

Josué Monzón Díaz, M. Elisa de Castro Peraza, Adrián de Vega de Castro, M. Isabel Ezama Gonzalo, Nieves Lorenzo Rocha y Aurea García Marrero

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.  
Tenerife  
Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario  
Universitario de Canarias. Carretera General de La  
Cuesta-Taco s/n. 38320. La Laguna. Santa Cruz de  
Tenerife

**Correspondencia:**

Josué Monzón Díaz  
josuemonzondiaz@gmail.com

*Construyendo el TDAH con  
“sus” voces*

*Building aDHD with “their”  
voices*

**RESUMEN**

El TDAH es el trastorno neuropsicobiológico que con más frecuencia se diagnostica en la infancia. Sus síntomas principales: hiperactividad, impulsividad y déficit de atención, pueden afectar diversas esferas de la vida del paciente y de su entorno, convirtiéndose, así, en “expertos” en su enfermedad.

El diagnóstico de TDAH no siempre es fácil. La aproximación terapéutica debe ser multimodal, desde un tratamiento centrado en trabajar sobre los problemas de conducta y aprendizaje hasta el tratamiento farmacológico. Su objetivo es ayudar al paciente y su familia a manejar los síntomas, aumentar el autocontrol, mejorar la socialización y gestionar la frustración.

La técnica de investigación cualitativa denominada grupo de discusión resulta especialmente conveniente para recabar datos relativos a las opiniones, creencias, percepciones, intereses y actitudes de un grupo de personas implicadas en un determinado objeto de estudio. En este artículo describimos un caso práctico en los que se aplica el grupo de discusión para obtener información valiosa sobre el TDAH.

**Palabras clave:** investigación cualitativa, grupos de discusión, hiperactividad, TDAH

**ABSTRACT**

ADHD is the psychoneurobiological disorder most often diagnosed in childhood. Its main symptoms:

hyperactivity, impulsiveness and inattention, can affect various areas of the patient’s life and his/her environment, becoming thus “experts” in his/her illness.

The diagnosis of ADHD is not always easy. Therapeutic approach should be multimodal, from a treatment focused on working on behavior and learning problems to drug treatment. Its aim is to help patient and family to manage symptoms, increase self-control, improve socialization and manage frustration.

The qualitative research technique, known as focus or discussion group, is especially adequate for gathering information on the opinions, beliefs, perceptions, interests and attitudes of a group of individuals involved in a given object of study. In this article, we describe a practical case which has successfully applied focus groups for obtaining valuable data on ADHD

**Keywords:** qualitative research, focus groups, hyperactivity, ADHD

**INTRODUCCIÓN**

La primera definición del llamado Trastorno por Déficit de Atención asociado o no a Hiperactividad se debe al pediatra inglés George Still y, ya en nuestro país, al psiquiatra Gonzalo Rodríguez Lafora, quien lo describe en 1917 tanto en niños como en adultos (1).

El TDAH se define como un grado de déficit de atención y/o hiperactividad-impulsividad, que no es adaptativo y, por lo general, aparece antes de los siete

años de edad, aunque puede persistir, hasta en el 40-70% de los casos, en la edad adulta con frecuentes repercusiones sociales y laborales (2). Se trata de un importante problema de salud debido a su alta prevalencia, aparición temprana, su impacto negativo en diversas esferas de la vida del paciente (familia, colegio y vida social) y por estar asociado a comorbilidades como la ansiedad o la depresión (2), que producen relaciones sociales desinhibidas, comportamiento antisocial y baja autoestima (3).

El diagnóstico de TDAH no siempre es fácil. Hay una amplia expresión sintomática, variación en el tiempo, influencia por la motivación en determinadas situaciones y tampoco existe unanimidad (2,4) entre los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) que hace variar la prevalencia entre un 1,5% (CIE-10) y una media estimada de 5% del DSM-5.

Los pacientes se clasifican en tres grupos:

- TDAH Combinado donde están presentes a partes iguales los tres síntomas nucleares. Es el tipo más frecuente, el que presenta mayor grado de afectación clínica y con mayor proporción de antecedentes familiares de TDAH.
- TDAH Inatento en el que predomina la inatención.
- TDAH Hiperactivo predomina la sintomatología impulsiva e hiperactiva. Es el menos frecuente y el que menos se asocia con otros trastornos comórbidos.

