

Fundamentos explicativos del trastorno como base para la selección de adaptaciones

Entender el mecanismo lo suficiente para decidir con criterio en lugar de copiar listas, y saber separar lo que la investigación sostiene de lo que se le atribuye.

- 1 El TDAH como alteración de la autorregulación
- 2 Factores de origen y ausencia de una prueba diagnóstica única
- 3 Comorbilidad y diagnóstico diferencial
- 4 Perfiles de detección temprana, tardía e inadvertida
- 5 Eficacia de las intervenciones en el aula según la fuente de medida

2.1. El TDAH como alteración de la autorregulación



Por qué no es un déficit de atención sino un problema de regulación.

Le has explicado tres veces cómo se hace el ejercicio y a la cuarta pregunta qué hay que hacer. Esa tarde su madre te cuenta que pasó dos horas montando una maqueta sin levantar la cabeza. Si el problema fuera que «no puede atender», la segunda escena sería imposible; si fuera que «no quiere», la primera no se repetiría cada día. Las dos encajan en cuanto cambias la pregunta: no es cuánta atención tiene, sino quién decide dónde va, cuánto se queda y cuándo se mueve. De ese desplazamiento sale el criterio con el que el bloque 3 elige adaptaciones, y también el límite de lo que la investigación sostiene.

2.1.1. El nombre engaña

El trastorno se llama «por déficit de atención». Un déficit sugiere que falta algo, y de ahí sale la respuesta intuitiva, darle más de lo que le falta: repetir la instrucción, sentarlo más cerca, insistir. El registro del epígrafe 1.3 no cuadra con eso: el alumno que se levanta siete veces en una sesión de Lengua sigue una conversación del pasillo con todo detalle. La atención está; lo que no está es el control sobre ella.

La formulación que ordena esto la propuso Barkley (1997) como modelo teórico: el núcleo del cuadro sería un deterioro de la inhibición conductual, es decir, de frenar la primera respuesta el tiempo suficiente para que trabajen otras funciones: la memoria de trabajo, la regulación del afecto y la motivación, el lenguaje interiorizado y la capacidad de analizar y recomponer la conducta. Es un modelo de 1997, cuyo propio autor concluía que hacía falta bastante más investigación para ponerlo a prueba; la parte empírica llega en el apartado 2.1.3. Lo que interesa aquí es el giro: dejar de preguntar cuánta atención tiene y preguntar qué función no regula lo que ves.

2.1.2. Cinco funciones, cinco escenas

Las funciones ejecutivas son los procesos con los que una persona dirige su conducta hacia una meta que no está delante. La lista varía según el autor; esta es la que sirve en un aula.

Inhibición de la respuesta. La pausa entre el estímulo y la reacción. Sin ella, la pregunta se contesta antes de que termines de hacerla y el compañero que pasa se convierte en una conversación. No es que no te oiga: lo que llega después de ti no se frena.

Memoria de trabajo. Sostener una información mientras se usa. «Coged el libro, página cuarenta y dos, ejercicio tres, solo los pares»: cuatro datos que retener mientras se abre la mochila. Llega a la página y pregunta qué ejercicio era.

Flexibilidad. Cambiar de regla cuando la situación cambia. Se ve en las transiciones: del patio a Matemáticas, los demás tardan un minuto en cambiar de marcha; él sigue en la anterior diez.

Planificación y organización. Ordenar los pasos antes de dar el primero. El problema de tres pasos se empieza por el segundo y la mochila trae el libro de ayer. No hay pereza en esa mochila: hay una secuencia que nadie construyó.

Gestión del tiempo. La cara temporal de la anterior, que se adapta aparte: «cinco minutos» y «media hora» miden igual, y lo que se entrega el viernes no existe el lunes. Lo que ves como «no calcula» es que el tiempo, para él, no se ve.

Lo común a las cinco: trabajan por dentro, sin apoyo externo, y eso es la clave del apartado 2.1.5.

«a) Derivadas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDA/H). Son dificultades de aprendizaje asociadas a: — Funcionamiento ejecutivo: atención, inhibición de conducta, memoria de trabajo, flexibilidad cognitiva, fluidez verbal, planificación y organización. — Hiperactividad. — Impulsividad.»

Es la única norma autonómica localizada que lo describe así; la tuya puede no hacerlo, y se comprueba como enseña el epígrafe 1.4.

2.1.3. Hasta dónde lo sostiene la investigación

Hay que decir con exactitud cuánto pesa el modelo. Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone y Pennington (2005) reunieron 83 estudios que habían aplicado pruebas de función ejecutiva a 3.734 personas con TDAH y 2.969 sin él. Los grupos con TDAH rendían peor en todas las medidas, y los tamaños del efecto quedaban en el rango mediano, entre 0,46 y 0,69. Y dejaron escrita la frase que este manual necesita: las debilidades ejecutivas «are neither necessary nor sufficient to cause all cases of ADHD».

Un efecto mediano significa que las dos distribuciones se solapan mucho: hay alumnos con diagnóstico y sin déficit ejecutivo medible, y alumnos sin diagnóstico con rendimiento ejecutivo bajo. El artículo no da qué porcentaje de cada uno, y este manual tampoco. El modelo de un único déficit se abandonó pronto: Sonuga-Barke (2003) propuso ya dos vías independientes hacia el mismo cuadro, una ejecutiva y otra motivacional, de aversión a la demora, y el alumno que tienes delante puede ir por cualquiera. Y un informe con puntuaciones ejecutivas bajas no confirma nada por sí solo, ni uno con puntuaciones normales descarta nada: por qué ninguna prueba de ese tipo diagnostica lo explica el epígrafe 2.2.

ATENCIÓN · CAMBIAR DE VOCABULARIO Y NO DE TRABAJO

Decir «tiene déficit ejecutivo» en lugar de «tiene TDAH» no describe nada nuevo. La función ejecutiva es una lectura de lo que registras, no una observación: a orientación va la conducta contada y fechada; la función la usas tú, para decidir la adaptación.

2.1.4. «Pero con el ordenador está tres horas sin moverse»

Es la objeción que vas a oír en cualquier claustro. Lo que describe es la hiperfocalización: una absorción completa en una tarea hasta parecer que la persona desconecta de todo lo demás. Ashinoff y Abu-Akel (2021) la revisaron: se menciona sobre todo en el contexto del autismo, la esquizofrenia y el TDAH, y la investigación sobre su efecto en el funcionamiento cognitivo es limitada. Su búsqueda en PubMed devolvió diecinueve resultados, siete de ellos empíricos, y un único estudio que comparase a personas con TDAH y sin él durante ese estado.

