**Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Definición, causas y tratamientos**

Fernanda Jerez Delgado, Karen Lubies, Daniela Astudillo Batarce

Pedagogía en educación básica

Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación

**Resumen**En el presente trabajo nos proponemos exponer sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (T.D.A.H), partiendo por la base de su historia, es decir, los registros de su descubrimientos, sus, los diferentes términos a medida que evoluciona, para luego dar a conocer que es el T.D.A.H junto con sus causas y los tratamientos tradicionales y alternativos que existen, para así concientizar al lector sobre una enfermedad que está ingresando de lleno a la sociedad. Nos enfocamos a responder nuestras interrogantes a través de la recaudación de información de distintas fuentes verídicas de expertos y organizaciones sobre el tema. Podemos concluir que el T.D.A.H aún es una enfermedad que causa controversias, debido a la falta de información lo que genera desconcierto en los padres y a las pocas alternativas que brindan los proveedores de la salud en cuanto a tratamientos.

Palabras claves: Hiperactividad, déficit atencional, trastorno, tratamientos alternativos, tratamientos medicinales.

**Introducción**

Hasta el día de hoy una gran cantidad de niños y niñas han sido diagnosticados con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (en adelante T.D.A.H). Este diagnóstico suele ocasionar un impacto negativo en los padres, debido a que apenas entienden lo que les pasa a sus hijos y su comportamiento genera un impedimento significativo en su funcionamiento social, académico u ocupacional, motivos por los cuales debe ser objeto de especial atención el conocer las características de este trastorno y distinguir cuáles son sus causas y qué tratamientos existen.

Según estudios sobre el T.D.A.H se estima que entre un 3% y un 8% de los niños menores de 10 años presentan déficit de atención con hiperactividad y que el trastorno es más frecuente en niños que en niñas en una proporción de 10 a 1 (Orjales, 1998). Sin embargo, la muerte de León Eisenberg en 2009, psiquiatra que descubrió el T.D.A.H, y su impactante confesión sobre que la hiperactividad es una enfermedad ficticia no dejan indiferente a nadie que viva o trabaje con niños. Por ello cabe preguntarse: ¿Qué es realmente el T.D.A.H?, asimismo, ¿Cuáles son las causas de este trastorno? y ¿Existen alternativas a los tratamientos con fármacos?

Para responder a estas preguntas el objetivo que tenemos con este paper se centrará en estudiar artículos de investigación ya publicados sobre el T.D.A.H, para describir las causas de este trastorno y sus características, dando a conocer las formas de diagnóstico y analizar los tratamientos utilizados en la actualidad, así como las alternativas existentes a los tratamientos farmacológicos.

Considerando el número de niños y niñas diagnosticados con T.D.A.H y siendo conscientes del impacto que esto provoca en su ambiente familiar, escolar y social, nuestra investigación tiene gran importancia, ya que por intermedio de este artículo podremos aportar con información que guíe a los padres, profesores y a todo el entorno de los niños que padecen este trastorno, contribuyendo con esta indagación a la reflexión sobre los tratamientos y generar acciones tendientes a mejorar la vida de los pacientes.

Para realizar este trabajo nos centraremos en buscar y recopilar diversas fuentes de información bibliográfica, la cual vamos a analizar, interpretar, clasificar y discutir de manera que nos permita formular respuestas a las preguntas planteadas anteriormente.

A continuación, nos proponemos a exponer en este artículo de investigación la historia desde los inicios hasta el día de hoy de el T.D.A.H,  las características, causas y tratamientos del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, realizado a partir del análisis de estudios previos sobre el mismo, para luego concluir con una síntesis del tema dando nuestra opinión en la conclusión.

**El camino del T.D.A.H**

Actualmente se ha vuelto algo común el hecho de ver a niños y niñas diagnosticados con el T.D.A.H,  más aún observar a los mismos profesores medicando a sus alumnos. Pero ¿Cuál es el origen histórico de esta enfermedad?