La problemática del TDAH se debe a causas heterogéneas y plurales como pueden ser: factores bioquímicos y neuroanatómicos, factores genéticos y hereditarios, factores biológicos y ambientales y factores psicosociales.

La aproximación terapéutica debe ser multimodal, incluyendo la participación coordinada de médicos, terapeutas, profesores y padres. El tratamiento farmacológico está dirigido al control de los síntomas principales (inatención, hiperactividad e impulsividad) y el psicológico y psicopedagógico se centra en los problemas de conducta y aprendizaje consecuencia de estos síntomas. Su objetivo es ayudar al paciente y su familia a manejar los síntomas, aumentar el autocontrol, mejorar la socialización y gestionar la frustración (4).

En cuanto al tratamiento farmacológico, actualmente

disponemos de dos fármacos principalmente para el tratamiento farmacológico del TDAH: el metilfenidato (fármaco psicoestimulante) y la atomoxetina (no psicoestimulante), estos tratamientos no crean adicción si se toman según la prescripción del psiquiatra; aparte de éstos, también disponemos de otros fármacos de segunda línea cuando no son eficaces. Los efectos secundarios suelen aparecer sobre todo al inicio del tratamiento, pero la mayoría de las veces son leves y pasajeros (ceden o disminuyen con el tiempo).

En España, la Comunidad Autónoma de Canarias es pionera en actuaciones específicas con estos niños. Desde el año 2005 se desarrolla un programa para la atención educativa de niños con TDAH. El programa implica la coordinación de los colegios y el personal sanitario para la evaluación diagnóstica y seguimiento (5). Estas medidas han sido necesarias dada la prevalencia del TDAH, 4,9%, en esta comunidad. De hecho se han generado vocablos propios, como “desinquietos o jiribillas”, que definen cualitativamente a estos pacientes.

Redundando en aspectos cualitativos podríamos decir que muchos artículos se han publicado desde la perspectiva del profesional ante un paciente con síntomas de TDAH que se enfrenta a un diagnóstico, un tratamiento y la incertidumbre, generalmente de los padres, sobre la posibilidad de llevar una “vida normal”. Pero poco se ha explorado sobre las vivencias que dicho diagnóstico genera en el paciente y en su entorno más próximo. En este sentido, la investigación cualitativa surge como primera opción para llegar a este conocimiento.

En la realidad actual, parece indudable la importancia de la investigación cualitativa en el campo de la salud. La probada relación entre determinados problemas de salud y los estilos de vida hace que los abordajes cualitativos cobren dimensión. Progresivamente se abandona la idea de una perspectiva biomédica exclusiva, con análisis estadísticos que resultan muchas veces estrechos, añadiendo otras miradas que admitan la subjetividad de las dimensiones sociales o culturales inherentes al fenómeno de la salud y la enfermedad.

El investigador en la metodología cualitativa pretende conocer la realidad del objeto de la investigación desde el punto de vista de los propios sujetos de estudio, pretende conocer a las personas en su contexto, llegando a saber lo que sienten para poder comprender cómo ven las cosas. Para el investigador cualitativo todas las perspectivas son valiosas, no busca “la verdad”, sino una comprensión

detallada de la construcción que hacen de ella las personas que participan en el estudio (6).

El grupo de discusión se ha abierto paso como técnica cualitativa en proyectos de investigación en el campo de las ciencias de la salud. Su utilidad es indudable a la hora de permitir recabar información relativa a opiniones, creencias, percepciones y actitudes de los sujetos involucrados en el correspondiente objeto de estudio (7). Formalmente se puede definir como una reunión de un grupo de personas que poseen ciertas características comunes, guiadas por un moderador y diseñada con el objetivo de obtener información sobre un tema específico en un espacio y un tiempo determinados (8). Se encuadra en la familia de las entrevistas grupales. Promueve la interacción grupal de forma flexible y abierta agilizando la obtención de información. Destaca también la posibilidades de observar comportamientos no verbales y la generación de una gran cantidad de datos. El grupo de discusión surge para llenar alguno de los vacíos de la entrevista individual semiestructurada, que no permite comentar ni explicar las experiencias ni los puntos de vista de los entrevistados (9). Pretende poner en contacto diferentes perspectivas. Podríamos decir que un grupo de discusión es “una conversación cuidadosamente planeada, diseñada para obtener información sobre un tema determinado, en un ambiente permisivo, no directivo. Una conversación en grupo con un propósito” (10).