Con eso se puede decir poco, y conviene decirlo. Primero: el fenómeno se describe y se nombra en la literatura. Segundo: no desmiente el cuadro. Si el problema es de regulación, que la atención se quede clavada donde no toca y no arranque donde toca son la misma dificultad vista desde dos lados. Tercero, el límite: nadie ha explicado por qué ocurre ni qué lo dispara, y este manual no lo va a hacer. La respuesta honesta en el claustro es «eso encaja con lo que sabemos, y no sabemos mucho». Para ti es un dato más del registro: en qué tareas se sostiene solo y en cuáles no arranca, que cuenta al diseñar la instrucción del epígrafe 3.2.

2.1.5. El criterio con el que se elige una adaptación

Todo converge en una regla que convierte la lista en una decisión: la adaptación que sirve saca fuera la función que dentro no se regula. Si el dato se cae antes de llegar a la página, la instrucción se escribe y se deja a la vista; el anexo IV de la Resolución murciana pide tener en cuenta que «necesiten explicaciones detalladas y guías impresas». Si el tiempo no se ve, se pone

un reloj visible y marcas interiores en la sesión. Si la transición no se produce sola, se anuncia antes y se pauta. Si la primera respuesta no se frena, se retira lo que compite contigo y se capta antes de hablar. Si la secuencia no se construye, se entrega construida, con hitos intermedios.

De la función que falla a la adaptación que la sustituye

Regulación de la atención: la adaptación saca fuera lo que dentro no se regula

Inhibición de la respuesta

- Contesta antes de que acabe la pregunta
- El compañero que pasa gana a tu voz
- Adaptación: retirar lo que compite y captar antes de hablar

Memoria de trabajo

- Cuatro datos en una instrucción oral
- Llega a la página y pregunta qué ejercicio era
- Adaptación: instrucción escrita y a la vista, guía impresa

Flexibilidad

- Cambiar de regla cuando cambia la situación
- Sigue en la marcha anterior diez minutos
- Adaptación: transición anunciada y pautada

Planificación y tiempo

- Empieza por el segundo paso
- «Cinco minutos» y «media hora» miden igual
- Adaptación: secuencia entregada con hitos
- Adaptación: reloj visible y marcas en la sesión

Fuente: elaboración propia a partir de Barkley (1997), Willcutt y otros (2005) y la Resolución de 30 de julio de 2019 de la Región de Murcia (BORM núm. 184, de 10 de agosto de 2019).

FIGURA 2.1

La correspondencia se comprueba, no se supone: dos alumnos con el mismo diagnóstico pueden necesitar apoyos distintos, porque la vía puede ser distinta. Por eso el bloque 3 da el procedimiento y no la lista, y el epígrafe 4.2, la medida. Llevarlo al diseño de la sesión para todo el grupo es entrar en el marco DUA, que es del curso 06.

Aplicación práctica

1. **Traduce tu registro a funciones.** Toma las conductas que registraste en el epígrafe 1.3, o las cinco frases reescritas si no llegaste al registro, y asigna a cada una la función del apartado 2.1.2 que mejor la explica, con la escena en que la viste: **lo haces solo**. Lo que no encaje en ninguna se deja fuera: también es información. Guárdalo como **conductas-por-funcion.md**. **Una hora y cuarto.**
2. **Escribe la respuesta al «con el ordenador está tres horas».** Media página con lo que dirías en el claustro: qué es la hiperfocalización, por qué no desmiente el cuadro y qué no se sabe, sin una cifra que no esté en este epígrafe: **lo haces solo**. Tiene que caber en dos minutos. Guárdalo como **respuesta-hiperfocalizacion.md**. **Una hora.**
3. **Mapea una semana de regulación.** Durante cinco sesiones con el mismo alumno, anota en cada tramo si arranca solo, si se sostiene y qué tenía delante, incluido lo que hacías tú: **lo haces solo**. Al final, marca los tramos en que se sostuvo y los que no, y escribe en tres líneas

qué tenían de distinto. Guárdalo como [mapa-de-regulacion.md](#). **Una hora y cuarto.**

2.2. Factores de origen y ausencia de una prueba diagnóstica única

Qué se sabe del origen y por qué no existe una prueba que lo diagnostique.

En la misma semana puedes oír las dos frases. En la sala de profesores, un compañero dice que el TDAH «no existe», que es una etiqueta para niños mal criados. En la tutoría, una madre te pregunta si no hay «una prueba» —un escáner, un electroencefalograma, un test de ordenador— que lo diga de una vez. Las dos son falsas, y por motivos distintos. Este epígrafe te da las cifras que permiten responder a cada una y, sobre todo, qué no autorizan a decir esas mismas cifras. No para que diagnostiques, sino para que ninguna de las dos frases se repita delante de ti sin réplica.

2.2.1. Lo que dicen los estudios de gemelos: en torno al 74 %

La primera respuesta viene de los estudios de gemelos. Faraone y Larsson (2019) escriben que «ADHD's high heritability of 74% motivated the search for ADHD susceptibility genes». Es la cifra que el DSM-5-TR incorporó a su texto en 2022, como viste en el epígrafe 1.1.

La heredabilidad es una estimación sobre una población: qué parte de la variación entre personas se asocia a diferencias genéticas en el conjunto estudiado. No dice que «el 74 % del TDAH de este alumno sea genético», ni que el ambiente no importe. El consenso internacional lo formula con cuidado: «Most cases of ADHD are caused by the combined effects of many genetic and environmental risks each having a very small effect» (Faraone y otros, 2021). Lo que sí autoriza: hay un componente genético grande y replicado, y quien reduce el cuadro a la crianza afirma algo que la investigación no sostiene.

2.2.2. Del «gen del TDAH» a veintisiete loci

La segunda cifra corrige el malentendido contrario: que la heredabilidad sea alta no significa que exista un gen que buscar. El primer análisis genómico con señales significativas, con 20.183 casos y 35.191 controles, identificó doce loci de riesgo (Demontis y otros, 2019). El siguiente, con 38.691 casos y 186.843 controles, subió a veintisiete loci y 76 genes candidatos, enriquecidos entre los que se expresan en el desarrollo temprano del cerebro (Demontis y otros, 2023). Es una arquitectura poligénica: muchas variantes comunes de efecto pequeño, que según Faraone y Larsson (2019) explican alrededor de un tercio de la heredabilidad.

