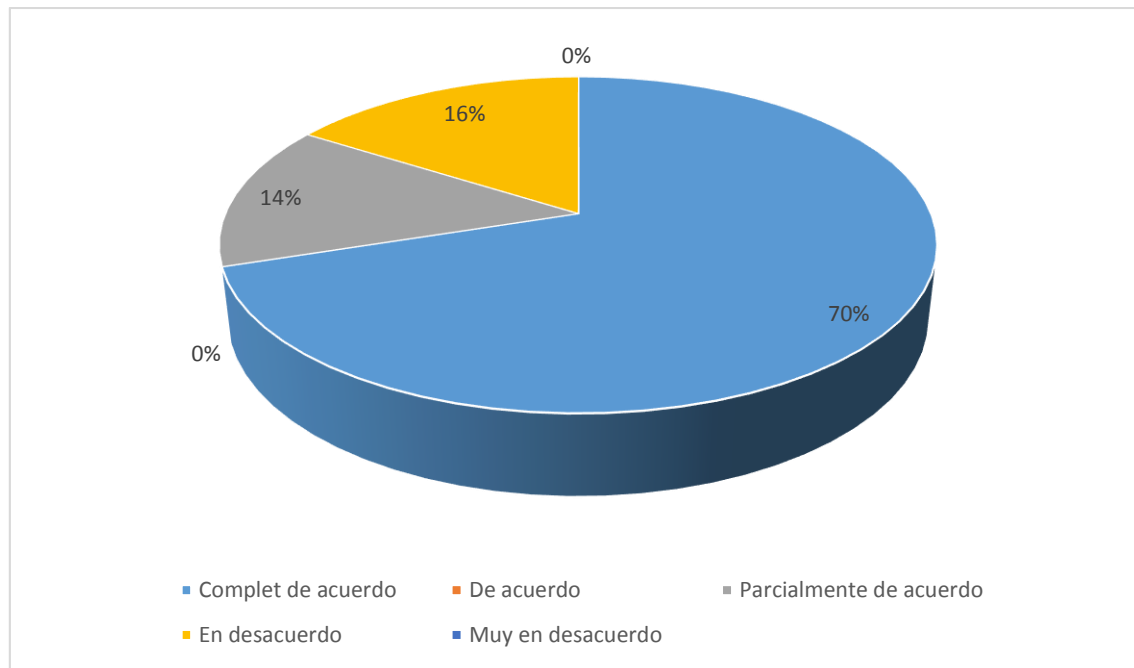
Los entrevistados también fueron preguntados si consideran que esta norma colaboraría en la labor que realizan las familias que tienen a su cuidado a personas con TDAH, estando completamente de acuerdo el 70%, seguido del 16% que está en desacuerdo y de un 14% que está parcialmente de acuerdo. Un 0% está de acuerdo al igual que otro 0% que está muy en desacuerdo.

Los resultados obtenidos, que alcanzan el 84% de los entrevistados, saben que en el trabajo con las personas que tienen el trastorno del TDAH participan de manera activa la familia de éstas, debido a lo cual son de la mayoritaria opinión que esta norma coadyuvaría de manera importante en la labor que realizan sus familias, lo que resulta un objetivo importante a tomar en cuenta y alcanzar con la norma en mención.

Lo antes expuesto se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico 6

¿Considera que esta norma colaboraría en la labor que realizan las familias que tienen a su cuidado a personas con TDAH?



Fuente: Tabla 6

2. Existencia de normatividad que regule a las personas que padecen TDAH.

A efectos de establecer la existencia de normatividad que regule mecanismos legales que protejan a las personas que padecen TDAH, se procedió a la revisión de la normatividad existente en el país, en dos tramos, el primero en los últimos 10 años, y el segundo desde allí hacia los años anteriores.

Realizada la búsqueda no se encontró normatividad alguna sobre la materia. Lo más compatible con el tema de investigación, con las distancias que corresponden, es la Ley N°29973, Ley General de la Persona con Discapacidad.

Sin embargo, esta norma no contiene alguna estipulación relacionada al TDAH, y siendo que el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es un trastorno que implica un patrón de déficit de atención, hiperactividad y/o impulsividad y no es una discapacidad, esta norma no resulta aplicable al caso de estudio.

De lo antes expuesto se corrobora la necesidad de contar con una normatividad específica integral, que regule a la población que padece de este trastorno, que como se ha dicho alcanza aproximadamente al 5% de la población peruana, esto es, aproximadamente 1 millón 650 mil personas.

La norma debe pues considerar de manera especial los aspectos de educación, salud, deporte, inserción laboral, campañas de capacitación y concientización a la comunidad sobre el TDAH y orientación a las familias que las cuidan, además de políticas a favor de este grupo del país, entre otros.

3. Desprotección de Personas con Trastorno por Déficit de Atención, Hiperactividad e Impulsividad: Propuesta legislativa

Teniendo en cuenta la desprotección de personas con trastorno por déficit de atención, hiperactividad e impulsividad, y a fin de elaborar la propuesta legislativa de las personas con TDAH, se aplicó una cédula de preguntas elaborada por el investigador, a los abogados colegiados en el Colegio de Abogados de Arequipa. Se trabajó con una muestra de 99 abogados. La cédula de preguntas en este aspecto cuenta con 8 preguntas con respuesta en una escala de Likert.

Los encontrados son los siguientes:



TABLA 7

¿La norma sobre las personas con TDAH, debe contener un tratamiento integral de estas personas?

N° DE VECES	F	%
Completamente de acuerdo	74	75
De acuerdo	0	0
Parcialmente de acuerdo	0	0
En desacuerdo	25	25
Muy en desacuerdo	0	0
TOTAL	99	100

Fuente: Elaboración propia

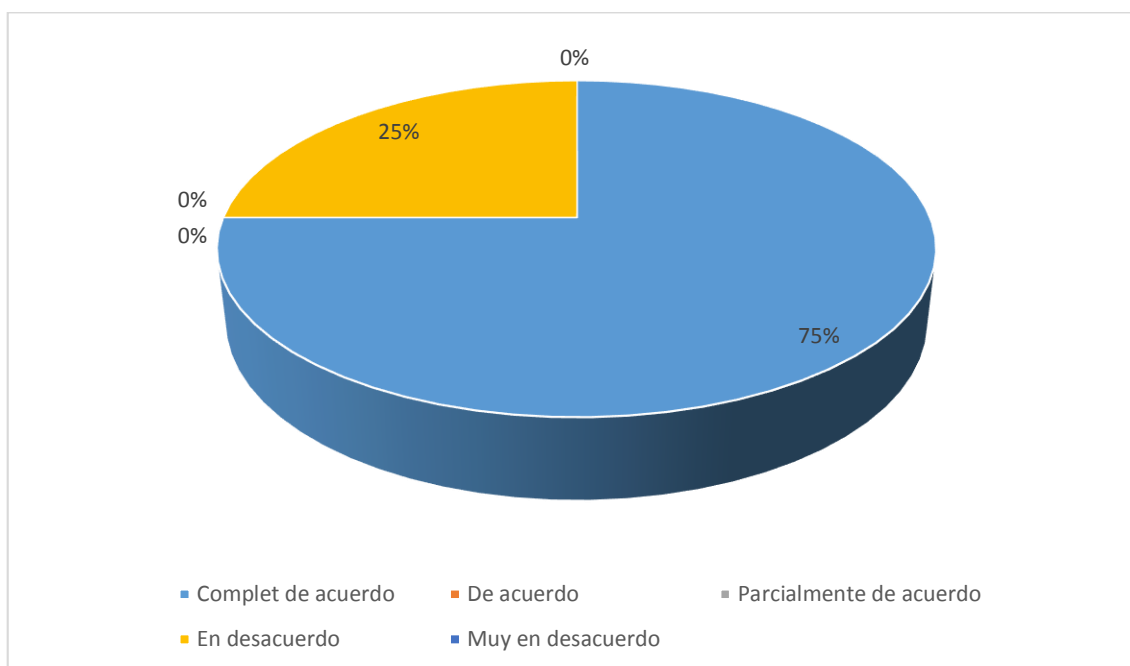
A la pregunta si la norma sobre las personas con TDAH, debe contener un tratamiento integral de estas personas, un muy mayoritario 75% está completamente de acuerdo, en tanto que un pequeño 25% está en desacuerdo. El 0% está de acuerdo, el 0% está parcialmente de acuerdo y otro 0% está muy en desacuerdo.