Históricamente se conoce como la primera descripción clínica del T.D.A.H a la conferencia de George Still de 1902, no obstante, algunos autores han intentado buscar referencias más antiguas desde ámbitos no clínicos, pero que coinciden con la sintomatología actual. Es así como Auster ha descrito un posible ejemplo de T.D.A.H en el Talmud Babilónico, el cual narra la historia de un  niño incapaz de concentrarse y hacer sus lecciones, lo que supone una antigüedad de más de 1700 años para el trastorno. Así también en 1670, Kast Et encontró en uno de los cuadros del pintor Holandés Jan Steen un grupo de niños que cumplen con criterios actuales de hiperactividad, por otra parte Heinrich Hoffman, un médico nacido en Frankfurt conocido por su afición a escribir libros para niños, le regaló a su hijo en 1844 un libro en el cual se cuentan historias de tres niños con claros síntomas de T.D.A.H. Sin embargo, estos acontecimientos no pueden considerarse como descripciones clínicas, ya que en ninguno de los casos se hizo con la intención de realizar un análisis  médico.

Las primeras descripciones clínicas del T.D.A.H parten cuando se comienzan a observar los trastornos mentales entre los niños, los que tenían poca cabida entre los primeros clínicos de la psiquiatría debido a que en la época a los niños no se les otorgaba ningún uso de la razón y si se les atribuía algún trastorno se constituía como una alteración de la misma, pero  en forma excepcional para la época el médico escocés Sir Alexander Crichton publicó en 1798 un libro dirigido a las causas de la “enajenación mental” y dedica un capítulo para trastornos de la atención, entre los que distingue “la incapacidad de atender a cualquier objeto con el grado necesario de constancia”  lo que coincide con la descripción que publicó la Asociación Americana de psiquiatría (A.P.A) en 2013. En su manual diagnóstico y estadístico sobre los trastornos mentales DSM-5, en su definición y características, incluyendo la evidencia de un inicio temprano. Otra de las descripciones de la época surge de Haslam en 1809, quien describe el caso de un niño de 10 años consentido e incontrolable el cual es cruel y destructivo, con amenazas de suicidio. Progresivamente en el siglo XIX las alteraciones conductuales en niños y adolescentes dejan de considerarse como malas conductas a corregir y comienzan a  atribuirse a demencia.

En 1901 el pediatra Inglés Frederick Georges Still realizó la primera descripción clínica moderna del T.D.A.H en las conferencias Goulstonianas en donde describe un grupo de 43 niños con lo que llamó “déficit de control moral”. La especificación que él hace es casi idéntica a la que actualmente recibe el T.D.A.H, sin embargo, surge una descripción de síntomas relacionados con trastornos de conducta perturbadora. A pesar de las similitudes del trabajo realizado por Still con las características y descripciones actuales sobre el trastorno en la época no tuvo mucha repercusión.

Luego principio del siglo XX surgen descripciones del cuadro clínico de T.D.A.H, como la descripción realizada por Gonzalo Rodríguez Lafora, neurólogo y psiquiatra español, quien produjo una serie de test para diagnosticar enfermedades mentales en la infancia  y en su libro “Los niños mentalmente anormales” advierte que estos problemas aparecen en mayor medida en los países progresivos con asistencia escolar obligatoria.

A lo largo de la primera mitad del siglo XX los profesionales de la psiquiatría buscan posibles relaciones entre daño cerebral y conducta hiperactiva, es así como surgen descripciones de lesiones cerebrales tempranas como la anexia perinatal o la encefalitis letárgica las que son tomadas como causantes de dificultades posteriores de aprendizaje o conductas impulsivas e hiperactivas lo cual puede suponer un origen para las alteraciones propias del T.D.A.H. En la misma época Strauss y Lehtinen definieron una condición estática en el desarrollo y dividieron las causas en endógenas y exógenas, sin embargo, algunos autores como Childers no encontraron más alteraciones orgánicas que en niños con otros trastornos.

En 1932 Kramer y Pollow hablaron sobre el “Síndrome Hipercinético de la infancia”, en su estudio incluyeron la mayor parte de los síntomas del T.D.A.H tanto la hiperactividad como síntomas de inatención, esta definición tuvo popularidad en su época a diferencia del trabajo de Still e influyó la psiquiatría europea hasta el punto que el término hipercinético fue incluido en la octava clasificación de las enfermedades de la OMS, manteniéndose en las siguientes ediciones.