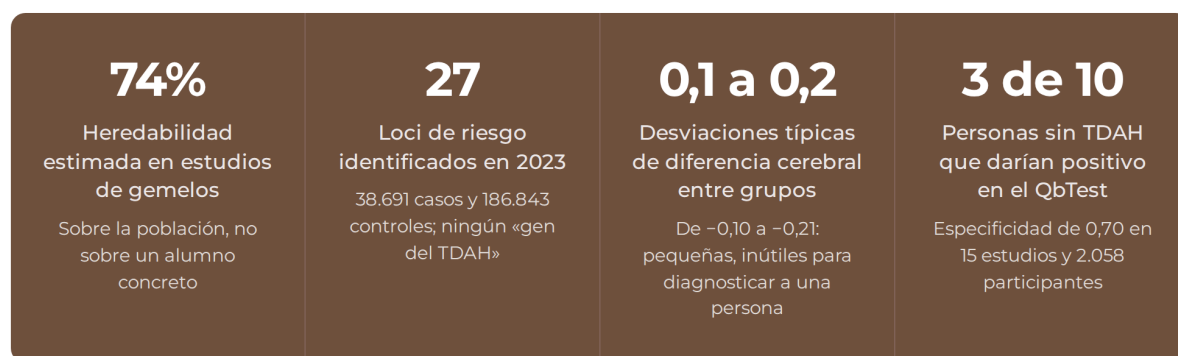
La consecuencia es concreta: no hay prueba genética que diagnostique el TDAH, porque no existe una variante que lo determine. Y «es genético» no significa «no hay nada que hacer»: la genética explica parte de la vulnerabilidad y nada de qué hacer en tu aula.

2.2.3. Lo que ve el escáner: diferencias de grupo, pequeñas

Ahora la frase de la madre. Sí hay diferencias cerebrales descritas, con muestras grandes. El consorcio ENIGMA reunió 1.713 participantes con TDAH y 1.529 controles de 23 centros y encontró volúmenes subcorticales menores en el grupo con diagnóstico: amígdala, accumbens, hipocampo, caudado y putamen (Hoogman y otros, 2017). Dos años después describió en niños un área cortical menor, sobre todo en regiones frontales, cinguladas y temporales, y ninguna diferencia en adolescentes ni en adultos (Hoogman y otros, 2019).

Las diferencias subcorticales van de -0,10 a -0,19 desviaciones típicas; la del área cortical en niños, -0,21. Están por debajo o en el borde de un efecto pequeño: las distribuciones de los dos grupos se superponen casi por completo, y el volumen de la amígdala de un niño concreto no dice en cuál está. Es lo que escribe el consenso: «the differences are typically small and do not dramatically differ between people with ADHD and those with other disorders. They are, therefore, not useful for diagnosing the disorder» (Faraone y otros, 2021). Diferencias reales de grupo, inútiles para la persona.

Lo que dicen las cifras sobre el origen, y lo que no permiten decir



Fuente: elaboración propia a partir de Faraone y Larsson (2019), Demontis y otros (2023), Hoogman y otros (2017, 2019) y Bellato y otros (2024).

FIGURA 2.2

2.2.4. Por qué no hay una prueba, aunque se vendan varias

Lo que se vende en consulta privada es de dos familias, y ninguna hace lo que promete.

La primera es la electroencefalografía cuantitativa. El sistema NEBA mide el cociente theta/beta del EEG en un electrodo y se cita como «la prueba de EEG que aprobó la FDA». Lo que la FDA autorizó el 15 de julio de 2013, por el procedimiento *de novo* K112711, fue una ayuda —un *aid*— para pacientes de seis a diecisiete años, limitada a «confirmatory support for a completed clinical evaluation». Y el propio documento remata en mayúsculas: «The device is NOT to be used as a stand-alone in the evaluation or diagnosis of ADHD».

ATENCIÓN · «LO APROBÓ LA FDA»

Es verdad, y no significa lo que parece. La autorización es de un complemento posterior a una evaluación clínica completa, y prohíbe el uso aislado. Si una familia te trae una web que lo presenta como prueba diagnóstica, no discutas el aparato: pide que lea la frase en mayúsculas.

La segunda familia son las pruebas de atención por ordenador, con el QbTest como ejemplo. El ensayo aleatorizado AQUA, con 267 menores con sospecha de TDAH, comparó a clínicos que veían el informe del test con otros que no: los primeros llegaban antes a una decisión diagnóstica —razón de riesgos 1,44— y «There was no difference in diagnostic accuracy» (Hollis y otros, 2018). La prueba acelera la decisión; no la mejora. El metaanálisis posterior, con 15 estudios y 2.058 participantes, da una sensibilidad de 0,78 y una especificidad de 0,70 y desaconseja el uso aislado o como cribado (Bellato y otros, 2024): tres de cada diez personas sin TDAH darían positivo.

Es la regla que ya conoces por las escalas del epígrafe 1.5, y que el consenso extiende: el TDAH no puede diagnosticarse «by rating scales alone, neuropsychological tests, or methods for imaging the brain» (Faraone y otros, 2021).

2.2.5. «Déficit de dopamina»: lo que se pierde al decirlo

Queda la fórmula de charlas y folletos: «el TDAH es un déficit de dopamina». Este manual ni la usa ni dice que esté desmentida: ninguna de las dos cosas está verificada. Lo que consta es que la hipótesis dopaminérgica está discutida dentro de la propia neurociencia —Gonon (2009) la somete a reexamen— y que, en las reproducciones consultadas de la declaración de consenso de 2021, ninguna de sus 208 afirmaciones se refiere a la dopamina como mecanismo.

Lo que importa es lo que la fórmula hace en una conversación. Convierte un problema de regulación —el del epígrafe 2.1— en una carencia química, y una carencia química pide una reposición química: la conversación se desplaza a la medicación sin que nadie lo decidiera, y esa decisión es del profesional que prescribe (epígrafe 4.4). Sugiere una causa única donde hay muchas pequeñas y borra del mapa las adaptaciones de aula: nadie espera que un cambio de instrucciones arregle un déficit de neurotransmisores. El desmontaje de la neuroeducación de folleto es del curso 17; aquí basta con no usar la fórmula.

CASO DE AULA · SECUNDARIA, JUNTA DE EVALUACIÓN DE 2.º DE ESO

Un profesor sostiene que el alumno «no tiene nada, es poca disciplina en casa»; la orientadora recuerda que la familia ha pedido «una prueba objetiva» en una clínica privada. La tutora no entra en ninguno de los dos terrenos. Al primero le responde que la heredabilidad estimada ronda el 74 % y que sobre la mesa hay un registro de conducta, no una opinión sobre la familia. A la segunda le pide que traslade a la familia que ninguna prueba diagnóstica por sí sola, que eso lo dirá el profesional sanitario, y que las adaptaciones de aula no esperan a ningún resultado.

2.2.6. Cómo se usa esto sin pasarse de raya

Estas cifras te dan una posición, no una competencia nueva: no sirven para valorar un informe ni para opinar sobre qué exploraciones debería pedir un clínico. Si una familia ha pagado una de esas pruebas, no la desautorices: explica qué mide y qué no. Lo que ese alumno necesita el lunes no cambia con ese resultado.