Nuevamente los resultados guardan relación con los encontrados en las tablas anteriores, pues considerando la desprotección legal de las personas que tienen TDAH (lo que alcanza aprox. a 1 millón 650 mil peruano, y ante la inexistencia de normativa que proteja a este grupo de la población, un muy mayoritario 75% opina que la norma que los proteja debe abordar el tema de manera integral, esto es, que comprenda todas y/o las principales esferas de estas personas.

Lo antes expuesto se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico 7

¿La norma sobre las personas con TDAH, debe contener un tratamiento integral de estas personas?



Fuente: Tabla 7

TABLA 8

¿Entre los aspectos que esta norma debiera considerar se encuentra lo relacionado a la educación y salud de estas personas?

N° DE VECES	F	%
Completamente de acuerdo	76	77
De acuerdo	0	0
Parcialmente de acuerdo	8	8
En desacuerdo	10	10
Muy en desacuerdo	5	5
TOTAL	99	100

Fuente: Elaboración propia

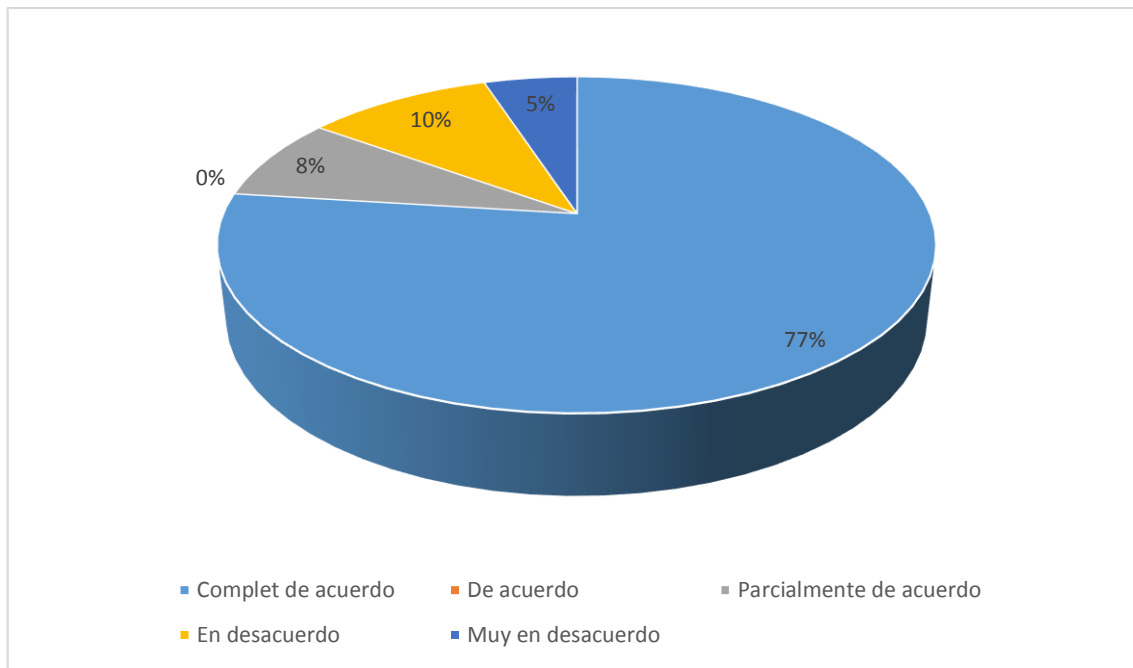
Los entrevistados respondieron si entre los aspectos que esta norma debiera considerar se encuentra lo relacionado a la educación y salud de estas personas, mostrándose completamente de acuerdo el 77%, en tanto que muy atrás con el 10% están los que se encuentran en desacuerdo, seguido el 8% que está parcialmente de acuerdo y de un pequeño 5% que está muy en desacuerdo. Un 0% está de acuerdo.

Teniendo en cuenta sus respuestas anteriores, un muy mayoritario 85% es de la opinión que la normativa sobre el TDAH debe comprender la educación y salud de esta población desprotegida.

Lo antes expuesto se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico 8

¿Entre los aspectos que esta norma debiera considerar se encuentra lo relacionado a la educación y salud de estas personas?



Fuente: Tabla 8

TABLA 9

¿La ley sobre TDAH debe comprender los aspectos de deporte?

N° DE VECES	F	%
Completamente de acuerdo	64	65
De acuerdo	10	10
Parcialmente de acuerdo	8	8
En desacuerdo	7	7
Muy en desacuerdo	10	10
TOTAL	99	100

Fuente: Elaboración propia

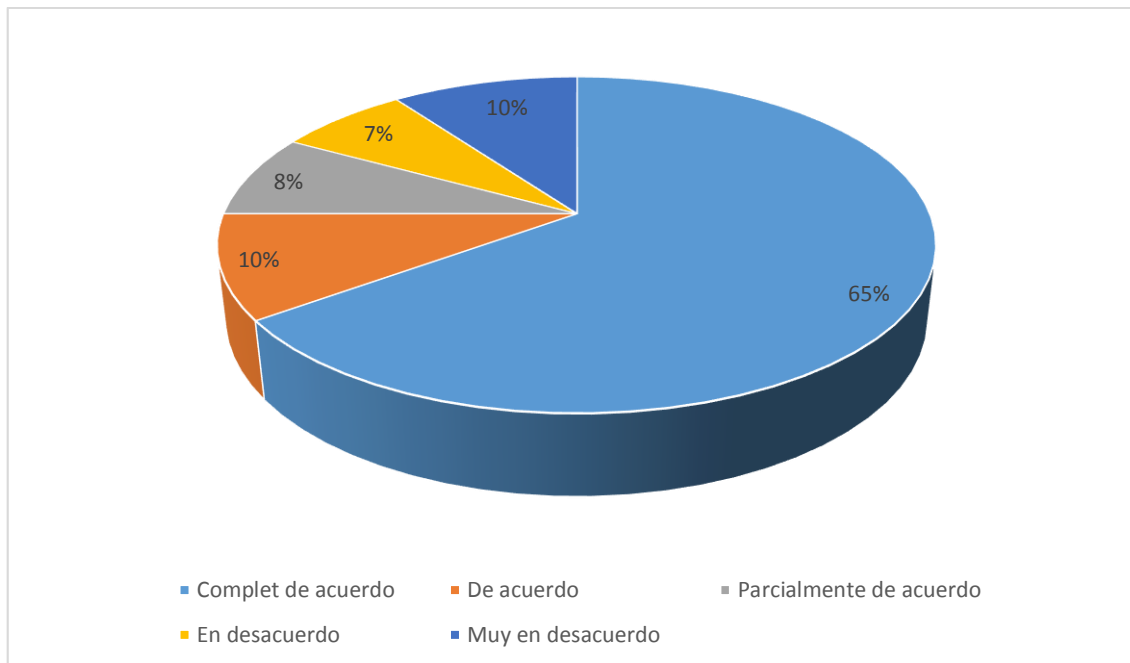
Preguntados los entrevistados si la ley sobre TDAH debe comprender el aspecto de deporte, se encontró que un muy mayoritario 65% está completamente de acuerdo, seguido muy atrás del 10% que está de acuerdo. Asimismo, otro 10% está muy en desacuerdo con ello, en tanto que un 8% está parcialmente de acuerdo y de un 7% que está en desacuerdo.