Para los años 60, se pone de manifiesto que los trastornos del comportamiento en niños no pueden asumir obligatoriamente un daño cerebral y para 1963 el Grupo Internacional de Estudio de Oxford sostiene que el daño cerebral no puede suponerse solo por signos de alteraciones del comportamiento y sugiere el cambio del término por “Disfunción cerebral mínima”.

En 1966 el equipo cooperativo nacional de Estados Unidos define la disfunción cerebral mínima, este concepto suponía una etiología física cerebral con factores neurológicos como lesiones hipóxicas pre o perinatales. Este término fue popular hasta los años 80, pero aparecieron críticas al concepto, como su especificidad o que muchas alteraciones con daño cerebral no resultaban en síntomas como la hiperactividad. Así la disfunción cerebral mínima fue reemplazada por términos como hiperactividad y en 1968 se puede encontrar una definición oficial del término hiperactividad en la segunda edición del DSM entendido como “Reacción hipercinesia el niño”.

Durante los años 70 en Estados Unidos se lleva a cabo la investigación experimental y durante esta época los trabajos de Virginia Douglas y Wender establecieron los déficit de atención sostenida y el control de impulsos como los procesos básicos para entender la disfunción cerebral mínima. Así se funda el concepto de déficit de atención que reemplazará los términos previos y un cambio del DSM en 1980 a déficit de atención (con o sin hiperactividad), llevando la hiperactividad a un segundo plano. La edición revisada DSM III presenta una única lista de síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad.

En los años 80 aparecen los primeros hallazgos en neuro-imagen que han ido revelando distintos circuitos cerebrales hasta las redes y sistemas neuronales complejos que interactúan entre sí. En este mismo periodo surgen nuevos estudios que investigan la validez de los subtipos, encontrándose que los niños con y sin hiperactividad se diferenciaban en su presentación, comorbilidad y alteraciones funcionales suponiendo la validación de los subtipos inatento, hiperactivo- impulsivo y combinado.

Los años 90 supusieron las primeras dudas acerca del papel central y preponderante de la atención en el trastorno a favor de los factores motivacionales y los mecanismos de refuerzo. Es así como Barkley propone el modelo de las cinco funciones ejecutivas, que incluyen la inhibición de respuesta, la memoria de trabajo no verbal, la memoria de trabajo verbal, la autorregulación de emociones y motivaciones y la reconstitución, siendo la primera de ellas la fundamental en el desarrollo del trastorno; este modelo pretende explicar los déficit cognitivos y los patrones conductuales de los pacientes con T.D.A.H. Desde 1994 se introdujeron formulaciones de sales mixtas de anfetaminas para el tratamiento del T.D.A.H, las teorías neurobiológicas relacionadas con el trastorno y la implicación de neurotransmisores catecolaminérgicos en los procesos cognitivos y circuitos cerebrales implicados llevaron al estudio de nuevos medicamentos no estimulantes como la atomoxetina. Un poco antes fueron publicados los resultados iníciales del estudio multimodal Treetment Study of ADHD, en el que se demuestra la eficacia del tratamiento farmacológico del T.D.A.H pero la superioridad de los tratamientos combinados, es decir, farmacológicos y psicoterapéuticos.

Finalmente al día de hoy aún es necesario profundizar en el estudio del T.D.A.H y en factores ambientales, sociales y culturales implicados en la patogénesis del trastorno. En las últimas décadas nos encontramos a las puertas de un nuevo cambio entre ellos se ha hecho necesaria la unificación de clasificaciones, el desarrollo de criterios específicos para distintas etapas del desarrollo y una mejor definición de la alteración funcional.

**Marco Conceptual**

En este apartado comenzaremos a desarrollar en profundidad las preguntas que nos planteamos desde un principio como grupo: qué es el T.D.A.H definiendo su concepto, sus causas y los tratamiento tradicionales y alternativos que existen el día de hoy.

**1-¿Qué es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad?**

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es un trastorno neuro-conductual que tiene su inicio en la infancia con base neurobiológica, es decir, las células del sistema nervioso y caracterizado por la presencia de un desarrollo inapropiado de los mecanismos que regulan la atención, la reflexividad y la actividad . Las manifestaciones del trastorno suelen aparecer antes de los 7 años de edad, con expresiones de desatención (que pueden darse tanto a nivel académico como social) e interferencias derivadas del trastorno en estos ámbitos.