Aplicación práctica

1. **Escribe tu argumentario de dos caras.** En una página, tres cifras contra «el TDAH no existe» y tres contra «se ve en un escáner», cada una con su fuente y, debajo, una línea con lo que esa cifra no autoriza a decir: **lo haces solo**. Guárdalo como [argumentario-origen-y-pruebas.md](#). **Una hora y cuarto.**
2. **Lee la letra pequeña de una prueba que se vende.** Busca la página comercial de un servicio de electroencefalografía cuantitativa o de test de atención por ordenador y copia su afirmación principal: **lo trabajas con material público**. Al lado, escribe qué dice la fuente verificada sobre ese tipo de prueba —la frase de la FDA o la especificidad de 0,70— y qué entendería una familia al leer ambas. Guárdalo como [letra-pequena-de-una-prueba.md](#). **Una hora.**
3. **Retira tres frases sobre el origen.** Anota tres afirmaciones sobre el cerebro o la genética del TDAH que hayas dicho u oído en tu centro —«le falta dopamina», «es genético, no hay nada que hacer», «un escáner lo demostraría»— y reescribe cada una en la versión que podrías defender con este epígrafe delante: **lo haces solo**. Guárdalo como [frases-sobre-el-origen.md](#). **Cuarenta y cinco minutos.**

2.3. Comorbilidad y diagnóstico diferencial



Por qué casi nunca viene solo, y qué se le parece sin serlo.

Un informe con TDAH en el expediente explica, de pronto, todo lo demás: que no termina, que lee mal, que este trimestre está más irritable. Es cómodo y casi siempre falso, en una de dos direcciones. O el TDAH está y no está solo, y lo que más pesa en tu aula es la capa que nadie ha mirado; o lo que parece TDAH es otra cosa que produce la misma imagen desde el pupitre. Este epígrafe ordena las dos columnas y termina donde te toca a ti: qué comprueba el centro antes de derivar y quién resuelve cada capa. Ninguna de las dos columnas la diagnosticas tú.

2.3.1. La excepción es que venga solo

El dato más útil es una proporción. En el registro hospitalario danés de Jensen y Steinhausen (2015), con 14.825 pacientes de cuatro a diecisiete años diagnosticados entre 1995 y 2010, el 52,0 % tenía al menos otro trastorno a la vez y el 26,2 %, dos o más. En quien llega a psiquiatría infantil, el TDAH sin compañía es la mitad de los casos.

Es una muestra clínica: describe a quien ha llegado hasta allí, no a tu clase, y quien acumula más problemas llega antes a consulta. Ese 52 % es, si acaso, un techo. El sentido no cambia: la declaración de consenso internacional (Faraone y otros, 2021) recoge que el TDAH «often co-occurs with other psychiatric disorders» y enumera la depresión, el espectro autista, la ansiedad, el negativista desafiante y el trastorno de conducta.

La consecuencia es inmediata: la etiqueta, cuando llega, no cierra la descripción del alumno; la abre. Una adaptación del bloque 3 bien elegida para la capa equivocada no hace nada.

2.3.2. Lo que se acumula

La capa más frecuente en tu aula es la de aprendizaje. La revisión de DuPaul, Gormley y Laracy (2013), sobre diecisiete estudios, obtiene una comorbilidad media entre TDAH y dificultades de aprendizaje del 45,1 %, con amplia variación. La dislexia, la disgrafía y la discalculia son del curso 12; pero un alumno con TDAH que lee mal no lee mal «por el TDAH» hasta que alguien lo haya mirado aparte.

La segunda es el sueño. En la encuesta de Sung, Hiscock, Sciberras y Efron (2008) a 239 familias de niños con TDAH, el 44,8 % declaraba problemas de sueño moderados o graves y otro 28,5 % leves. Es una capa que el docente ve y casi nunca anota.

La tercera es la conducta y la emoción. El metaanálisis de Njardvik y otros (2025) sitúa el trastorno negativista desafiante en el 34,7 % y los trastornos de ansiedad en el 18,4 %. Los tics pertenecen a esta misma columna, y la única cifra verificada va en la dirección contraria a la que te interesa: entre 1.374 personas con síndrome de Tourette, el 72,1 % cumplía criterios de TOC o de TDAH (Hirschtritt y otros, 2015). Cuánto alumnado con TDAH tiene tics no lo dice ninguna fuente de este manual, y aquí no se inventa.

La cuarta es el espectro autista: 12,4 % en la muestra danesa (Jensen y Steinhausen, 2015). Hasta 2013 un informe no podía decir las dos cosas, porque el DSM-IV excluía el TDAH con autismo; el documento oficial de cambios de la American Psychiatric Association (2013) lo resume así: «a comorbid diagnosis with autism spectrum disorder is now allowed». Cómo se apoya a ese alumno es del curso 11.

2.3.3. Lo que imita sin ser

Los dos sistemas de clasificación llevan escrito el filtro. El criterio E del DSM-5 exige que los síntomas «are not better explained by another mental disorder»; la categoría 6A05 de la CIE-11, que «are not better accounted for by another mental, behavioural, or neurodevelopmental

disorder and are not due to the effect of a substance or medication». Aplicar ese filtro es trabajo clínico; saber que existe, tuyo: muchas de las cosas que lo activan las ve antes el centro que la consulta.

El sueño está en las dos columnas. En el estudio de Chervin y otros (2002), con 866 niños de dos consultas de pediatría general, el 16 % roncaba de forma habitual; entre los que roncaban, el 22 % tenía puntuaciones altas de hiperactividad, frente al 12 % de los que no. Es asociación, no diagnóstico: no dice que el ronquido cause el cuadro, sino que un niño que respira mal por la noche puede dar en clase la misma imagen, y que esos síntomas «typically improve with treatment». Razón suficiente para preguntar por el sueño antes de derivar.

La audición y la visión sin corregir son la comprobación de sentido común de cualquier centro: quien no oye bien desde la cuarta fila «no escucha cuando se le habla». No hay cifra: basta con saber si la revisión está hecha.

Después vienen las capas del tiempo y del contexto. El DSM-5 exige un patrón de al menos seis meses, con varios síntomas antes de los doce años y en dos o más contextos; un duelo o una separación que empezó en marzo no cumple esas condiciones, y el DSM-5-TR de 2022 añadió el trastorno de estrés postraumático entre los diagnósticos diferenciales. El desconocimiento grave de la lengua de aprendizaje es, en el artículo 71.2 de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, una categoría distinta de los «trastornos de atención o de aprendizaje». Las altas capacidades no atendidas, también categoría aparte en ese artículo, producen un aburrimiento que se parece a la inatención; son del curso 13. Y la ansiedad merece las dos columnas: se acumula en el 18,4 % y puede, por sí sola, producir la misma imagen. Cuál de las dos cosas es lo decide quien hace la evaluación.

Lo que se acumula, lo que imita y quién comprueba cada capa



FIGURA 2.3

2.3.4. Qué comprueba el centro antes de derivar

Tu instrumento es el registro del epígrafe 1.3, con tres columnas que casi nunca se rellenan: desde cuándo, en qué contextos y qué más hay.