Según se aprecia, nuevamente se encuentra coherencia con las respuestas anteriores, ya que un muy mayoritario 83% considera que el deporte es necesariamente otro de los aspectos que la norma sobre TDAH debe considerar.

Lo antes expuesto se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico 9

¿La ley sobre TDAH debe comprender los aspectos de deporte?



Fuente: Tabla 9

TABLA 10

¿La norma sobre esta materia debe considerar los aspectos de inserción laboral de las personas con TDAH?

N° DE VECES	F	%
Completamente de acuerdo	70	71
De acuerdo	7	7
Parcialmente de acuerdo	5	5
En desacuerdo	10	10
Muy en desacuerdo	7	7
TOTAL	99	100

Fuente: Elaboración propia

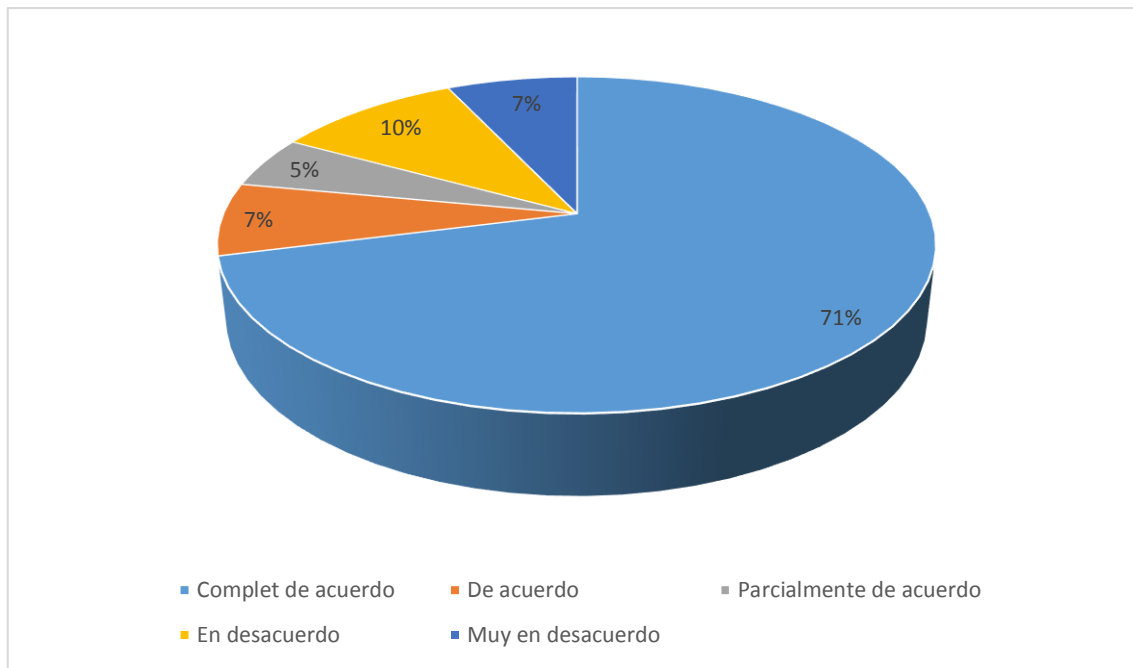
A la pregunta, si la norma sobre esta materia debe considerar los aspectos de inserción laboral de las personas con TDAH un muy mayoritario 71% está completamente de acuerdo, seguido muy atrás del 10% que está en desacuerdo, del 7% que está muy en desacuerdo, de otro 7% que está de acuerdo y de un más pequeño aún 5% que está parcialmente de acuerdo.

Según se observa, la inserción laboral de las personas con TDAH debe también ser objeto de la norma sobre esta materia, en opinión nuevamente de un muy mayoritario 83%, aspecto que es de gran importancia para este grupo poblacional.

Lo antes expuesto se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico 10

¿La norma sobre esta materia debe considerar los aspectos de inserción laboral de las personas con TDAH?



Fuente: Tabla 10

TABLA 11

¿Considera usted importante que la norma comprenda además la capacitación de estas personas?

N° DE VECES	F	%
Completamente de acuerdo	67	68
De acuerdo	6	6
Parcialmente de acuerdo	5	5
En desacuerdo	12	12
Muy en desacuerdo	9	9
TOTAL	99	100

Fuente: Elaboración propia

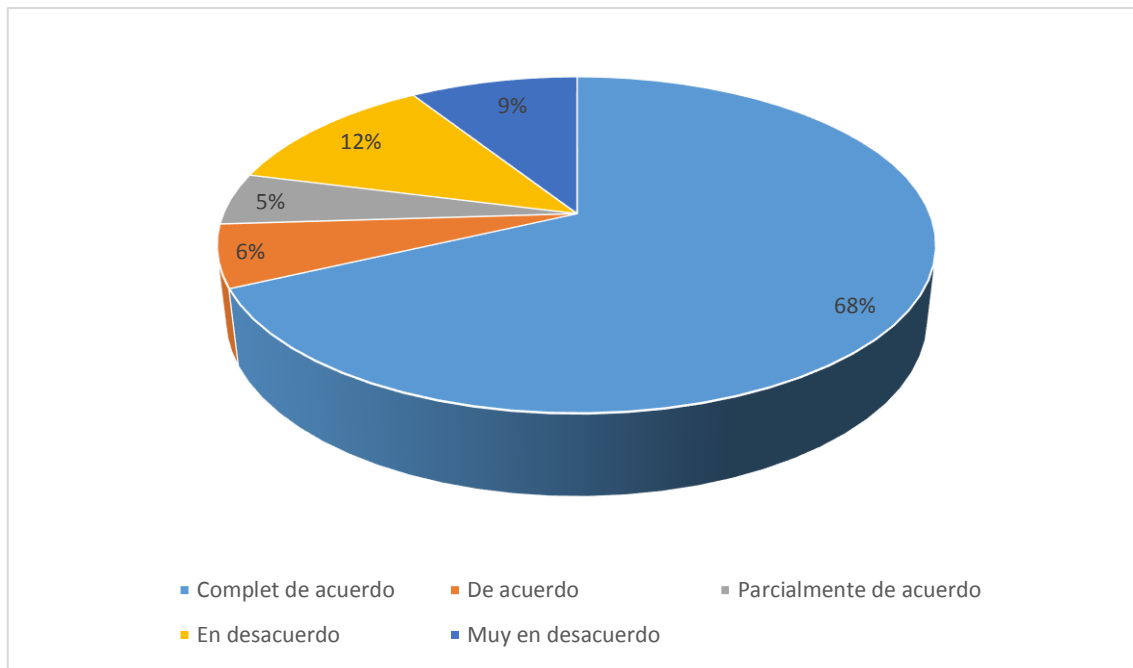
Preguntados los entrevistados si consideran importante que la norma comprenda además la capacitación de estas personas, un muy mayoritario 68% está de acuerdo, seguido de un pequeño 12% que está en desacuerdo. Le siguen el 9% que está muy en desacuerdo, el 6% que está de acuerdo y del 5% que están parcialmente de acuerdo.

El aspecto educacional, concretamente la capacitación que sirve, entre otros para el trabajo, también es un aspecto fundamental que debe abordar la norma sobre esta materia, en opinión del 79% de los entrevistados.

Lo antes expuesto se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico 11

¿Considera usted importante que la norma comprenda además la capacitación de estas personas?



Fuente: Tabla 11

TABLA 12

En su opinión ¿debe considerarse campañas de concientización e información a la comunidad sobre el TDAH y las personas que lo padecen?