Además de esto hay niños en los que se observan problemas de autoestima debido a los síntomas propios del T.D.A.H y que los padres no suelen asociar a dicho trastorno. A su vez esta enfermedad tiene consecuencias en distintos ámbitos de la vida de los niños ya que afecta relaciones claves en su desarrollo como lo es la interacción con sus pares, la familia y el ambiente escolar. Existe la posibilidad, debido a la inestabilidad de este trastorno, de que algunos síntomas desaparezcan con el tiempo. Sin embargo, lo habitual es que las dificultades que lo caracterizan se puedan detectar con mayor claridad entre los 6 y 9 años.

Junto a la sintomatología primaria del TDAH pueden darse otros problemas secundarios que afectan al desarrollo del niño. Es necesario realizar un diagnóstico diferencial, ya que otros trastornos de distinta naturaleza suelen confundirse o presentar comorbilidad con el trastorno hiperactivo.

**2- ¿Cuáles son las causas del T.D.A.H?**

El T.D.A.H. es una enfermedad que ha pasado por varias etapas a lo largo de su historia, por lo cual  ha sido un trabajo dificultoso para los especialistas hallar las causas específicas de este.

Para definir las causas se han dividido en 2 factores: Factor genético y factor ambiental.

2.1- Factor genético: Los científicos han investigado y realizado diversos experimentos, por ende, en base a estos han encontrado que los factores hereditarios poseen un 80% de aprobación al momento de nombrarlo como un causal, siendo mayor la posibilidad de padecer si uno de los padres del individuo posee el T.D.A.H. Junto con esto también se ha indagado que los niños afectados tienen un gen el cual produce un tejido cerebral más delgado en las partes asociadas a los niveles concentración, el cual a medida que van creciendo, el tejido se va engrosando.

Pese a encontrarse evidencia genética, no es 100% aceptable, debido a que aún no se encuentra el gen específico, de lo contrario los médicos ya hubiesen inventado una cura para prevenirlo. El principal gen que postula para el puesto es el DRD 47, en el cromosoma 11. (Soutullo y Díez, 2008).

2.2- Factor ambiental: En este caso es fundamental tener cuidado ya que ayudará a bajar, subir o mantener los índices de hiperactividad. Es el plomo uno de ellos, que es fácil de encontrar en cañerías y la pintura de los edificios antiguos. También está en la pequeña lista el consumo de alcohol y tabaco en el embarazo y prematuridad, los cuales podemos encontrar cotidianamente en nuestra rutina como es el cigarro que muchas veces sin fumarlo lo estamos consumiendo por el humo que este emite.

Además hay otros factores que no están comprobados como en el caso del azúcar, donde se estipula que su consumo está propiamente asociado a la hiperactividad en los niños, ya que al ingerir alimentos con niveles elevados de azúcar estaría provocando la hiperactividad en ellos y el desorden junto con la poca atención que prestarán.

Como se dijo anteriormente aún no se encuentran las causas 100% estadísticas y verídicas sobre lo que está ocurriendo con el T.D.A.H, por ende los factores antes mencionados son solo referencias que tienen los expertos en el tema sobre lo que acontece

**3- ¿Cómo se trata?**

Es de suma importancia al tratar con niños que padecen este trastorno cuestionarse qué tipos de tratamientos son los más idóneos, siendo en nuestra opinión la unión de los tradicionales (los medicamentos recetados en por los médicos especialista) junto con los alternativos (medicina terapéutica, yoga, juegos interactivos, estimulación auditiva  y musical entre otros) para realizar así lograr el equilibrio ideal.

**3.1-Tratamiento tradicional con medicamentos.**

Existen dos tipos de medicamentos para tratar el T.D.A.H:  
 3.1.A- “Estimulante”: Es denominado así pero su término se contradice ya que produce en los niños un efecto de tranquilidad y serenidad.  
3.1.B- “No estimulantes”: Su función es de distinta manera que los efectos de el anterior ya que pone al individuo activo.