El tamaño de los grupos no debe de ser muy grande, no más de 8 personas, para que todos los miembros puedan opinar y existan diversidad de opiniones. Los participantes deben de ser buenos informantes y poseer el perfil que se desea analizar (8). El grupo debe de trabajar en equipo para originar un discurso sobre un tema específico y en función de los objetivos delimitados por el investigador. El resultado final es la producción de un material asumido por todos los participantes y construido desde la subjetividad e intersubjetividad (7).

## OBJETIVO

Construir el TDAH desde el punto de vista de los distintos “expertos”: paciente, familia, profesor y psiquiatra.

## METODOLOGÍA

En este artículo, mediante el grupo de discusión, se pretende recoger información respecto al significado del

TDAH a través de las vivencias de distintos sujetos que se agrupan de forma homogénea bajo la condición de “expertos”. Para nosotros, la consideración de “experto” es inclusiva y no puramente formal. Un experto es aquel que recibe formación científica y técnica sobre el TDAH, pero también es aquel que padece el TDAH y que tiene que convivir día a día con su situación (11). En nuestro trabajo, el grupo estaba compuesto por un paciente TDAH (varón 12 años), la madre de un paciente TDAH, una profesora de un centro escolar impartiendo clases de primaria y un psiquiatra infantil. En la fase de generación de las preguntas que el moderador realizaría para trabajar con el grupo focal se identificaron las siguientes: definición de TDAH, causas y no causas del TDAH y cómo mejorar el TDAH. Los contenidos de la reunión fueron procesados según análisis del discurso, obteniendo una serie de vivencias que se transcriben en cada uno de los epígrafes citados

## RESULTADOS

### *Definición de TDAH*

#### *Paciente: el TDAH dentro de mí*

Para mí el TDAH es no poder estar quieto y no poder concentrarme. Tengo la necesidad de moverme, si no me duele el cuerpo. Es como cuando aguantas la respiración y llega el momento en el que tienes que respirar. Cuando estoy todo quieto como “un niño bueno” o mejor dicho como “una estatua” me duelen las piernas. Con la concentración tengo muchos problemas. Me pasa sobre todo en clase pero también cuando hago la tarea y los exámenes. Eso hace que saque menos nota que otros aunque estudie mas. También me puede causar problemas en los exámenes porque me distraigo con cualquier cosa y si giro la cabeza pueden pensar que me estoy copiando.

#### *Madre: el TDAH en la familia*

Para mí el TDAH consiste en que el niño no puede controlar su actividad por lo que no se está quieto. Tampoco controla bien sus impulsos por lo que con frecuencia se le caen las cosas (no las tira, se le caen). De forma muy importante tienen problemas para prestar atención y concentrarse. No retiene información como sus coetáneos, se distrae con cualquier cosa y rápidamente se manifiesta el problema en su vida académica. En casa el problema que más afecta es la hiperactividad. Tienes un niño que no permanece quieto, ni siquiera en las horas

nocturnas porque suelen dormir mal, se le cae casi todo, responde sin que le hayan terminado de formular la pregunta...

*Profesora: el TDAH en la escuela*

El colegio juega un importantísimo papel en los niños y por ello se debe formar e informar tanto a los educadores como a los padres. El centro debe ser una fuente de enriquecimiento para que todos podamos hacer nuestras aportaciones en la mejora de la educación.

En los casos de TDAH es necesario pasar de la preocupación a la ocupación por estos niños a los que se les ha tratado en muchos casos como malcriados.

*Psiquiatra infantil: el TDAH en la consulta*

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH), constituye en nuestra práctica clínica una de las principales demandas de atención especializada en Salud Mental, además de otros trastornos de mayor gravedad. Aunque los tres síntomas nucleares: la inatención, la impulsividad y la hiperactividad están más que descritos y son conocidos por los progenitores, éstos continúan acudiendo a consulta con elevados niveles de angustia y sentimientos de culpabilidad en muchos casos, viviendo éstos trastornos como falta de conocimiento, fracaso o incapacidad para el cuidado de sus hijo, cuando es algo totalmente ajenos a ellos y entra en el ámbito de un trastorno del neurodesarrollo, más que dentro de alteraciones de la conducta.