N° DE VECES	F	%
Completamente de acuerdo	74	75
De acuerdo	5	5
Parcialmente de acuerdo	6	6
En desacuerdo	11	11
Muy en desacuerdo	3	3
TOTAL	99	100

Fuente: Elaboración propia

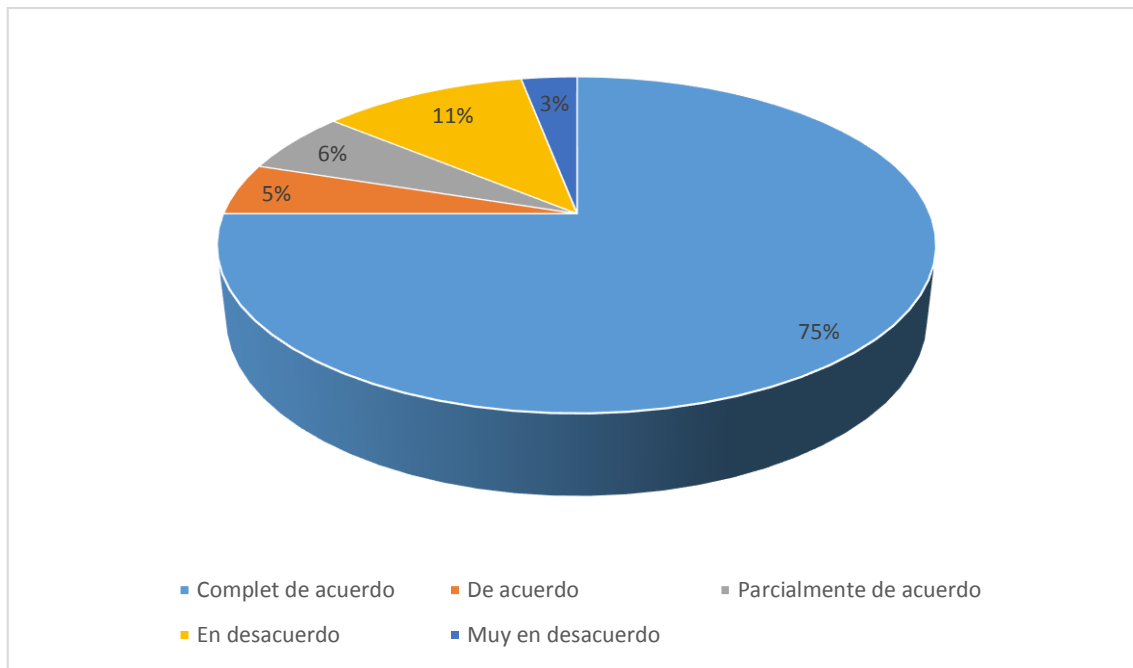
Respecto a si deben considerarse campañas de concientización e información a la comunidad sobre el TDAH y las personas que lo padecen el 75% está completamente de acuerdo, el 11% está en desacuerdo, el 6% está parcialmente de acuerdo, el 5% está de acuerdo y el 3% está muy en desacuerdo.

Este resultado se entiende a partir de la comprensión por los entrevistados que no existe norma a favor de una población desprotegida, como la que padece TDAH, que pueda tener éxito si es que la población del país no es informada y concientizada sobre las características, carencias y legítimas aspiraciones de estas personas y de sus familias, lo que indudablemente redundará en beneficio del país. Debido a ello el 86% considera que es necesario que se realicen campañas sobre esta materia, de tal forma que la población comprenda mejor el tema y sea más receptivo a éste, haciendo de esta forma exitosa la norma en favor de estas personas.

Lo antes expuesto se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico 12

En su opinión ¿debe considerarse campañas de concientización e información a la comunidad sobre el TDAH y las personas que lo padecen?



Fuente: Tabla 12

TABLA 13

¿Esta ley debería legislar sobre orientación a las familias que tienen a su cuidado personas que padecen TDAH?

N° DE VECES	F	%
Completamente de acuerdo	77	78
De acuerdo	6	6
Parcialmente de acuerdo	6	6
En desacuerdo	7	7
Muy en desacuerdo	3	3
TOTAL	99	100

Fuente: Elaboración propia

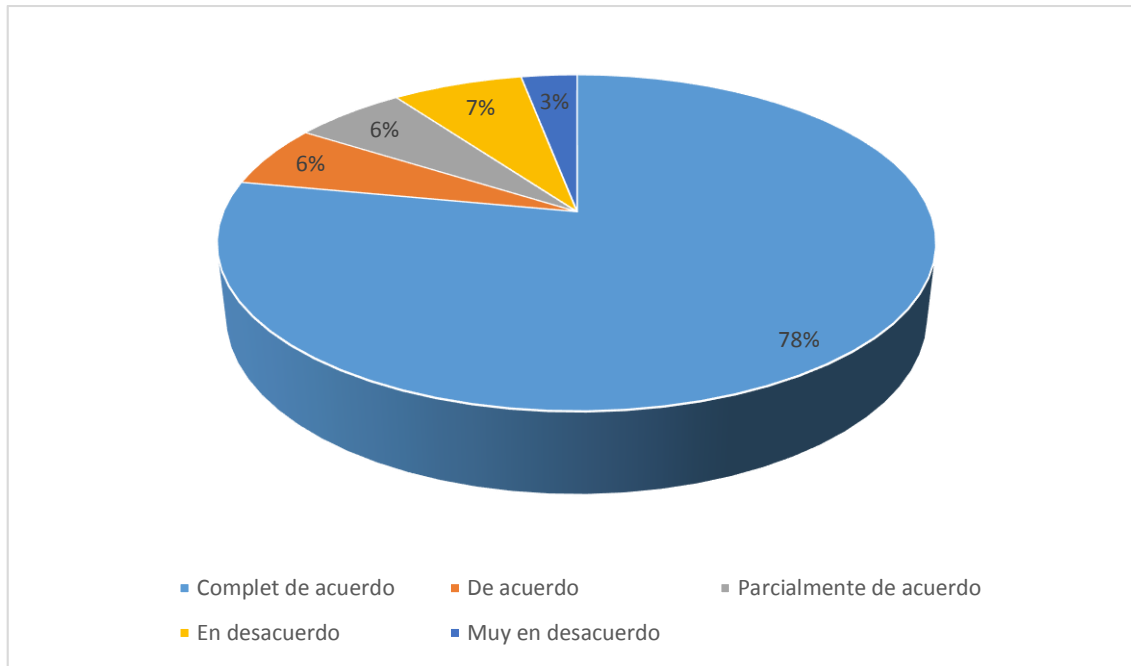
A la pregunta si la ley debería legislar sobre orientación a las familias que tienen a su cuidado personas que padecen TDAH, un muy mayoritario 78% está completamente de acuerdo, seguido el 7% que está en desacuerdo. Un 6% está de acuerdo al igual que otro 6% que está parcialmente de acuerdo. En tanto, un muy pequeño 3% está muy en desacuerdo.

Los resultados obtenidos guardan relación con los encontrados en la Tabla 6 relacionados a la ayuda que el 84% considera que la norma sobre TDAH proporcionaría a las familias que cuidan a personas con TDAH. Aunado a ello, el 90% considera muy importante la orientación que por mandato legal debe proporcionar el Estado a las familias que cuidan a personas con TDAH, en el entender que eso será de gran importancia y utilidad en un tema en el que existe poca información

Lo antes expuesto se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico 13

¿Esta ley debería legislar sobre orientación a las familias que tienen a su cuidado personas que padecen TDAH?



Fuente: Tabla 13

TABLA 14

¿La ley debería también abarcar la implementación de políticas a favor de las personas que padecen TDAH?