A muchos niños que están derivados a consumir estos medicamentos les funciona a la perfección porque les reduce la hiperactividad y la impulsividad mejorando así su capacidad de concentrarse, trabajar y aprender de una mejor manera, a su vez, los medicamentos también podrían mejorar la motricidad y coordinación física.  
Se debe instruir que no se puede usar el mismo tratamientos para todos los niños por igual para el TDAH, lo que funciona para uno no tendrá el mismo resultado para el otro. Es por esto que ese debe hacer un análisis y una evaluación focalizada individualmente por profesores, profesionales y médicos competentes para luego seguir paso a paso el proceso del tratamiento monitoreando atentamente de cerca los efectos, así finalmente decidir cuánto tiempo, en que épocas del año tomarlo o si solo en épocas escolares y si debe de haber un receso en el tratamiento.  
  
Los medicamentos pueden generar efectos adversos secundarios, para ciertos casos, se debe probar varios medicamentos o dosis diferentes antes de hallar el indicado.

Los medicamentos estimulantes vienen en diferentes formas, como píldoras, cápsulas, líquido o parches cutáneos. También se presentan en variedades de acción corta, prolongada o liberación prolongada. En cada una de estas variedades, el ingrediente activo es el mismo, pero se libera de manera diferente en el cuerpo. La forma de acción prolongada con frecuencia le permite al niño tomar el medicamento solo una vez al día antes de ir al colegio y así no tener que ir diariamente a la enfermería de la escuela para tomar otra dosis.

**3.2- Tratamientos alternativos  para el T.D.A.H**

Todos los niños son diferentes y únicos, por tal razón el tratamiento debe ser individualizado, es decir, se debe analizar,  verificar y adaptar las necesidades de cada paciente. Esto se logra a través de las intervenciones psicopedagógicas, psicológicas y familiares con el fin de fortalecer la capacidad de: poner atención,  lograr una mayor concentración, poder finalizar las tareas que han comenzado, controlar la impulsividad,  canalizar su energía y trabajar aspectos emocionales.  
  
Aunque el tratamiento tradicional de las pastillas es el estándar por excelencia en el tratamiento del T.D.A.H, no todos los individuos pueden tolerar los medicamentos, los cuales a veces son medicados excesivamente, y éstos no siempre son efectivos, es más , existen diversos tratamientos alternativos por los que se pueden optar, aparte del tratamiento común de los medicamentos, habiendo algunos bastantes  conocidos que son recomendados y avalados por algunos  médicos y psiquiatras de manera complementaria.  
  
A diferencia de los tratamientos con medicamentos, que cuentan con publicaciones científicas que respaldan el método, los tratamientos alternativos más bien se catalogan y se reconocen por testimonios de experiencias que han probado con ellos y afirman efectividad, aún así existen muchos casos de pacientes que al ser medicado incluso al controlarse por un médico capacitado, experto en fármacos, sufren efectos secundarios severos como; pérdida de peso y apetito, insomnio, cefalea, tics, inquietud, náuseas, vómito y cansancio que obligan a suspender tan violento tratamiento.

Algunos de los ejemplos de tratamientos alternativos con sus respectivas  características son:

3.2.A- Dietéticos: Son donde se trabajan los componentes nutricionales por ejemplo:  
3.2.A.1- La lecitina de soja: Un complejo natural de la semilla de soja que ayuda a mantener una buena transmisión de los impulsos nerviosos y sensoriales, la cual mejora el rendimiento intelectual del paciente.  
3.2.A.2- El aceite de onagra que regula la función cerebral controlando las sustancias transmisoras del sistema nervioso.  
3.2.A.3- La levadura de cerveza debido a su alto contenido en vitaminas del grupo B y calcio es un complemento perfecto del cerebro.  
3.2.A.4- Las vitaminas del grupo B, b1, b2, b5, b6 y b12 que actúan en la corriente nerviosa junto con la formación de membranas y moléculas que desempeñan un papel importante para el intercambio de neuronas.  
3.2.A.5- Vitamina E: Actúa como un componente antioxidante cerebral, protegiendo neuronas.  
  
3.2.A.6- Fósforo y calcio: resultan importantes para el funcionamiento del metabolismo de las neuronas.  
  
3.2.A.7- Silicio: protege contra el envejecimiento, estimula el sistema nervioso y actúa contra la atonía cerebral y deficiencia intelectual.  
  
3.2.B- BIntegración sensorial:  Ya que la disfunción de integración sensorial se encuentra sobrecargado por demasiado mensajes sensoriales. A través de movimientos constantes con estructuras, el cerebro aprende a reaccionar mejor e integrar, adquiriendo la coordinación en el desarrollo.  
  