### **Causas y no causas del TDAH**

*Paciente: el TDAH dentro de mí*

De eso no sé nada. Yo soy un niño normal, igual que todos mis amigos. Yo no tengo la culpa de suspender aunque sé que podría estudiar un poco más. Tampoco sé por qué siempre quiero moverme.

*Madre: el TDAH en la familia*

Ni el padre ni yo somos hiperactivos (quizá yo, pero no de forma clara). Mi embarazo fue estupendo. No fumo ni bebo. La vida perinatal de mi hijo solo curso con el problema de que comía mal aunque con gran esfuerzo por mi parte siempre comió suficiente para mantenerse en su percentil. Lo que nunca podemos aceptar los padres, y desgraciadamente es muy frecuente, es que el TDAH del niño es culpa nuestra. NO. No tiene que ver con desacuerdos, separaciones, con tener que dedicar tiempo a otros hijos. No podemos culparnos del problema del niño. Nadie tiene la culpa. Por cierto, el niño tampoco

la tiene. Tampoco creo que haya alimentos u otro tipo de sustancias que se puedan relacionar con la aparición del TDAH.

*Profesora: el TDAH en la escuela*

A un niño con TDAH es necesario organizarlo y ordenar su entorno. Hay que aprender a escucharlo.

Permitirle hacer recados de todo tipo en los momentos más críticos para que se tranquilice. Lo necesario es que pueda moverse, no el recado.

Realzar sus conductas positivas e ir rectificando las negativas conjuntamente con el niño.

Poner, al mismo tiempo, consecuencias y metas.

Ayudarlo a controlarse, en especial, cuando se presentan desafíos inconscientes en su conducta.

La paciencia es el punto más importante para que todo funcione y es cierto que no siempre nos acompaña en los momentos más difíciles.

Para mí el TDAH consiste en tener a un niño junto con otros veintiocho y que lo que éste demanda equivale a unos cuatro o cinco más, con lo que el número no sería veintiocho sino treinta y dos. Es un niño impulsivo y que realiza ruidos para demandar tu atención lo antes posible o insiste hasta que lo atiendas. Su demanda suele romper la concentración de él y de los demás. Académicamente el niño podrá llegar y siempre hay que tener recursos para hacerlo sentirse bien y que vea como va su evolución.

*Psiquiatra infantil: el TDAH en la consulta*

Ya es conocida la carga genética de este trastorno, si bien, otros elementos e incluso patologías que se transmiten a nuestros hijos no los afrontamos con ese sentimiento de incapacidad y fracaso, como puede ser la Diabetes Mellitus. Otros factores influyen de forma significativa como el entorno y el desarrollo de las teorías de la epigenética, cada vez con más base y fundamentos clínicos. Por todo ello, el conocimiento de todos los profesionales que influyen en el desarrollo psicosocial del menor y el abordaje multidisciplinar es fundamental para el control de la sintomatología y ayudar a tener niños, adolescentes y adultos sanos; en ello consiste una buena salud mental.

### **Como mejorar el TDAH**

*Paciente: el TDAH dentro de mí*

Tratamiento farmacológico: La medicación hay que tomársela. La pastilla me produce no tener muchas ganas de moverme, si veo una mosca no me interesa seguirla

con la mirada. Puedo estar tranquilo y jugar a la Play o ver la tele sin moverme mucho. Respecto a la concentración no me he dado cuenta de si cambia mucho.

Qué hacer en casa o en la escuela: No creo que sea buena idea hacer que los niños hagan actividades especiales (borrar la pizarra, ir a los recados). Sería injusto para los demás. Además si vas corriendo a hacer un recado cuando vuelves estás más desconcentrado y con menos ganas. Tampoco se debe sentar al niño solo. Es injusto para el niño. Tampoco sería buena idea sentarte con otro hiperactivo. No estoy de acuerdo en castigar al hiperactivo por moverse. Si hay que regañarle porque si no los otros niños se sienten discriminados. Si piden voluntarios en clase para algo y tu levantas la mano, estaría bien que te atendieran lo antes posible. Yo soy bueno hablando por lo que creo que me vendrían mejor los exámenes orales que los escritos. Así no tendría faltas de ortografía.