N° DE VECES	F	%
Completamente de acuerdo	73	74
De acuerdo	6	6
Parcialmente de acuerdo	2	2
En desacuerdo	12	12
Muy en desacuerdo	6	6
TOTAL	99	100

Fuente: Elaboración propia

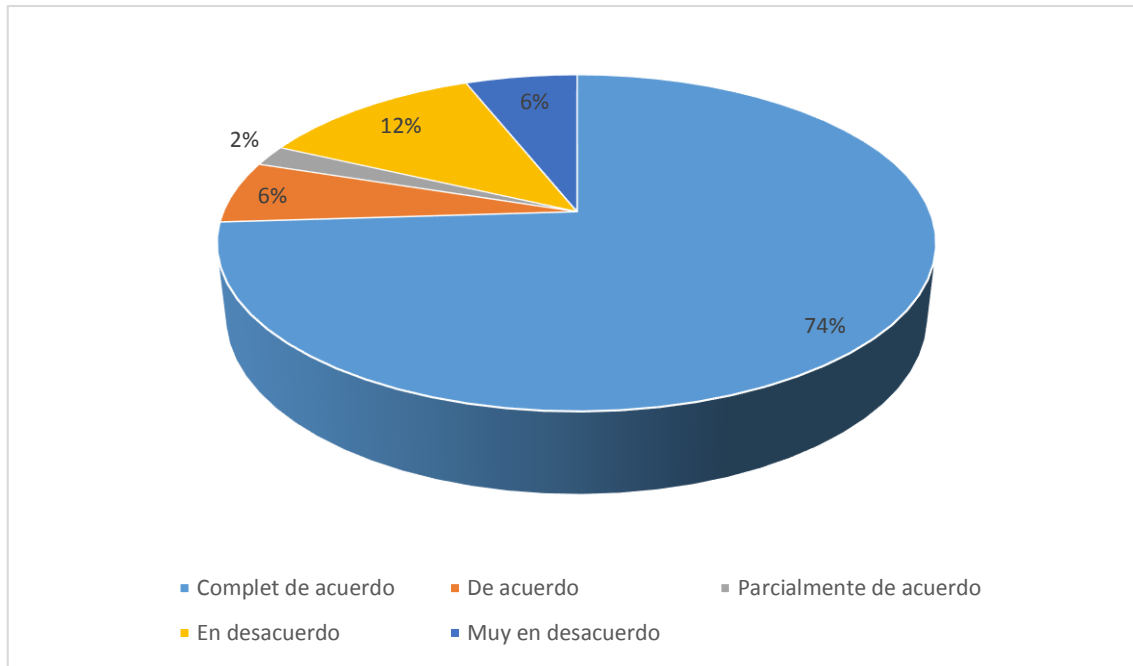
Los entrevistados también expresaron su opinión respecto a si la ley debería abarcar la implementación de políticas a favor de las personas que padecen TDAH, mostrándose completamente de acuerdo un muy mayoritario el 74% seguido muy atrás del 12% que está en desacuerdo. El 6% está de acuerdo, al igual que otro 6% que está muy en desacuerdo, siendo que un muy pequeño 2% está parcialmente de acuerdo.

Nuevamente, consecuentes con sus apreciaciones antes vertidas, los entrevistados conformados por un elevado 82% consideran que no sólo se debe realizar la protección de las personas con TDAH, sino que la norma debe procurar además implementar políticas que favorezcan a las personas que tienen este trastorno, lo que se considera acertado considerando la desventaja en que se encuentran estas personas, lo que además resultará en beneficio de sus familias.

Lo antes expuesto se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico 14

¿La ley debería también abarcar la implementación de políticas a favor de las personas que padecen TDAH?



Fuente: Tabla 14

Teniendo en cuenta los resultados antes obtenidos, a continuación, se expone la siguiente propuesta legislativa en beneficio de las personas que padecen Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

3.1. Propuesta Legislativa “LEY GENERAL DE LA PERSONA CON TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)”

Artículo 1.- Finalidad

La presente Ley tiene por finalidad establecer el marco legal para la promoción, protección y realización en condiciones de igualdad, de los derechos de la persona con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), de tal forma que alcance su desarrollo e inclusión plena en la vida del país.

El Estado procura la capacitación de estas personas, realiza campañas de concientización e información a la comunidad sobre el TDAH y las personas que lo padecen, orienta a las familias que los tienen a su cuidado, e implementa políticas a favor de las personas que padecen TDAH.

Esta norma es concordante con la Constitución Política del estado que en su art 2, inc. 2 señala que toda persona tiene derecho a la igualdad ante la ley. “Nadie puede ser discriminado por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquiera otra índole.”

Artículo 2.- Derechos de la persona con TDAH

La persona con TDAH tiene los mismos derechos que la población peruana, sin perjuicio de las normas específicas que se establecen en la presente para que alcancen la igualdad de hecho. El Estado garantiza un entorno propicio, accesible y equitativo que impida su discriminación.

Los derechos de las personas con TDAH se interpretan según los principios y derechos contenidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, así como los demás instrumentos internacionales sobre derechos humanos suscritos por Perú.

Artículo 3.- Rol de la familia

El Estado reconoce el rol de la familia en la inclusión y participación de la persona con TDAH en la vida de la nación. Le presta orientación y capacitación integral sobre la materia y facilita su acceso a servicios y programas de asistencia social.

Artículo 4.- Derecho a la salud

La persona con TDAH tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud, de forma integral, sin discriminación. El Estado le garantiza el acceso a prestaciones de salud integrales de calidad e implementados con infraestructura, equipamiento y recursos humanos capacitados, en todos los aspectos.

Asimismo, tiene también derecho al aseguramiento en cualquiera de los sistemas de salud del país, así como a los seguros de salud y de vida privados.

Artículo 5.- Derecho a la Educación

La persona con TDAH tiene derecho a recibir una educación de calidad, con enfoque inclusivo, que responda a sus necesidades y potencialidades, en el marco de una efectiva igualdad de oportunidades.

El Ministerio de Educación regula, promueve, supervisa, controla y garantiza su matrícula en las instituciones educativas públicas y privadas de las diferentes etapas, modalidades y niveles del sistema educativo nacional.

Ninguna institución educativa pública o privada puede negar el acceso o permanencia de una persona por motivos de TDAH.

Los servicios de orientación educativa de los centros realizarán la identificación del alumnado que requiera una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, por trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Los centros educativos público o privados de cualquier etapa, deberán contar con un equipo multidisciplinario que deberá identificar aquellos alumnos que padecen el trastorno de TDAH, debiendo poder realizar un diagnóstico y apoyo en el

tratamiento. Los colegios están obligados a brindar un apoyo psicológico a los pacientes.

Todo alumno que presente necesidades específicas de apoyo educativo, contará con un plan de trabajo individualizado.

El plan de trabajo individualizado recogerá las adaptaciones de acceso al currículo, así como las adaptaciones que precisen estos alumnos para la evaluación.

Las instancias pertinentes de las instituciones educativas de todos los niveles educativos, incluidos los de educación superior y universitarios, establecerán el procedimiento y los términos en los que el equipo docente elaborará, aplicará y evaluará este plan de trabajo individualizado

La evaluación de los alumnos con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y dificultades específicas de aprendizaje identificados por el orientador correspondiente, deberá tener en consideración las adaptaciones de acceso que precise dicho alumnado en los instrumentos y procedimientos de evaluación.

Artículo 6.- Calidad del servicio educativo

Las instituciones educativas de las diferentes etapas, modalidades y niveles del sistema educativo nacional están obligadas a realizar las adaptaciones metodológicas y curriculares, así como los ajustes razonables necesarios para garantizar el acceso y permanencia del estudiante con TDAH.