ATENCIÓN · LA ETIQUETA QUE LO EXPLICA TODO

Un informe de TDAH en el expediente tiende a absorber cada conducta nueva: la lectura lenta, el sueño en clase, la irritabilidad de un trimestre. Y existe el error simétrico: derivar «por posible TDAH» a una alumna con cinco meses de escolarización en español sin preguntarle cuánto entiende. Antes de atribuir algo al diagnóstico, o de pedirlo, pregúntate desde cuándo ocurre, en qué contexto y qué ha cambiado.

Lo que sigue no es una evaluación: es lo que el centro puede reunir en dos semanas para que la demanda del epígrafe 1.5 llegue con las capas separadas. Sobre el sueño, el tutor pregunta a la familia, con fecha, a qué hora se acuesta y si ronca; lo resuelve la pediatría. Sobre vista y oído, comprueba si hay revisión reciente y, si no, lo anota como pendiente; lo resuelve sanidad. Sobre la lengua, cuenta los meses de escolarización en español y el apoyo que recibe; lo resuelve el centro con sus medidas de acogida. Sobre los cambios recientes, anota qué ocurrió y cuándo, sin interpretar; lo acompañan el tutor y orientación. Sobre la lectura, la escritura, el cálculo y unas

capacidades que parecen ir por delante del grupo, señala lo que ve y lo deja para la evaluación psicopedagógica; lo resuelve orientación. Sobre la ansiedad o la conducta, describe frecuencia y contexto; lo resuelven orientación y, si procede, los servicios sanitarios.

2.3.5. Quién resuelve cada capa

Ninguna de estas comprobaciones sustituye a la derivación ni la retrasa: se hacen mientras el registro avanza y se entregan con él. Y ninguna la interpreta el docente: que un alumno ronque no lo convierte en un caso de sueño. Quién decide qué explica qué lo dejó escrito el bloque 1.

CASO DE AULA · PRIMARIA, 2.º CURSO

El registro de la tutora muestra que las interrupciones se concentran en la primera hora y en la sesión después del recreo. La familia, preguntada con fecha, dice que se acuesta pasadas las once y que ronca. Lee con un año de retraso según la maestra de apoyo. Nadie recuerda una revisión de oído. La demanda a orientación no dice «posible TDAH»: dice cuántas interrupciones, en qué tramos, qué duerme, qué lee y qué falta.

Aplicación práctica

1. **Redacta la lista de comprobaciones previas de tu centro.** A partir del apartado 2.3.4, escribe en una página las seis comprobaciones —sueño, vista y oído, lengua, cambios recientes, lectura y cálculo, ansiedad y conducta— con la pregunta exacta de cada una, a quién se hace y dónde queda la respuesta: **lo haces solo**. Relee cada pregunta comprobando que pide un hecho y no una opinión. Guárdalo como [comprobaciones-previas-a-la-derivacion.md](#). **Una hora y cuarto.**
2. **Separa las capas de tu alumno.** Sobre el registro del epígrafe 1.3, abre dos columnas: lo que hay además de la inatención o la inquietud, y lo que podría explicar lo mismo sin serlo. Para cada entrada anota qué sabes, desde cuándo, en qué contextos y quién tendría que resolverlo: **lo haces solo**. Donde no sepas, escribe «sin comprobar». Guárdalo como [capas-de-mi-alumno.md](#). **Una hora y media.**
3. **Contrasta tu lista con la de orientación.** Pide al orientador u orientadora de tu centro qué comprobaciones previas exige ya antes de aceptar una demanda y en qué formato: **lo pides y esperas**. Cuando llegue, anota qué preguntas tuyas sobran y cuáles faltan. Guárdalo como [comprobaciones-acordadas-con-orientacion.md](#). **Una hora y cuarto.**

2.4. Perfiles de detección temprana, tardía e inadvertida



Quién se detecta pronto, quién se detecta tarde y quién no se detecta nunca.

En la misma clase de cuarto hay dos alumnos con seis síntomas de inatención cada uno. Uno además se levanta, interrumpe y contesta antes de que termines la pregunta: en octubre ya tenía registro, demanda a orientación y cita con el pediatra. La otra está en la penúltima fila, no molesta, entrega a medias, y en su boletín pone «podría dar más». De ella no hay nada escrito, y no lo habrá hasta que en tercero de ESO deje de llegar. Este epígrafe trata el sesgo del propio sistema de detección, que empieza en tu mesa: se deriva al que interrumpe, no al que se pierde en silencio. Y mide el tamaño de ese filtro.

2.4.1. El filtro empieza en tu mesa

El circuito del epígrafe 1.5 arranca con una demanda del docente, y esa demanda no la provoca la inatención: la provoca la molestia. La presentación predominantemente inatenta es la más frecuente en la población general, pero a los servicios clínicos llegan sobre todo los de presentación combinada (Willcutt, 2012). El perfil mayoritario es el que menos se deriva.

Una cohorte sueca con registros clínicos lo mide desde el otro lado: entre quienes reciben diagnóstico, chicas y chicos muestran una gravedad similar, pero en las chicas la hiperactividad-impulsividad y los problemas de conducta predicen el diagnóstico y la prescripción con más fuerza que en los chicos (Mowlem y otros, 2019). Su conclusión resume el epígrafe: «Females with ADHD may be more easily missed in the ADHD diagnostic process and less likely to be prescribed medication unless they have prominent externalising problems». Para entrar en el circuito, a una niña le hace falta molestar más.

2.4.2. Quién se detecta pronto

Se detecta pronto el que encaja en la lista. Los nueve ítems de hiperactividad-impulsividad del DSM-5-TR describen a alguien que se ve desde la puerta: se levanta, interrumpe, contesta antes de tiempo. Produce cada día conductas que dos adultos contarían igual, que es justo lo que pide el registro del epígrafe 1.3: el formato que hace defendible tu observación hace más visible a quien se mueve.

Y se detecta pronto el pequeño de la clase: el efecto de la edad relativa se trató en el epígrafe 1.2 y aquí solo se recuerda como parte del mismo filtro. Detectar pronto el perfil combinado no es un error; el error es creer que la lista describe el trastorno entero.

2.4.3. Quién se detecta tarde: la que compensa

El perfil predominantemente inatento no da conductas que se cuenten desde la puerta. Da trabajo sin terminar, material olvidado, minutos perdidos antes de empezar. En Primaria eso se compensa con esfuerzo, con una familia que revisa la agenda y con una carga que aún cabe. La compensación se rompe cuando la carga la supera: ocho profesores, ocho formatos de entrega y deberes que ya no se sostienen desde casa. Por eso el perfil inatento suele aparecer en Secundaria, como bajada de notas y no como conducta.

Muy a menudo es alumna. La revisión de Quinn y Madhoo (2014), sobre 41 artículos, lo formula así: existe «a low index of clinical suspicion» hacia las niñas, su presentación se considera «subthreshold» porque la inatención pesa más que la hiperactividad, pueden desarrollar mejores estrategias que los niños para enmascarar los síntomas, y la ansiedad y la depresión, frecuentes en ellas, «can lead to missed or misdiagnosis».

CASO DE AULA · 3.º DE ESO, MATEMÁTICAS

Lucía tiene un expediente limpio y un boletín de Primaria con la misma frase seis veces: «podría rendir más». En segundo aprobó con notas justas; en tercero suspende Matemáticas, Física y Química e Inglés en la primera evaluación. No interrumpe, no se levanta y pide perdón cuando no trae el material. La profesora de Matemáticas registra tres semanas: tarda entre siete y doce minutos en empezar cada ficha, entrega terminadas 2 de 9 y en los tres exámenes deja en blanco las últimas preguntas. La demanda a orientación lleva esos números y ninguna palabra sobre lo que Lucía «es». Nadie había escrito nada antes.

La guía NG87 de NICE (2018, actualizada en 2019) lo recoge en su recomendación 1.2.2: «ADHD is thought to be under-recognised in girls and women», que son «less likely to be referred for assessment», «more likely to have undiagnosed ADHD» y «more likely to receive an incorrect diagnosis of another mental health or neurodevelopmental condition». El problema no es solo que no se detecte: es que se detecte otra cosa.

2.4.4. El tamaño del filtro, en cifras

La distancia entre población y consulta se mide comparando proporciones por sexo. En una muestra de 9.380 personas de siete a veintinueve años, la proporción niños/niñas fue de 2,28 a 1 (Ramtekkar y otros, 2010), y los autores concluyen: «Lower male:female ratios than reported in some clinic-based studies suggest that females are underdiagnosed in the community». Quinn y Madhoo (2014) ponen el intervalo: entre 2 y 9 niños por niña en muestras clínicas, frente a entre 2 y 3 en muestras epidemiológicas.

El dato español más duro no es de diagnóstico sino de tratamiento. En un departamento de salud valenciano, en 2013, recibía medicación el 2,70 % de los niños y el 0,71 % de las niñas de seis a doce años (Librero y otros, 2015); en Castilla y León, entre 2010 y 2019, el 2,69 % de los niños y el 0,81 % de las niñas menores de diecinueve años (Prieto Antolín y otros, 2022). Dividiendo esas cifras publicadas —cálculo propio— salen 3,8 y 3,3 niños medicados por cada niña: más de tres, en dos territorios distintos, frente a 2,28 en la población.

El tamaño del filtro: niños y niñas antes y después de la derivación

	Antes del filtro: población general	Después del filtro: muestras clínicas	Después del filtro: tratamiento en España
Niños por cada niña	2,28 a 1 (entre 2 y 3 a 1 en estudios epidemiológicos)	Entre 2 y 9 a 1	3,8 a 1 (Valencia, 2013) y 3,3 a 1 (Castilla y León, 2010-2019)
De dónde sale la cifra	9.380 personas de 7 a 29 años, sin pasar por consulta	Quien llega a consulta; revisión de 41 artículos	Registros de prescripción: 2,70 % y 0,71 %; 2,69 % y 0,81 %
Presentación que predomina	Inatenta: la más frecuente	Combinada: la que más se deriva	—
Qué hace falta para contar	Nada: se pregunta a todos	Que alguien haya visto motivo para derivar	Diagnóstico clínico y prescripción
Lo que dicen los autores	«Females are underdiagnosed in the community»	«A low index of clinical suspicion» hacia las niñas	Datos locales y regionales, no nacionales

Fuente: elaboración propia a partir de Ramtekkar y otros (2010), Quinn y Madhoo (2014), Willcutt (2012), Librero y otros (2015) y Prieto Antolín y otros (2022). Las proporciones de tratamiento son cálculo propio sobre las cifras publicadas.

FIGURA 2.4

Las cifras no dicen que haya que derivar a más niñas para cuadrar una proporción. Dicen que, si en tu centro las demandas por inatención son casi todas de niños, lo más probable no es que las niñas no tengan nada, sino que nadie las ha mirado con el mismo registro.

2.4.5. Quién no se detecta nunca: «podría dar más» y nada escrito

El tercer grupo tiene la peor salida: quien llega a Bachillerato o a un ciclo con un historial de «podría dar más» y sin que nadie haya escrito jamás una conducta contable. El criterio B del DSM-5-TR exige varios síntomas presentes «before age 12 years» (American Psychiatric Association, 2022), de modo que quien evalúe a un alumno de diecisiete años necesita reconstruir lo que pasaba a los nueve. Si en Primaria nadie registró nada, se reconstruye de memoria. Tu registro no decide un diagnóstico; sin él, quien tiene que decidir trabaja a ciegas. Lo que te corresponde en Bachillerato es lo mismo que en Primaria: registrar ahora lo observable y buscar en el expediente qué escribió alguien antes, porque un boletín de cuarto con «no termina» fechado vale más que cualquier recuerdo. Cómo se convierte eso en demanda es del epígrafe 1.5.

2.4.6. Un nombre que circula y no es un diagnóstico

Te vas a encontrar en algún informe o en alguna web la expresión «síndrome de desconexión cognitiva», y en textos anteriores, «tempo cognitivo lento». En 2023 un grupo de trabajo internacional acordó sustituir el segundo término por el primero; el mismo grupo deja abierto si el constructo es «a transdiagnostic factor, separate disorder, diagnostic specifier» y pide más investigación antes de cualquier clasificación (Becker y otros, 2023).

Lo que no es está claro: no figura en el DSM-5-TR, cuyo cuadro de cambios del capítulo de TDAH no incorpora ningún especificador ni categoría con ese nombre, ni en la CIE-11, que codifica el TDAH en la categoría 6A05 sin ninguna entidad con ese nombre. Es un constructo de investigación, no un diagnóstico.

ATENCIÓN · AFINAR EL DIAGNÓSTICO QUE NO TE TOCA

Cambiar «tiene TDAH» por «es inatenta» o «tiene desconexión cognitiva» no afina nada: se ha vuelto a diagnosticar con otro vocabulario. «Lenta», «ensimismada» y «desconectada» se traducen igual que «molesta»: tarda nueve minutos en empezar, entrega 2 de 9, deja en blanco desde la pregunta seis. Eso entra en orientación; lo otro vuelve.

Aplicación práctica

1. **Revisa tu propio filtro de derivación.** Haz la lista de los alumnos por los que has trasladado una preocupación a orientación en los dos últimos cursos: **lo haces solo**, y el documento no sale del centro. Junto a cada nombre, anota si te llevó a hacerlo una conducta que molestaba o trabajo sin terminar, y cuenta cuántas alumnas hay. Debajo, en tres líneas, qué dice eso de tu forma de mirar. Guárdalo como [mi-filtro-de-derivacion.md](#). **Una hora.**
2. **Busca a quien no te da motivos para mirarlo.** En tu grupo actual, elige a los tres alumnos que nunca interrumpen y nunca terminan, y durante una semana anota para cada uno los minutos que tarda en empezar y cuántas fichas entrega completas: **lo haces solo**, con el recuento del epígrafe 1.3. Compara con dos compañeros elegidos al azar. Guárdalo como [los-que-no-interrumpen.md](#). **Una hora y cuarto.**
3. **Traduce las etiquetas del expediente.** Abre los boletines y observaciones de cursos anteriores de esos tres alumnos y copia las frases del tipo «podría dar más», «se distrae», «es lenta»: **lo haces solo**. Reescribe cada una como conducta contable y marca cuáles no se dejan reescribir porque no llevan ningún dato. Guárdalo como [etiquetas-del-expediente-traducidas.md](#). **Cuarenta y cinco minutos.**

2.5. Eficacia de las intervenciones en el aula según la fuente de medida



Qué funciona de verdad en el aula, según quién lo mide.

Una madre llega con un folleto de neurofeedback, un compañero jura que a su sobrino le cambió la vida quitarle los colorantes y la orientadora te pregunta por «una app de entrenamiento de la atención». Todos citan un estudio, y los estudios no dicen lo mismo según quién mire al niño. Lo que sigue es cómo se comprueba eso antes de comprar nada —incluso en la fuente que sostiene este curso.

2.5.1. Lo que dicen los ensayos escolares

El metaanálisis de ensayos escolares aleatorizados más reciente (Yegencik, Bell y Deniz, 2025) reúne 22 ensayos y 1.962 participantes. Las intervenciones aplicadas en el centro mejoran los síntomas globales ($d = -0,28$), la inatención ($d = -0,33$), el rendimiento académico ($d = 0,37$) y las habilidades sociales ($d = 0,28$), y reducen los problemas externalizantes ($d = -0,32$); no mueven la hiperactividad ni la impulsividad ($d = -0,09$; $p = 0,22$). Efectos pequeños, coincidentes con los de DuPaul, Eckert y Vilardo (2012) en diseños entre grupos: 0,18 en conducta y 0,43 en académicos.

La clasificación de la Society of Clinical Child and Adolescent Psychology (SCCAP), que remite a Evans, Owens y Bunford (2014), sitúa en el nivel más alto las intervenciones conductuales y el entrenamiento en organización: el material del bloque 3.

2.5.2. Por qué eso no es una mala noticia

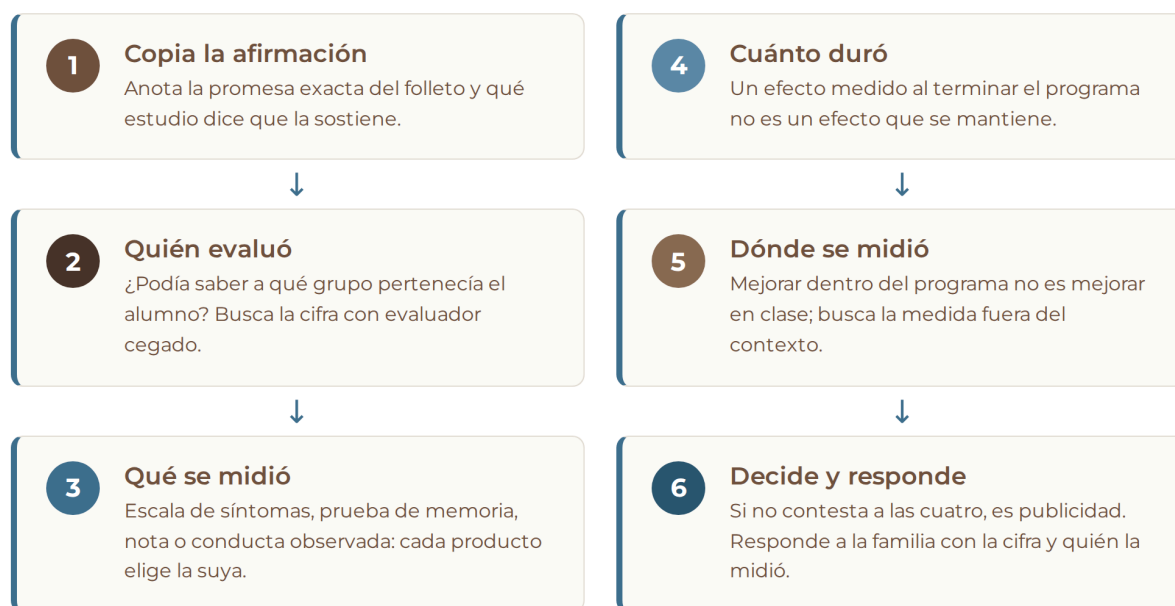
Un efecto pequeño no es inútil: se nota en un trimestre, no en una semana, y solo si se mide. Y la cifra dice dónde apuntar. Las adaptaciones de aula mueven la atención, el trabajo terminado, la conducta observada y el rendimiento; no la hiperactividad. Por eso el bloque 3 no promete que deje de levantarse: enseña a canalizar el movimiento (epígrafe 3.1) y a conseguir que empiece y termine (epígrafe 3.2). Y no esperan a un informe: dependen de ti.

2.5.3. El filtro: cuatro preguntas antes de creer una cifra

El filtro nace de una revisión del European ADHD Guidelines Group (Sonuga-Barke y otros, 2013) sobre 54 ensayos aleatorizados de tratamientos dietéticos y psicológicos. Con el evaluador más cercano al tratamiento, todo funcionaba: entre 0,21 y 0,48 los dietéticos y entre 0,40 y 0,64 los psicológicos. Con el mejor evaluador probablemente cegado —que no sabía qué había recibido el niño—, los efectos dejaron de ser significativos, salvo la suplementación con ácidos grasos (0,16) y la exclusión de colorantes (0,42). Lo que cambió no fue el niño; fue quién lo miraba.

De ahí las cuatro preguntas. Primera: quién evaluó y si podía saber a qué grupo pertenecía el alumno. Segunda: qué se midió —una escala, una prueba de memoria, una nota, la conducta observada—, porque cada producto elige la medida que le favorece. Tercera: cuánto duró el efecto. Cuarta: si se midió fuera del contexto donde se entrenó, porque mejorar en el programa no es mejorar en clase. La promesa que no contesta a las cuatro no es evidencia; es publicidad.

El filtro para leer una promesa antes de comprarla



Fuente: elaboración propia a partir de Sonuga-Barke y otros (2013), Westwood y otros (2023 y 2025) y Nigg y otros (2012).

FIGURA 2.5

2.5.4. El filtro aplicado a las tres intervenciones que te van a ofrecer

Neurofeedback. Westwood y otros (2025), con 38 ensayos aleatorizados y 2.472 participantes, no encuentran mejora significativa de los síntomas totales con evaluador probablemente cegado: 0,04 de diferencia de medias estandarizada (-0,10 a 0,18). En los nueve ensayos de protocolos estándar aparece un efecto pequeño (0,21; 0,02 a 0,40), y otro en velocidad de procesamiento (0,35). Los autores concluyen: «neurofeedback did not appear to meaningfully benefit individuals with ADHD, clinically or neuropsychologically, at the group level». La SCCAP lo sitúa en el nivel «might work».

Entrenamiento cognitivo por ordenador. Westwood y otros (2023), con 36 ensayos y 2.234 participantes, encuentran que mejora lo que entrena: memoria de trabajo verbal (0,38) y visoespacial (0,49). Con evaluador cegado no hay efecto sobre los síntomas totales ni sobre la hiperactividad, y sí una mejora pequeña en inatención (0,17; 0,02 a 0,31). Ni en lectura ni en aritmética: el efecto no sale del programa, y esa es la cuarta pregunta. Los autores concluyen que no hay «empirical support for the use of CCT as a stand-alone intervention for ADHD symptoms».

ATENCIÓN · LA CIFRA QUE EL VENDEDOR CONOCE Y TÚ NO

Quien vende neurofeedback sabe que hay un 0,21 con protocolos estándar; quien vende un programa de atención, un 0,17 en inatención. Si solo dices «no funciona», te sacan la cifra y pierdes la conversación. Dale tú antes: pequeña, de subgrupo o no transferida al aula, y los propios autores no la consideran suficiente.

Exclusión de colorantes. Aquí la etiqueta existe.

El Reglamento (CE) n.º 1333/2008, de 16 de diciembre de 2008, sobre aditivos alimentarios, dispone en su artículo 24 que el etiquetado de los alimentos con los seis colorantes de su anexo V —E 102, E 104, E 110, E 122, E 124 y E 129— incluya esta advertencia: «puede tener efectos negativos sobre la actividad y la atención de los niños». Norma de la Unión Europea, directamente aplicable en España y en vigor al cierre de esta edición.

La advertencia nace del ensayo de Southampton (McCann y otros, 2007), y lo que los metaanálisis encuentran después depende de quién evalúa. En Nigg, Lewis, Edinger y Falk (2012), retirar colorantes da 0,18 según los padres y 0,07, no significativo, según profesores u observadores. En Sonuga-Barke y otros (2013) la exclusión de colorantes mantiene el efecto con evaluador cegado, 0,42, pero «often in individuals selected for food sensitivities»: seleccionados por sensibilidad alimentaria, no cualquier niño con TDAH. Por eso la guía NG87 de NICE (2018, actualizada en 2019), recomendación 1.6.2, dice: «Do not advise elimination of artificial colouring and additives from the diet as a generally applicable treatment for children and young people with ADHD». Ni la etiqueta miente ni el compañero: el efecto es pequeño o de subgrupo, y no es un tratamiento general.

Conviene separar el azúcar de los colorantes, porque en la conversación van juntos y la evidencia no. El metaanálisis de ensayos con placebo de Wolraich, Wilson y White (1995), 23 diseños intrasujeto, no encuentra efecto del azúcar sobre la conducta ni sobre el rendimiento cognitivo: los tamaños del efecto en catorce constructos quedan entre -0,14 y +0,30 y ninguno alcanza significación. Los autores apuntan a la expectativa de los padres para explicar lo que se ve en casa. Con los colorantes hay etiqueta europea y un efecto pequeño o de subgrupo; con el azúcar, ni una cosa ni la otra.

2.5.5. El filtro aplicado a la fuente de este curso

Sería deshonesto no pasar el filtro a lo que sostiene el apartado 2.5.1. El metaanálisis de Yegencik, Bell y Deniz (2025) buscó los ensayos «in three journals», no en bases de datos; sus autores advierten de heterogeneidad alta y de posible sesgo del informante; y no separa evaluadores cegados de no cegados, la primera pregunta. En Sonuga-Barke y otros (2013) las conductuales también se atenuaron a no significativas con evaluador cegado sobre los síntomas nucleares.

Lo que queda en pie es más modesto y más útil: las intervenciones de aula mueven lo que se ve en el aula —trabajo terminado, conducta observada, rendimiento— y no los síntomas que mide una escala clínica. Los datos de la tarjeta diaria son del epígrafe 3.3; cómo mides tú, con línea base y sin fiarte de tu impresión, del epígrafe 4.2: tú también eres un evaluador no cegado de tu propio plan.

2.5.6. Cómo se responde a la familia sin desautorizar a nadie

No diagnosticas, no prescribes y no desaconsejas: vale para la medicación (epígrafe 4.4) y para el neurofeedback. Lo que sí puedes es responder con la cifra y con quién la midió. A la madre: «los ensayos con evaluador cegado no encuentran mejora de los síntomas; es decisión vuestra, y en el aula seguimos con lo que sí tiene datos». Al compañero: «según los padres hay un efecto pequeño, según los profesores no, y ninguna guía lo recomienda como tratamiento general». A la orientadora: «mejora la memoria de trabajo dentro del programa y no se transfiere a lectura ni cálculo». Tres frases, tres fuentes, ninguna opinión. Los neuromitos, en general, son del curso 17.

Aplicación práctica

1. **Pasa el filtro a una promesa real.** Localiza la web o el folleto de un producto para el TDAH —neurofeedback, una aplicación, una dieta— y copia su afirmación más fuerte: **lo trabajas con material público**. Contesta por escrito las cuatro preguntas del apartado 2.5.3 con lo que el

material dice y lo que calla, y anota qué cifra de este epígrafe le corresponde. Guárdalo como **filtro-de-promesa.md**. Una hora y media.

2. **Escribe tus tres respuestas.** Para cada intervención del apartado 2.5.4, redacta media página con lo que conserva y lo que no cuando el evaluador está cegado, con autor y año, y sin una frase que aconseje o desaconseje hacerlo: **lo haces solo**. Guárdalo como **respuestas-tres-intervenciones.md**. Una hora y media.
3. **Pasa el filtro a tu propio plan.** Toma dos o tres medidas de aula que aplicas o piensas aplicar con el alumno del registro del epígrafe 1.3 y contesta para cada una quién evaluará si funciona, qué se medirá, cuánto tiempo y en qué contexto: **lo haces solo**. Donde la respuesta sea «yo, a ojo, a final de curso», escribe qué dato recogerías en su lugar. Guárdalo como **filtro-sobre-mi-plan.md**. Una hora y media.