Algún truco que nos haya funcionado: Yo para concentrarme cuando estudio imagino que estoy jugando un juego y que el estudio es mi entrenamiento. Si suspendo el examen he perdido la partida y si apruebo la he ganado. Somos un poco curiosos, y eso es bueno. Creo que es buena idea ir de excursión o de caminata con los amigos para cansarnos y estar más tranquilos. Preparar la ropa y la mochila por la noche también es bueno. De todas formas siempre es mejor tener a alguien que te ayude a controlarlo y lo revise. Es mejor hacerlo después de hacer la tarea. Siempre dicen que dormir mucho es bueno pero yo no estoy de acuerdo. Si duermo mucho después no puedo dormir al día siguiente pero si duermo muy poco estoy cansado en clase, es mejor dormir lo que cada uno necesite.

*Madre: el TDAH en la familia*

Tratamiento farmacológico: No es fácil la decisión de medicar al niño. Sin embargo es menos fácil negarle un futuro mejor. Ayuda pensar que si el niño fuera asmático o diabético nadie le negaría la medicación y menos su madre... Es un paso difícil que hay que superar. Sobre todo cuando tu hijo se convierte en “otra cosa” con la medicación. Al principio es doloroso pero enseguida te das cuenta que funciona y que lo estás haciendo bien.

*Qué hacer en casa o en la escuela:* En casa funciona el definir reglas claras con las que el niño obtenga reprimendas o premios para ciertos comportamientos. También ayuda mucho al niño dividir sus tareas o

encargos en partes para que pueda terminarlos. La casa debe de estar estructurada y con el mayor orden posible. Es bueno establecer rutinas estables y que el niño conozca para estructurar el tiempo. El niño debe tener un lugar para trabajar donde se minimicen los ruidos y las distracciones. Hay que modificar la conducta del niño motivándolos siempre y estableciendo con ellos una escucha positiva. Es bueno que el niño vea en casa la disciplina y que sufra las consecuencias de saltarse las normas.

*Algún truco que nos haya funcionado:* Es muy importante leer, preguntar y estar informado. Además es importante que el médico que lo trate sea el mismo a lo largo de los años. El niño debe de crecer en unos esquemas muy ordenados y disciplinados (que no necesariamente rígidos). Además ha de saber que cuando se dice que no es que no. Quizá la virtud que más preeminentemente debemos de cultivar los padres, además del cariño por nuestros hijos, es la paciencia.

*Profesora: el TDAH en la escuela*

Tratamiento farmacológico: Soy partidaria de un tratamiento farmacológico temprano ya que en el niño se percibe una mejora importante en su nueva conducta. Lo que no tengo tan claro es que aún muchos padres piensen que la medicación no es adecuada para su hijo y que otros medios son mejores que las pastillas. Realmente pienso que no aceptan el problema y que cuanto más tarden será peor.

Como educadora, y por lo que he visto en los últimos años, la medicación ha sido muy efectiva. Los niños pueden evolucionar con mucha paciencia y cariño.

Hay algo que todo humano sabe y no hay que ser muy inteligente para reconocer: que el hombre necesita las atenciones básicas para evolucionar como persona y crecer hasta límites insospechados. Paciencia, afecto, escucha, curiosidad...es la mejor medicina junto con el asesoramiento de aquellos que nos puedan ayudar en lo que necesitamos y los niños aún más. Serán hombres y mujeres algún día, mientras tanto estamos aquí.

*Qué hacer en casa o en la escuela:* Como dije antes en la escuela debemos estar alertas para detectar los casos lo antes posible y realizar un seguimiento para llevar a cabo con todo el esfuerzo que conlleva la casa, escuela, profesor, médico, especialistas.