El Ministerio de Educación y los gobiernos regionales garantizan la prestación de servicios de apoyo y acompañamiento para la inclusión del estudiante con TDAH, así como la formación y capacitación permanente del personal directivo, docente y administrativo en cuestiones relativas al TDAH y los derechos de estas personas. Para tal fin, asignan los recursos necesarios.

Artículo 7.- Educación superior

Las universidades, institutos y escuelas superiores, y cualquier centro de educación superior en general, públicos y privados, realizan ajustes razonables para garantizar

el acceso y permanencia de la persona con TDAH, incluida la adecuación de sus procesos de admisión.

Estas instituciones reservan el 3% de las vacantes ofrecidas en sus procesos de admisión por especialidad profesional para la postulación de personas con TDAH, quienes acceden a estos centros de estudio previa aprobación de la evaluación de ingreso.

Las universidades, institutos y escuelas superiores, y cualquier centro de educación superior en general, públicos y privados, incluyen asignaturas sobre TDAH en los currículos y programas para la formación de sus técnicos y profesionales, en todos los campos que impartan.

Artículo 8.- Derecho al Deporte

El Instituto Peruano del Deporte (IPD) promueve y coordina la participación de la persona con TDAH en las actividades deportivas generales y específicas, y la formación y capacitación de técnicos, dirigentes y profesionales deportivos en cuestiones relativas a la práctica del deporte de la persona con TDAH, lo que será objeto de reglamentación

Las federaciones deportivas nacionales y el Comité Olímpico Peruano promueven la participación de la persona con TDAH en las distintas disciplinas deportivas a su cargo.

Las personas con TDAH podrán participar también en juegos panamericanos para lo cual se les brindará el apoyo pertinente.

Artículo 9.- Derecho al trabajo

La persona con TDAH tiene derecho a trabajar, en igualdad de condiciones que las demás, en un trabajo libremente elegido o aceptado, con igualdad de oportunidades y de remuneración por trabajo de igual valor, y con condiciones de trabajo justas, seguras y saludables, lo que es promovido y garantizado por el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.

Artículo 10.- Derogatoria.-

Deróguense todas las normas que se opongan a la presente.

Artículo 11.- Vigencia

La presente entra en vigencia el día de su publicación en el diario Oficial El Peruano”.



DISCUSIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno de origen neurobiológico que se inicia en la edad infantil y que afecta entre un 3-10 % de niños en edad escolar. Los síntomas principales son la hiperactividad, la impulsividad y el déficit de atención. (González, 2014)⁵⁰

Estos síntomas se presentan con mayor intensidad y frecuencia de lo esperado en los niños de su misma edad. Entre sus características se encuentran la hiperactividad, la inatención y la impulsividad, especialmente de los niños que padecen de TDAH

Debe señalarse especialmente que, como asunto de ciencia, la idea de que el TDAH no existe es sencillamente un error. Todas las asociaciones médicas importantes y agencias gubernamentales de salud reconocen el TDAH como un trastorno genuino debido a las abrumadoras evidencias científicas que así lo indican.

Se han utilizado distintos enfoques para establecer si una condición alcanza el nivel de un trastorno médico o psiquiátrico auténtico. Uno muy útil estipula que debe haber evidencias científicamente establecidas de que quienes padecen esa condición tienen un severo déficit o una falta total de algún mecanismo físico o psicológico que es universal en las personas.

El TDAH, tiene consecuencias en la vida escolar, en la vida familiar y el funcionamiento familiar, en las relaciones con los compañeros y relaciones sociales. Asimismo tiene consecuencias sobre la autoestima, la salud y seguridad, además de consecuencias en el plano laboral.

Se estima que en el Perú, alrededor de 75 mil niños sufren este trastorno, alcanzando en total a un 5% de la población peruana. La Asociación para la Rehabilitación del Infantil Excepcional (ARIE) considera que en todo salón de clase con más de 45 alumnos, dos o tres niños, considerados los más revoltosos, tienen dicho trastorno. Entre las consecuencias futuras del TDAH se encuentran el fracaso escolar, inadaptación social (hasta llegar a tener

⁵⁰ González, A. (2014). *La atención y sus alteraciones: del cerebro a la conducta*. México: Ediciones UNAM, págs. 207-210.

incluso conductas delincuenciales). Además, en los adultos con este problema se pueden presentar casos de fracaso laboral.

Considerando lo antes expuesto, se infiere la desprotección legal que padece este grupo poblacional, con lo cual se encuentra expuesto a peligro.

En relación a ello, precisamente en la investigación se ha establecido que la desprotección de las personas que padecen Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) abarca principalmente los campos de salud, educación y deporte, inserción laboral, capacitación, campañas de concienciación e información a la comunidad, orientación a la familia e implementación de políticas, lo que es corroborado por los profesionales en Derecho, quienes de manera muy mayoritaria consideran que al no existir normativa este grupo se encuentra desprotegido, siendo importante la emisión de una ley que los proteja lo que coadyuvaría en la labor que realizan las familias que tienen a su cuidado a estas personas.

Cabe señalar que en el Derecho Comparado, el TDAH ha sido objeto de normas que tienen como fin lograr un tratamiento justo e igualitario a las personas que presentan este trastorno. Entre otros, destaca lo ocurrido en España, donde en diferentes regiones se ha legislado el tema.

Sin embargo, en la investigación se ha establecido que en la legislación peruana no existe normativa alguna que proteja a las personas que padecen Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), por lo que se hacen necesarios mecanismos legales, ante la desprotección legal de las personas con TDAH, concretamente, a través de una propuesta legislativa.

En relación a ello, por ejemplo en España, se han elaborado informes y comunicaciones sobre la situación de los afectados por parte del Defensor del Pueblo y el Defensor del Menor de Madrid (2002), Cataluña (2007) y Navarra (2008). Asimismo, se han emitido normas legales para proteger a los niños y adolescentes que padecen TDAH.

Teniendo en cuenta a estas personas, se ha desarrollado un currículo lo suficientemente flexible para que los centros, en el uso de su autonomía, puedan adaptarse a las diferencias individuales y a su entorno socioeconómico y cultural, **de modo que todos los alumnos** puedan alcanzar el grado de excelencia que sus condiciones les permitan.

Al respecto, el Ministerio de Educación Español ha establecido planes de trabajo individualizado de los alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo como los que padecen TDAH y ha legislado sobre la equidad en la educación y dificultades específicas de aprendizaje de este grupo poblacional. Se ha legislado también sobre la atención especial que requiere la diversidad, la atención individualizada en los casos de TDAH, así como de la evaluación especial y promoción de este grupo poblacional. Se ha hecho todo ello sobre la base del Real Decreto 1.105/2014, de 26 de diciembre, Ley Orgánica 2/2006, entre otros.

Es de anotar, asimismo, que la Autoridad Sanitaria de los Estados Unidos, la Asociación Médica Americana, la Asociación Psiquiátrica Americana, la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y de Adolescentes la Asociación Americana de Psicología y la Academia Americana de Pediatría, entre otras, todas reconocen el TDAH como un trastorno auténtico, y exponen el impacto adverso que tiene sobre las vidas de las personas a las que se les diagnostica TDAH.

Teniendo en cuenta lo expuesto, y lo que ya viene ocurriendo en países europeos, en la investigación se ha establecido la necesidad de regular mecanismos legales ante la desprotección de las personas que padecen TDAH lo que determina una propuesta legislativa respecto a estas personas que tiene por finalidad establecer el marco legal integral para la promoción, protección y realización en condiciones de igualdad, de los derechos de estas personas, de tal forma que alcancen su desarrollo e inclusión plena en la vida del país.

La propuesta legislativa expuesta en la investigación, comprende los aspectos de salud, educación y deporte, inserción laboral, capacitación, campañas de concienciación e información a la comunidad, orientación a la familia e implementación de políticas.