  
3.2.C- Optometría: Salud visual para permitir tener una mirada más amplia con un mejor análisis de las situaciones en que se ven enfrentados, y asegurarse que no sea un problema causado por “luz” que provoque una dificultad al leer.  
  
3.2.D.- Homeopatía: Basada en la medicina de la fototerapia o las flores de Bach  
como “clematis” para la falta de concentración y distracción, “Cherry plum “para los nervios, “Impatiens” para la impaciencia, “Larch” para la falta de confianza y   
“Verbena” para la hiperexcitación.

También ayudan algunas plantas como: Ginkgo biloba la cual aumenta el riego sanguíneo en el cerebro, ayudando a recibir mayor cantidad de oxígeno a las neuronas aumentando la concentración y la memoria, la vincapervinca que actúa a nivel del tejido cerebral, mejorando la oxigenación de células, la y pasiflora: para casos de ansiedad y la tila que ayuda a relajar la tensión nerviosa.

3.2.E- Estimulación auditiva y musical: Escuchando música vas canalizando, regulando emociones y con tocando instrumentos musicales en donde votas energía transformándola con la interpretación de cada expresión.

3.2.F- Psicomotricidad: Es la capacidad física de la mente humana y la función motriz del cuerpo que favorece la realización de diferentes actividades recreacionales que conecte mente y cuerpo

3.2.G- Yoga: A través de la práctica de asanas, que se focaliza en la postura. Esto produce que se refuerce el nivel de concentración, su memoria, tolerancia a la frustración y se agudiza la conciencia corporal.  
Esto se complementa con las técnicas de respiración y relajación, donde se busca calmar su sistema nervioso liberando cuadros de ansiedad tensión y estrés.

3.2.H- Juegos Alternativos cotidianos: Realizar un itinerario diverso de juegos para que el niño desarrolle creatividad, imaginación y autoestima.

3.2.I- Osteopatía: Se enfoca en la estructura y problemas mecánicos del cuerpo.

3.2.F- Quiropráctica: Se basa en problemas de columna en donde al manipularla y ajustarla puede restaurar la salud ya que, este desequilibrio muscular podría estar dañando y causando más desequilibrios en la actividad cerebral y por ello se tiene que focalizar en la columna para restablecer la actividad cerebral llamada reorganización neural.

**Análisis**

A través de este trabajo de investigación pudimos ver los cambios y avances que ha tenido este trastorno a lo largo de la historia, avances científicos sociales y culturales , dependiendo del tiempo del momento , dependía cual era el enfoque que le daban y lo que generaba en ese entonces  
Nos percatamos que el trastorno del T.D.A.H  es un tema complejo, de suma importancia, ya que existen variados tipos y diagnósticos con los cuales se debe evaluar por expertos y profesionales competentes, que tienen muchos puntos que no hay que tomarse a la ligera y que no solo puede ser un síntoma neuronal biológico lo que esté afectando, también puede darse y generarse en el hogar traumas, temas de alimentación, motricidad, canalización de energía, etc.  
Esto no solo afecta su aprendizaje, sino también su manera de relacionarse y de expresarse, intelectual y emocionalmente.  
Junto a una variada información de esta investigación, se ha ampliado la lista de tratamientos que en general se desconocen, pero igualmente eficaz, que se puedan adaptar a los niños afectados de una manera adecuada y propicia para su crecimiento desarrollo y  aprendizaje.  
Con este proyecto, nos ayudará como futuras docentes, a tener las herramientas adecuadas para tener un  mejor análisis para alumnos con T.D.A.H y poder derivarlos con una base indicada a especialistas y que puedan ayudar de la mejor manera al niño o niña afectado, no dejándolo de lado, ni ser indolentes frente a esta situación.