*Algún truco que nos haya funcionado:* Como profesora muchos son los cartuchos que hay que tener listos. La



paciencia debe estar presente en todo momento y actuar según la consecuencia. La colaboración con los padres día a día. Un diario donde se vayan escribiendo las cosas positivas y negativas del día juega un papel importantísimo de conexión escuela-casa. Practicar técnicas de relajación de diferentes formas ya sea jugando o simplemente respirando tres veces profundamente antes de hacer algo (esto es aplicable para niño, profesor, padres). Ignorar los desafíos inconscientes ha sido y es muy difícil de llevar. Podemos perder el control los mayores y estropear un paso andado, así que hay que tener cuidado y transmitir la tranquilidad más infinita que podamos desarrollar.

*Psiquiatra infantil: el TDAH en la consulta*

Tratamiento farmacológico: El tratamiento es una herramienta fundamental y cada vez más amplia. En los casos leves pueden ser suficientes las medidas psicológicas y psicoeducativas; y en los más severos, a veces es conveniente asociar otros fármacos.

Buscamos en nuestros pacientes la mejoría en la adaptación al entorno familiar, escolar, y social; así como en los rendimientos escolares y su propia autoestima, pero no están indicados en todos los niños con TDAH, y cuando lo están no siempre la respuesta es positiva.

Las mayores dudas surgen frente al inicio del tratamiento psicofarmacológico pero si a los padres se les implica, explica y se les resuelven las dudas frente al mismo, no suele existir graves conflictos; hay que dejar claro que no se trata de crear niños más inteligentes, ni es el “soma” que narraba Aldous Huxley en su obra, se trata de desarrollar el potencial de nuestros pacientes en igualdad de condiciones, y que lleguen hasta donde ellos se propongan.

Hemos pasado de los psicoestimulantes y no psicoestimulantes a disponer en la actualidad de tratamientos de primera línea (metilfenidato y atomoxetina) y de segunda (lisdexanfetamina, guanfacina de liberación prolongada e incluso, otras alternativas terapéuticas farmacológicas (por ejemplo los antidepresivos tricíclicos, ISRS, reboxetina, bupropion, habitualmente considerados como fármacos de segunda elección), de las que se dispone de una menor experiencia y cuya indicación para el TDAH no se recoge en la ficha técnica.

*Qué hacer en casa o en la escuela:* Es importante mantener rutinas, fomentar el uso de agendas, revisar que apunten los deberes y exámenes programados.

Las reglas y las normas deben ser sencillas, cortas

y reducidas, siendo fundamental el repetirlas con frecuencia.

*Algún truco que nos hayan funcionado:* La comunicación entre los padres y el equipo que interviene para mejorar el rendimiento y la calidad de vida del niño es imprescindible; debemos recordar que presentan una capacidad intelectual global normal, por lo que no deben ser tratados de vagos ni malcriados ya que su conducta nace de la sintomatología de su enfermedad y no de la premeditación.

## CONCLUSIÓN

En el grupo de discusión llevado a cabo detectamos, como ventaja fundamental, el carácter abierto y flexible, gracias al cual se genera una gran cantidad de información de componente subjetivo, así como la interacción grupal que desemboca en la obtención de un discurso fructífero que refleja la realidad tal y como la perciben los sujetos.

Quizá el principal inconveniente, como suele pasar en las técnicas de investigación cualitativa, es el problema de la generalización de los datos obtenidos, que limitan el alcance de los resultados, dado que no se pueden extrapolar a otras situaciones. Respecto a esto, cabe resaltar que la generación de datos ricos y profundos, como los obtenidos en este trabajo, son hallazgos de gran valor en sí mismos.

Respecto a la metodología, una vez contrastadas ventajas e inconvenientes, confirmamos su utilidad en el campo de la investigación en TDAH así como su validez como herramienta en el campo de la investigación cualitativa.

Respecto al objetivo principal de nuestro estudio, describir las construcciones del TDAH que hacen los expertos desde sus diferentes prismas de acercamiento al problema, transcribimos sus testimonios a modo de conclusión:

*Paciente: el TDAH dentro de mí*

Me gustaría ser mejor estudiante pero lo que más me importa es que todo el mundo sabe que soy un buen niño y me quieren mucho.

*Madre: el TDAH en la familia*

No cambiaría nada de mi hijo. Si no saca sobresalientes a mí no me importa. Yo solo puedo estar orgullosa de él. Me ha enseñado una nueva dimensión del amor y el sentimiento de complicidad para sacar adelante sus estudios. A veces me agota pero posiblemente yo

también lo agoto a él cuando lo obligo a estudiar. Ahora sabe que es necesario, pero cuando era más pequeño solo podía apoyarme en su obediencia. Es una gran persona y encontrará su camino.