CONCLUSIONES

PRIMERA

La desprotección de las personas que padecen Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) abarca principalmente los campos de salud, educación y deporte, inserción laboral, capacitación, campañas de concienciación e información a la comunidad, orientación a la familia e implementación de políticas, lo que es corroborado por los profesionales en Derecho, quienes de manera muy mayoritaria consideran que al no existir normativa este grupo se encuentra desprotegido, siendo importante la emisión de una ley que los proteja lo que coadyuvaría en la labor que realizan las familias que tienen a su cuidado a estas personas.

SEGUNDA

En la legislación peruana no existe normativa alguna que proteja a las personas que padecen Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

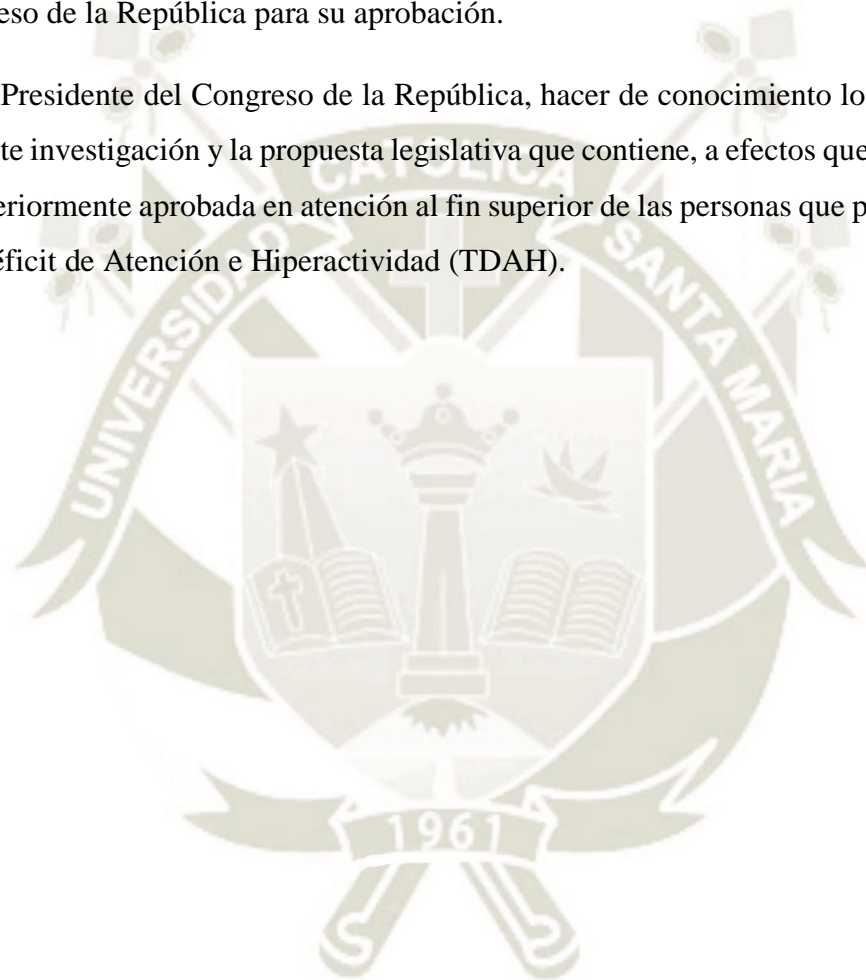
TERCERA

La necesidad de regular mecanismos legales ante la desprotección de personas que padecen TDAH determina una propuesta legislativa respecto a estas personas y tiene por finalidad establecer el marco legal integral para la promoción, protección y realización en condiciones de igualdad, de los derechos de estas personas, de tal forma que alcancen su desarrollo e inclusión plena en la vida del país.

RECOMENDACIONES

1.- Al Ministro de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, hacer de conocimiento los resultados de la presente investigación, a efectos que la propuesta legislativa de protección de las personas que padecen Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) sea puesta a debate nacional y posteriormente presentada por intermedio del Poder Ejecutivo, al Congreso de la República para su aprobación.

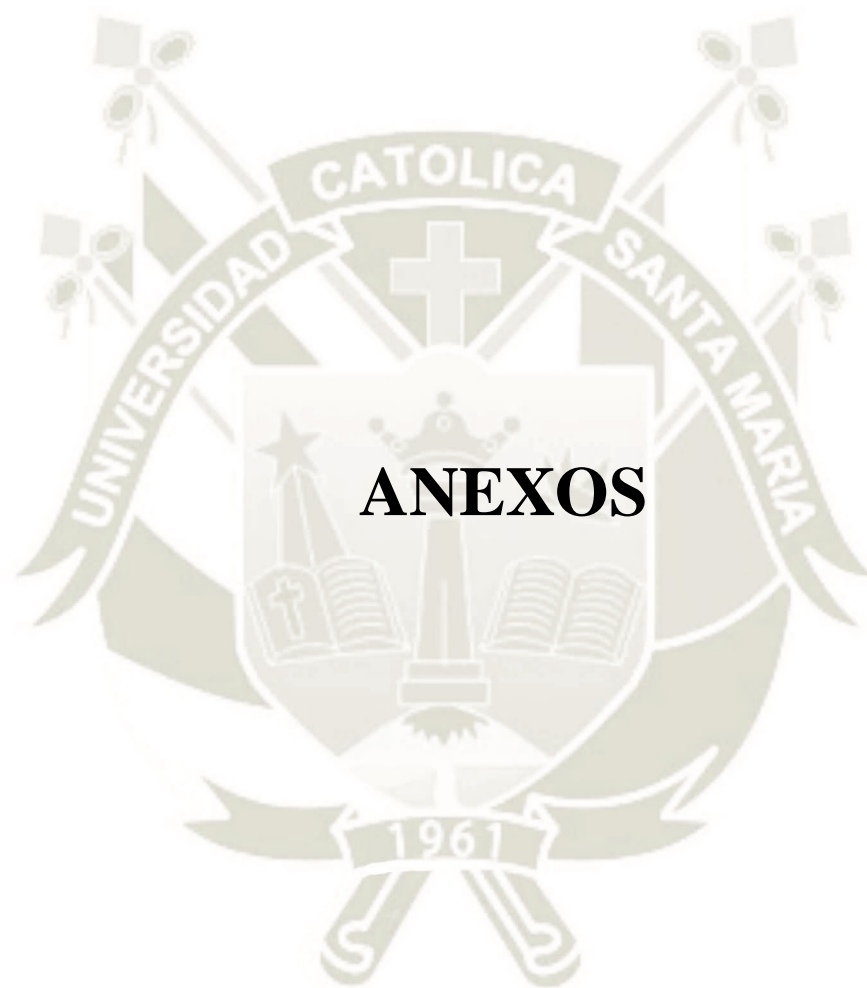
2.- Al Presidente del Congreso de la República, hacer de conocimiento los resultados de la presente investigación y la propuesta legislativa que contiene, a efectos que ésta sea debatida y posteriormente aprobada en atención al fin superior de las personas que padecen Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).