**Conclusión**

Para finalizar nuestra investigación podemos concluir que  con el paso del tiempo, la evolución social y las tendencias de investigación  el T.D.A.H toma cada vez mayor relevancia, lo que se ve reflejado en la cantidad de niños y niñas diagnosticados con este trastorno, que para muchos hace unos años era completamente desconocido. Sin embargo es necesario profundizar en los factores que originan esta enfermedad y llegar a un consenso en cuanto a  los criterios de evaluación diagnóstica. En cuanto al tratamiento correcto para el T.D.A.H, es importante evaluar de forma particular cada caso y de acuerdo a las características del trastorno elegir un tratamiento. Al analizar diversos estudios para realizar esta investigación podemos concluir que una forma apropiada de tratar el T.D.A.H es evaluar primeramente el uso de un tratamiento alternativo a los fármacos, considerando el uso de medicina natural  combinado con apoyo psico-educativo y psicológico a nivel individual, familiar y escolar.

Por otra parte es importante mencionar que para realizar esta investigación hemos considerado fuentes bibliográficas que contienen opiniones e investigaciones de especialistas, tales como, profesionales de la psiquiatría, así como médicos y psicólogos que han investigado el tema, lo que nos ha proporcionado conocimientos que no teníamos y nos ha permitido realizar un análisis profundo sobre el T.D.A.H.

En lo concerniente a las fortalezas de nuestro trabajo podemos mencionar que esta investigación ha sido realizada con un lenguaje apropiado para el entendimiento de todo tipo de lectores, además de apoyarnos en fuentes de investigación confiables; con la intención de contribuir a todos aquellos que vivan o trabajen con niños  diagnosticados con T.D.A.H. Por otra parte las principales limitaciones que presentamos al realizar nuestra investigación fue la escasez de fuentes de información científica sobre el trastorno y estudios que respalden los tratamientos alternativos.

Al momento de finalizar esta investigación nos queda la tarea de expandir nuestro trabajo y hacer llegar estos conocimientos a todos aquellos que lo requieran ya que en nuestra opinión esta indagación será útil a muchas personas, tanto a los padres de niños y niñas con T.D.A.H, así como a los docentes que interactúa día a día con ellos, lo que contribuirá a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

# Bibliografía y referencias

Departamento de Educación del Gobierno de Navarra. (2012). *fundacion CADAH.* Obtenido de http://www.fundacioncadah.org/

AIDIPE. (06 de Septiembre de 2013). *dialnet.* (M. Cardona Molto, E. Chiner Sanz, & A. Giner Gomis, Edits.) Recuperado el 20 de Septiembre de 2015, de http://www.dialnet.com

Amado Luz, A. (s.f.). Recuperado el 2015 de Septiembre de 22, de http://www.tesisenred.net/

CHADD. (Marzo de 2006). *Centro nacional de recursos para el TDAH*. Recuperado el 2015 de Septiembre de 20, de http://www.help4adhd.org/

García Quiroga, M., & Ibáñez Fanes, M. (19 de Noviembre de 2007). *scielo.* Obtenido de http://www.scielo.cl

Meca Martinez, R. (s.f.). *Fundación CADAH.* Recuperado el 2015 de Septiembre de 20, de http://www.fundacioncadah.org

Mesa, T. (03 de Marzo de 2014). *Red de salud UC*. Recuperado el 2015 de Septiembre de 24, de http://redsalud.uc.cl/ucchristus/MS/RevistaSaludUC/GuiaPediatrica/TDA.act

National Institutes of Healt. (s.f.). *National Institutes of Health*. Recuperado el 22 de Septiembre de 2015, de http://www.nimh.nih.gov/

Reguero, A. (s.f.). *En buenas manos*. Recuperado el 2015 de Septiembre de 22, de http://www.enbuenasmanos.com/el-tdah-y-remedios-naturales

Ruiz García, M., Gutiérrez Moctezuma, J., Garza Morales, S., & De la Peña Olivera, F. (08 de Septiembre de 2004). *scielo.* Recuperado el 2015 de Septiembre de 22, de http://www.scielo.org.mx

Santiago Frances, C. (s.f.). *En buenas manos*. Recuperado el 2015 de Septiembre de 22, de http://www.enbuenasmanos.com/tdah-infantil

Soutullo Esperón, C., & Díez Suárez, A. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH.* Editorial Medica Panamericana.

Torres Nuñez, A. (28 de Noviembre de 2014). *Cuidad yoga*. Recuperado el Septiembre de 23 de 2015, de http://revista.ciudadyoga.com

Zapico Merayo, Y., & Terán, P. (2012). *Cuadernos de psiquiatria comunitaria: TDAH* (Vol. 11).