***Profesora: el TDAH en la escuela***

Me gustaría que estos niños, al igual que los demás, puedan disfrutar sin angustias una vida con la mejor calidad. Conocer niños con TDAH me ha enseñado que hay otro grupo de niños que demandan una atención muy simple pero que para nosotros es muy difícil, es un reto por su actitud. Me ha enseñado a tener y cultivar una paciencia que hoy en día se apaga con la velocidad a la que vamos. Me hace sentir que mi vocación de profesora no me vino sola, porque nos enriquecemos con cada niño que tenemos delante todos los días. Además sabemos que, seguramente, más de uno de esos niños también se enriquecerá contigo.

***Psiquiatra infantil: el TDAH en la consulta***

El TDAH presenta sintomatología comportamental en forma de hiperactividad, impulsividad y, sobre todo, dificultades de concentración.

Se trata de una patología multifactorial donde la carga genética es importante, lo cual no puede servir para que los padres se culpen, ya que al igual que el TDAH, los hijos también heredan muchas otras características positivas a través de los genes.

El tratamiento es multimodal, donde la labor del psiquiatra infantil, la familia y el equipo docente constituyen un engranaje que debe potenciar la autonomía y autoestima del menor. La terapia farmacológica junto con la terapia conductual es segura, eficaz y funciona.

Hay que optimizar su adaptación académica y sociopersonal ya que presentan potencialmente capacidades y cualidades para el aprendizaje escolar y las relaciones sociales mayores de las que posiblemente está expresando

**BIBLIOGRAFIA**

1. Díez-Martínez A, Soutullo-Esperón C, Tricas-Sauras S, Beunza-Nuin M, Pereda-Sotos T, Machiñena-Gracia K. Eficacia de un programa de psicoeducación aplicado por enfermeras y dirigido a padres de niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 2013; 30(1): 55-63.
2. Hidalgo-Vicario MI, Sánchez-Santos L. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Manifestaciones clínicas y evolución. Diagnóstico desde la evidencia científica. *Pediatr Integral* 2014; XVIII (9):609- 623.
3. Jiménez JE, Rodríguez C, Camacho J, Afonso M, Artiles C. Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) en población escolar de la Comunidad Autónoma de Canarias. *Eur J Educ Psychol*. 2012; 5(1):13-26.
4. Cornellá J. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Una revisión crítica. *An Pediatr Contin*. 2010;8 (6): 299-307.
5. Gobierno de Canarias [Internet]. Canarias: Gobierno de Canarias; 2010[citado 18 abr 2016]. Programas para atender al alumnado con otras necesidades específicas de apoyo educativo y mejorar su éxito escolar. Curso 2010-11; [10 páginas]. Disponible en: [http://www.gobiernodecanarias.org/educacion/5/WebDGOIE/docs/1011/At\\_Diversidad/Programa\\_TDAH\\_10\\_11.pdf](http://www.gobiernodecanarias.org/educacion/5/WebDGOIE/docs/1011/At_Diversidad/Programa_TDAH_10_11.pdf)
6. Salamanca-Castro, A. La investigación cualitativa en las ciencias de la salud. *Revista electrónica NURE investigación*. 2006; Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/288/269>.
7. Barros, E. H., & Moreno, F. J. V. (2010). El grupo de discusión como técnica de investigación en la formación de traductores: dos casos de su aplicabilidad. *Entreculturas: revista de traducción y comunicación intercultural*, (2), 181-196.
8. Suárez Ortega, M. (2005): El grupo de discusión: una herramienta para la investigación cualitativa. Barcelona, Laertes.
9. Latorre A. La investigación-acción. Conocer y cambiar la práctica educativa. Ed. Graó. Barcelona 2003.
10. Maykut P, Morehouse R. Investigación cualitativa: una guía práctica y filosófica. Hurtado. Barcelona 1999.
11. M. Elisa de Castro Peraza. Programa Educativo Participativo Centrado en el Paciente de Cirugía Oncológica Colorrectal. Tesis Doctoral. Universidad de La Laguna 2012.