BIBLIOGRAFIA

1. Aguilar, M. (2014). *El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), aspectos jurídico-penales, psicológicos y criminológicos*. Madrid, España: Librería Editorial Dykinson, págs. 237-243.
2. Alarcón, R. (2016). *Trastorno con déficit de atención con hiperactividad en poblaciones adultas*. España: Elsevier, págs. 63-68.
3. American Psychiatric Association. DSM-5 (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. USA, Editorial de la American Psychiatric Association, pág. 28-33.
4. Bákula, V. (2017). *Manejo conductual adecuado de los niños pequeños con TDAH*. Lima, Perú: Ediciones de la Asociación Peruana de Déficit de Atención, págs. 47-51.
5. Barkley, R. (2014). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales: guía completa del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Barcelona: España: págs. 107-124
6. Bauermeister, J. (2014). *Hiperactivo, impulsivo, distraído, me conoces? guía acerca del déficit atencional para padres, maestros y profesionales*. USA: Guilford Publicatiioins, págs. 237-243.
7. Brown, T. (2013). *Comorbilidades del TDAH: manual de las complicaciones del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos*. Madrid, España: Elsevier España, págs. 97-279.
8. Castro, B. (2015). *Por una vida con atención*. Lima, Perú: Ediciones de la Asociación Peruana de Déficit de Atención, págs. 23-27.
9. Chian, I. (2016). *Razones por las cuales la terapia conductual es recomendada como parte del tratamiento para los niños con TDAH*. Madrid, España: Ediciones Diaz de Santos, págs. 113-119.
10. Declaración de Consenso Internacional sobre el TDAH, 16 enero 2019, <http://www.russellbarkley.org/factsheets/Consenso2002.pdf>
11. Duda, B. (2016). *Coaching para niños, adolescentes y adultos con TDAH*. Lima, Perú: Ediciones de la Asociación Peruana de Déficit de Atención, págs. 31-35.
12. Ediciones Pirámides (Grupo Anaya, S. A), 2015. TDHA y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia, págs. 25-27.

13. Filomeno, A. (2016). El niño con déficit de atención o hiperactividad cómo pasar del fracaso al éxito. Lima, Perú: Universidad Cayetano Heredia, págs. 41-53.
14. Filomeno, A. (2017). *Definición, diagnóstico y tratamiento medicamentoso del TDAH. manual de diagnóstico y manejo del TDAH: enfoque multidisciplinario*. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, págs. 73-94.
15. Filomeno, A. (2017). *Definición, diagnóstico y tratamiento medicamentoso del TDAH. manual de diagnóstico y manejo del TDAH: enfoque multidisciplinario*. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, págs. 73-94.
16. Gonzáles, A. (2014). *La atención y sus alteraciones: del cerebro a la conducta*. México: Ediciones UNAM, págs. 207-210.
17. Hill, M. (2016). *De la mano contigo, problemas de aprendizaje y déficit de atención*. México, Ediciones de la Fundación Ven Conmigo, págs. 71-76.
18. Melus, E. (2016). *Pastillas para niños difíciles*. España: Ediciones Díaz de Santos, págs. 89-94.
19. Ministerio de Educación y Formación Profesional de España. Legislación. 16 enero 2019 <http://www.educacionyfp.gob.es/portada.html>
20. Pérez, J. (2016). *El niño con déficit de atención o hiperactividad*. Lima, Perú: Ediciones de la Universidad Cayetano Heredia, págs. 27-33.
21. Quintero, F. (2014). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*. Madrid, España: Elsevier España, págs. 21-23.
22. Scandar, R. (2015). *El niño que no podía dejar de portarse mal. TDAH: su comprensión y tratamiento*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Distal, págs. 52-57
23. Soutullo, E. (2015). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Navarra, España: Ed. Médica Panamericana, págs. 4-12



ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO PARA ABOGADOS

Estamos realizando una investigación a fin de establecer la Necesidad de Reglar Mecanismos Legales ante la Desprotección Legal de Personas con Trastorno por Déficit de Atención, Hiperactividad e Impulsividad, Arequipa 2017.

Agradecemos su colaboración respondiendo las siguientes preguntas

Marque sólo una respuesta:

1.- ¿Sabe usted que el TDAH son las siglas de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, que es un trastorno de carácter neurobiológico originado en la infancia que implica un patrón de déficit de atención, hiperactividad y/o impulsividad?

- a.- Completamente de acuerdo ____ b.- De acuerdo ____
c.- Parcialmente de acuerdo ____ d.- En desacuerdo ____ e.- Muy en desacuerdo ____

2.- ¿Tiene usted conocimiento que el TDAH lo padece aproximadamente el 5% de la población peruana?

- a.- Completamente de acuerdo ____ b.- De acuerdo ____
c.- Parcialmente de acuerdo ____ d.- En desacuerdo ____ e.- Muy en desacuerdo ____

3.- ¿En Perú existe tratamiento legal específico para las personas que padecen TDAH?

- a.- Completamente de acuerdo ____ b.- De acuerdo ____
c.- Parcialmente de acuerdo ____ d.- En desacuerdo ____ e.- Muy en desacuerdo ____

4.- Al no existir normativa en relación a las personas que padecen TDAH, considera usted que este grupo se encuentra desprotegido?

- a.- Completamente de acuerdo ____ b.- De acuerdo ____
c.- Parcialmente de acuerdo ____ d.- En desacuerdo ____ e.- Muy en desacuerdo ____

5.- Considerando que aproximadamente el 5% de la población peruana padece TDAH, ¿Es usted de la opinión que resulta importante la emisión de una ley que proteja a estas personas?

- a.- Completamente de acuerdo ____ b.- De acuerdo ____
c.- Parcialmente de acuerdo ____ d.- En desacuerdo ____ e.- Muy en desacuerdo ____

6.- ¿Considera que esta norma colaboraría en la labor que realizan las familias que tienen a su cuidado a personas con TDAH?

- a.- Completamente de acuerdo ____ b.- De acuerdo ____

c.- Parcialmente de acuerdo ____ d.- En desacuerdo ____ e.- Muy en desacuerdo ____

7.- ¿La norma sobre las personas con TDAH, debe contener un tratamiento integral de estas personas?

a.- Completamente de acuerdo ____ b.- De acuerdo ____

c.- Parcialmente de acuerdo ____ d.- En desacuerdo ____ e.- Muy en desacuerdo ____

8.- ¿Entre los aspectos que esta norma debiera considerar se encuentra lo relacionado a la salud de estas personas?

a.- Completamente de acuerdo ____ b.- De acuerdo ____

c.- Parcialmente de acuerdo ____ d.- En desacuerdo ____ e.- Muy en desacuerdo ____

9.- ¿La ley sobre TDAH debe comprender los aspectos de salud y deporte?

a.- Completamente de acuerdo ____ b.- De acuerdo ____

c.- Parcialmente de acuerdo ____ d.- En desacuerdo ____ e.- Muy en desacuerdo ____

10.- ¿La norma sobre esta materia debe considerar los aspectos de inserción laboral de las personas con TDAH?

a.- Completamente de acuerdo ____ b.- De acuerdo ____

c.- Parcialmente de acuerdo ____ d.- En desacuerdo ____ e.- Muy en desacuerdo ____

11.- ¿Considera usted importante que la norma comprende además la capacitación de estas personas?

a.- Completamente de acuerdo ____ b.- De acuerdo ____

c.- Parcialmente de acuerdo ____ d.- En desacuerdo ____ e.- Muy en desacuerdo ____

12.- En su opinión ¿debe considerarse campañas de concientización e información a la comunidad sobre el TDAH y las personas que lo padecen?

a.- Completamente de acuerdo ____ b.- De acuerdo ____

c.- Parcialmente de acuerdo ____ d.- En desacuerdo ____ e.- Muy en desacuerdo ____

13.- ¿Esta ley debería legislar sobre orientación a las familias que tienen a su cuidado personas que padecen TDAH?

a.- Completamente de acuerdo ____ b.- De acuerdo ____

c.- Parcialmente de acuerdo ____ d.- En desacuerdo ____ e.- Muy en desacuerdo ____

14.- ¿La ley debería también abarcar la implementación de políticas a favor de las personas que padecen TDAH?

- a.- Completamente de acuerdo ____ b.- De acuerdo ____
c.- Parcialmente de acuerdo ____ d.- En desacuerdo ____ e.- Muy en desacuerdo ____

MUCHAS GRACIAS



ANEXO 2
FICHA DOCUMENTAL

TEMA:

FECHA:

ASPECTOS OBSERVADOS	SI	NO

OBSERVACIONES: