



**Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Educación**

El TDAH en la Edad Escolar: Programa de
Intervención en el Aula para alumnos con TDAH Y
Orientaciones para las Familias y Docentes.

Trabajo fin de grado presentado por:

Virginia Garrido Pulido

Titulación:

Máster en Neuropsicología y Educación

Línea de investigación:

Hiperactividad y trastorno del desarrollo

Director/a:

Ana M^a Aguirre Ocaña

Ciudad: Jaén

[25/10/2012]

Firmado por: Virginia Garrido Pulido

CATEGORÍA TESAURO: Métodos de Enseñanza

RESUMEN: La hiperactividad infantil es un trastorno de la conducta. Los niños/as hiperactivos son capaces de desarrollar una fuerte actividad motora, de tal forma que no paran de moverse y es difícil mantenerlos quietos. Los pequeños empiezan a padecer este trastorno desde una edad muy temprana, por ello, es uno de los objetivos de este trabajo conocer los síntomas de este trastorno para una detección precoz.

En el presente trabajo, tratamos de analizar un trastorno tan presente en nuestros días como es “El Trastorno por Déficit de Atención e hiperactividad (TDAH)”. Señalaremos las principales características que nos permiten distinguir si estamos ante la presencia de un niño/a con este trastorno, sobre los distintos momentos evolutivos y epidemiología, analizaremos las posibles causas que originan el problema, la evaluación que podemos realizar tanto por parte de docentes como de las familias, tratamientos y técnicas a seguir. Posteriormente presentamos un estudio empírico con una pequeña muestra para determinar diferencias y realizaremos una propuesta práctica de intervención en el aula con niños con TDAH.

PALABRAS CLAVE: TDAH, atención, síntomas, características, familia, escuela.

ABSTRACT: Child Hyperactivity is a behavioral disorder. Hyperactive children are able to develop a strong motor activity, so that they keep moving and are difficult to keep still. Small start this disorder from an early age, therefore, is one of the objectives of this study to know the symptoms of this disorder for early detection.

In this paper, we try to analyze a disorder as present today as "Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)." We will point out the key features that allow us to distinguish whether we are in the presence of a child with this disorder, on various evolutionary stages and epidemiology, analyze the possible causes of the problem, we can perform the evaluation by both teachers and families, treatments and techniques to follow. We then present an empirical study with a small sample to determine differences and will make a practical proposal for intervention in the classroom with children with ADHD.

“Toda dificultad eludida se convertirá más tarde en un fantasma que perturbará nuestro reposo” Frédéric Chopin (1810- 1849)

ÍNDICE	Pág.
RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	2
.	
1.- INTRODUCCIÓN	
1.1.- Justificación de la investigación y justificación educativa.....	7
1.2.- Problema que plantea	7
1.3. Estructura del Trabajo.....	8
1.4.- Objetivos.....	9
1.4.1.- Objetivo generales.....	9
1.4.2.- Objetivos específicos.....	9
2.- MARCO TEÓRICO Y FUENTES DOCUMENTALES	
2.1. El TDAH.....	9
2.1.1. La evolución histórica del concepto.....	12
2.1.2. Criterios diagnósticos del TDAH.....	15
2.1.3. Aspectos conductuales dependiendo del subtipo del TDAH.....	15
2.1.4. Etiología del TDAH.....	21
2.1.5. Diagnóstico y Evaluación del TDAH.....	24
2.1.6 Comorbilidad.....	26
2.1.7. TDAH relacionado con posibles problemas de Aprendizaje.....	27
2.1.8. Terapia multidisciplinar del TDAH.....	32
2.2. Fundamentación Neuropsicológica del TDAH.....	34
2.2.1. Funciones Ejecutivas.....	35
2.2.2. Déficit de Memoria.....	37

2.3. Atención a la Diversidad en Escuelas Normales.....	37
2.3.1. Aspectos normativos.....	39
2.3.2. Necesidades Educativas Especiales.....	40
2.4. Orientaciones, pautas y propuestas a las Familias y los Docentes de niños con TDAH...40	
2.4.1. Bases previas.....	40
2.4.2. Orientaciones, pautas y propuestas de mejora en el Entorno Escolar.....	41
2.4.2.1. Cómo detectar el TDAH en el aula.....	41
2.4.2.2. Pautas para mejorar el comportamiento en el aula.....	41
2.4.2.3. La importancia de mantener una Rutina Diaria en el Aula.....	42
2.4.2.4. Niños con baja autoestima en el Aula y cómo mejorarla.....	44
2.4.2.5. El papel del Docente.....	45
2.4.2.6. Programas para docentes.....	46
2.4.2.7. Papel del Centro Educativo.....	47
2.4.3. Orientaciones, pautas y propuestas para Familias con niños con TDAH.....	47
2.4.3.1. Familia y TDAH.....	47
2.4.3.2. Pautas y Familia.....	49
2.4.3.3. Técnicas de modificación de Conducta.....	50

3.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.- Estructura y Diseño de la investigación.....	52
3.2.- Estructura del proceso.....	53

3.3.- Población y Muestra.....	53
3.4.- Instrumentos de evaluación.....	58
3.5.- Procedimientos.....	59
4.- MARCO PRÁCTICO DE LA INVESTIGACIÓN	
4.1.- Estudio cualitativo.....	59
4.1.1.- Protocolo y fase de contacto con el Centro.....	59
4.1.2.- Aplicación de los instrumentos y recogida de datos.....	60
4.1.3.- Análisis e interpretación de resultados.....	62
4.2. – Propuesta de intervención en niños con TDAH , en el aula.....	64
5.- CONCLUSIONES.....	72
6.- REFLEXIONES, LIMITACIONES Y PROSPECTIVAS.....	73
7.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
8. – BIBLIOGRAFÍA.....	76
9. -ANEXOS.....	76
ANEXO 1.....	78
ANEXO 2.....	79
ANEXO 3.....	82
ANEXO 4.....	83
ANEXO 5.....	84
ANEXO 6.....	85
ANEXO 7.....	87

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. Justificación del tema del TFM personal y finalidad educativa:

El interés principal de esta investigación viene dado por una serie de dificultades y preguntas que me surgen en el aula al encontrarme con un niño de 4 años con las características propias de un alumno con TDAH. En mi primera experiencia en el aula como tutora, tuve en mi grupo un niño de 4 años con un caso muy difícil, posiblemente con el trastorno TDAH. Ante la incapacidad que tenía, sobretodo al principio, de atender a este niño como es debido y darle la respuesta educativa adecuada, con todo lo que ello conllevaba para el alumno, los compañeros del aula y la familia de éste, decidimos realizar esta línea de investigación para conocer todo lo posible acerca del TDAH en los niños en la Edad Escolar y poder proporcionar orientaciones a las familias, profesores y alumnos para la vida práctica.

El interés científico y social del presente trabajo tiene su base en la necesidad de que los principales ámbitos de socialización del niño como son familia y escuela, conozcan más acerca del trastorno del TDAH e ir un poco más lejos creando un Programa de Intervención en el Aula para niños/as con TDAH.

La finalidad educativa no es otra, que poder atender adecuadamente a niños y niñas que sufran este trastorno tanto dentro del aula, como en el ámbito familiar, para poder mejorar su calidad y también de las personas que están a su alrededor.

1.2. Problema que se plantea.

El Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad es una de las patologías neuroconductuales más comunes en la infancia que está de plena actualidad, como se puede observar por el número creciente de artículos publicados en los últimos años sobre este trastorno (como por ejemplo los numerosos artículos y colaboraciones publicadas por la Doctora Isabel Orjales Villar como “Estrategias para la mejora de la conducta y el rendimiento académico escolar del niño con TDAH en el aula”, entre otros). Probablemente se deba a varios motivos: El primero de todos, a su gran impacto a nivel social; después, su impacto a nivel académico y finalmente la gran controversia que aún lo rodea entre los diversos profesionales, tanto en el campo del diagnóstico como en el del tratamiento.

El diagnóstico del niño hiperactivo es una tarea complicada, ya que se sigue investigando acerca de las pruebas o técnicas que puedan confirmar, de una manera precisa y evidente, este tipo de trastorno en sus diferentes grados y dimensiones. Hasta la fecha, el diagnóstico se realiza sobre todo mediante los profesionales de la Psicología clínica o a través de neurólogos u otros profesionales con la experiencia profesional. En todos los casos, es conveniente la prudencia a la hora del diagnóstico y evitar generalizar el término de hiperactivo para clasificar de esta forma a cualquier niño que muestra inquietud y provoca desorden en el ambiente de las aulas escolares.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno que aparece a muy temprana edad y que consiste en alteraciones en el Sistema Nervioso Central y que se manifiesta en tres áreas fundamentales: inatención, impulsividad y exceso de actividad. Además suelen presentarse otros problemas asociados a estas dificultades como pueden ser: problemas de conducta, bajo rendimiento escolar y problemas de aprendizaje, problemas de relación con sus compañeros, síntomas emocionales como ansiedad, baja autoestima...

El problema de investigación se centra por un lado en la creación de dos instrumentos, una guía práctica con orientaciones y pautas para las familias y docentes con niños/as en edad escolar que padezcan el TDAH y un Programa de Intervención en el Aula para niños y niñas con TDAH. Por otro lado hemos realizado algunas pruebas encaminadas a diagnosticar el TDAH en niños en edad escolar y queremos señalar que hoy en día existe mucho desconocimiento entre el profesorado y las familias y en muchas ocasiones podemos encontrarnos alumnos en las aulas a los que no se les ha aplicado ninguna prueba y presentan síntomas más que evidentes de padecer este trastorno.

1.3. Estructura del trabajo.

Una vez hecha la justificación y argumentada la necesidad de este trabajo, se abordan los objetivos y el Marco Teórico. He dividido el trabajo en cuatro “partes”, tratando la primera de ellas sobre el trastorno del TDAH, donde hablaremos acerca de sus características, evolución histórica del concepto, subtipos, prevalencia, comorbilidad, etiología, relación con las funciones ejecutivas, problemas de aprendizaje y tratamiento.

En la segunda parte se describen la importancia que tienen la familia y la escuela como instituciones sociales para el niño y algunas pautas, orientaciones y recomendaciones prácticas para tratar con niños/as que padecen TDAH.

Y en la tercera parte se trata de realizar una Propuesta de Intervención en el Aula para niños/as con TDAH.

La parte empírica del proyecto de investigación, trata de aplicar las pruebas que hemos visto a lo largo del máster a alumnos en edad escolar con riesgo de padecer TDAH.

1.4. Objetivos.

1.4.1. Objetivos generales.

- Analizar el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños y niñas de Educación Infantil y Primaria.
- Proporcionar pautas y orientaciones a las familias y docentes que convivan con niños y niñas con este trastorno.

1.4.2. Objetivos específicos.

- Obtener unas bases teóricas del TDAH en niños/as en edad escolar.
- Estudiar la importancia de diagnosticar el TDAH desde una edad temprana como es la etapa de Educación Infantil.
- Demostrar que la detección e intervención precoz de los niños y niñas con TDAH mejora el rendimiento escolar y evita problemas futuros.
- Establecer una serie de pautas y orientaciones que los especialistas en Educación deben conocer para dar respuesta educativa a estos alumnos.
- Estudiar casos en los que estos alumnos o alumnas sufran riesgo de padecer TDAH y aun no estén diagnosticados.
- Sensibilizar a los centros docentes de la importancia de adaptarse a las necesidades de los alumnos con TDAH.

2. MARCO TEÓRICO Y FUENTES DOCUMENTALES.

2.1. El TDAH.

En este apartado vamos a tratar el concepto del TDAH abarcando todos los aspectos que nos van hacer conocer el trastorno en profundidad y que es imprescindible para el Trabajo de

Investigación. Trataremos de conocer a quien afecta este trastorno, con qué probabilidad, cuales son las causas, los síntomas, cómo ha evolucionado el concepto a lo largo de los años, que tratamientos son los más eficaces, que otros trastornos comórbidos puede llevar consigo el TDAH, conocer cuáles son los criterios para diagnosticarlo y evaluarlo, posibles problemas de aprendizaje que pueden sufrir estos niños y niñas. En el siguiente apartado nos centraremos de forma más concreta en el papel que tiene la Neuropsicología en el TDAH.

El TDAH, en principio es una enfermedad que afecta a niños en edad escolar, a partir de los seis años, aunque numerosos estudios indican que se está diagnosticando en menores de cuatro años (Revista Psicothema, 2006). El(DSM-IV-RV, 2002) de la APA describe el TDAH como un trastorno que afecta a la capacidad del niño/a para regular su nivel de actividad, inhibir o frenar sus pensamientos y comportamientos y prestar atención a las acciones que realizan. Según el DSM-IV-RV (2002) la prevalencia del trastorno se sitúa entre el 3 y el 7% aunque es difícil definirla con exactitud debido a los diferentes sistemas y criterios de diagnóstico. Valorando la influencia ambiental o familiar, los estudios demuestran que la prevalencia de este trastorno en familias con padres separados es de 2-3 veces mayor. Del mismo modo encontramos una frecuencia claramente mayor en niños adoptados. Estos datos indican la intensificación sintomática en pacientes predispuestos debido a una situación ambiental desfavorable. Con respecto al sexo, la hiperactividad se da más en niños que en niñas. Los estudios reflejan una relación de 1:2 a 1:6 (niñas: niños). Esta diferencia es más marcada en el tipo impulsivo-hiperactivo (1:4) que en el disatencional (1:2). Esta diferencia parece aumentar en adolescentes y adultos.

El grupo de niños que tienen este Trastorno es muy heterogéneo. Pero, en todos los casos, nos encontramos ante un problema realmente serio para el niño que lo sufre y para las personas clave de su entorno, sobre todo familia y profesorado, por las implicaciones que conlleva en el funcionamiento cognitivo y social del sujeto y por su naturaleza fundamentalmente crónica.

Recordando la definición dada en el apartado anterior, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es una de las patologías neuroconductuales más comunes en la infancia caracterizada por un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad; y, según *el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, este patrón, debe durar más de seis meses y ser más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de la misma edad y de un nivel de desarrollo similar, afectando de forma considerable el desarrollo de la vida diaria de éste. Los síntomas del TDAH suelen ser estables, pero pueden variar entre el hogar y el colegio en función de lo estructurado de la situación, la presencia de otras personas y la intensidad de la tarea. Las manifestaciones clínicas del trastorno varían en función de la etapa evolutiva en que se encuentre el niño. Esto es, mientras que en los alumnos de infantil y primaria se aprecia tanto la inquietud motora como los déficits atencionales, en la adolescencia se observa una reducción de la inquietud motora y la persistencia del déficit atencional. Este mismo patrón se observa también en

la vida adulta cuyos síntomas pueden perdurar en un porcentaje que varía entre un 40% y 60% de los casos (Brown, 2003).

En cuanto al diagnóstico, debe realizarse cuidadosamente, y debe ir acompañado de entrevistas abiertas y cerradas con padres y maestros, en su valoración son muy útiles los cuestionarios y escalas. Es preciso realizar una completa exploración física que incluya la exploración sensorial y la exploración neurológica. A nivel psiquiátrico debe realizarse una entrevista personal con el niño valorando la hiperactividad, el control de impulsos, el autoconcepto, la autoestima, las conductas negativistas y desafiantes... Los estudios genéticos, de neuroimagen y neurofuncionales se deben realizar en casos concretos. Las exploraciones psicodiagnósticas y psicopedagógicas, deben siempre acompañar el estudio de un niño con TDAH, la exploración psicodiagnóstica debe incluir estudios neurocognitivos (valorando atención sostenida, memoria de trabajo y control ejecutivo) y psicopatológicos. Finalmente la exploración psicopedagógica debe identificar el nivel académico y el conocimiento de las técnicas instrumentales escolares. (Interpsiquis, Febrero 2009.)

Seguendo a Martínez y Conde (2009), los niños o niñas que presentan este trastorno tienen una serie de manifestaciones comportamentales, cognitivas y emocionales comunes, que paso a desarrollar de forma breve, y más extensa posteriormente, tales como:

Este trastorno tiene **manifestaciones Comportamentales:**

- Tienen dificultades para mantener la atención durante un largo, excepto en actividades que les motiven.
- Se mueven mucho en la silla o se levantan muy a menudo y sin motivo, se gira constantemente para hablar.
- Responden de manera impulsiva, casi sin pensar.
- Se dispersan continuamente.
- Suelen fallar en tareas sencillas.
- Olvidan o pierden el material cada poco tiempo.
- Tienen problemas a la hora de acabar las tareas si no es continuamente supervisado, etc.

Unas **Manifestaciones Cognitivas** como por ejemplo:

- No analizan todas las posibilidades de respuesta antes de contestar.
- Muestran un pensamiento desorganizado.
- Tienen estrategias pobres e impulsivas en tareas de solución de problemas.
- Cometan más errores o trabajan más despacio a partir de varios minutos de prestar atención a una tarea sencilla y monótona.
- Tienen dificultades para manejar y almacenar datos en la memoria, etc.

Y también unas **Manifestaciones Emocionales:**

- No toleran demasiado bien la frustración.
- Su autoestima suele ser muy baja.
- Presentan dificultades a la hora de controlar las emociones.
- Son niños/as inseguros/as.
- Se cabrean o se niegan a realizar las tareas escolares.
- Presentan muchos miedos, como por ejemplo: tener miedo a hacer el ridículo, tener miedo a la oscuridad, tener miedo a quedarse solo.
- Suelen presentar sentimientos con ansiedad y depresión.
- Tienen muchos problemas para hacer amigos o integrarse en un grupo de iguales.

2.1.1. Evolución histórica del concepto del TDAH.

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) es un trastorno neurobiológico complejo, los primeros estudios aparecen en la primera mitad del siglo XX, pero es a partir del año 1950 cuando en la literatura científica se reconoce a estos pacientes con el nombre de “disfunción cerebral mínima”, concepto que será posteriormente modificado a partir los años 60 con el nombre de “hiperactividad”, siendo en la actualidad llamado “trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad”, en las clasificaciones DSM a partir de los años 70.

Las directrices en el estudio del TDAH reflejan la misma tendencia que han seguido otros problemas infantiles, tales como las dificultades en el aprendizaje. Inicialmente se partió de un enfoque médico, apareciendo posteriormente aproximaciones conductuales y cognitivas que han enriquecido sin duda la comprensión de este heterogéneo problema. Fue la dificultad para comprobar la existencia de un daño neurológico como factor causal de la hiperactividad y su ocurrencia en todos los casos la que provocó un cambio en la consideración del trastorno, de manera que a partir de los años 60, se intentó buscar una definición de carácter más funcional y que hiciera un mayor hincapié en los aspectos comportamentales del problema. Finalmente, hacia los años ochenta, perdió importancia la caracterización neurológica del trastorno y se ha hecho más hincapié sobre sus dimensiones cognitivas, tales como la impulsividad y las deficiencias atencionales.

Aunque los primeros datos sobre niños hiperactivos aparecieron hacia la segunda mitad del siglo XIX, fue el médico inglés G. F. Still (1902) quien describió sistemáticamente las características del síndrome (citado en Barkley, 1982), empleando el término de “hipercinesia”.

- Demoor (1901) estudia unos niños muy lábiles comportamentalmente, que necesitan moverse continuamente y que mostraban también un claro déficit de atención.
- Pero no fue hasta 1902, cuando el médico inglés Still(1902) comienza a describir de una forma más operativa las características de estos niños. Describió a 43 niños que se caracterizaban por ser frecuentemente violentos, inquietos y molestos, revoltosos, destructivos, dispersos... y empieza a señalar el fracaso escolar como característica asociada y la no presencia de déficit intelectual. Still creyó que estos niños presentaban un importante “déficit en el control moral de su conducta”, que era prácticamente crónico en la mayoría de los casos. Observó asimismo que la incidencia era desproporcionadamente más alta en los varones (3:1), y su opinión sobre las posibilidades de tratamiento fue en extremo pesimista, aconsejando que los niños que experimentaban un problema de este tipo debían de ser institucionalizados a una edad temprana.
- Hohman (1922) y Ebaugh (1923) hallaron síntomas similares a los descritos por Still en niños que habían sufrido un proceso de encefalitis, siendo denominado el síndrome como “trastorno de comportamiento postencefálico”.
- Schilder (1931) señala el sufrimiento perinatal como origen de la hiperkinesia. Esta causa se mantiene la actualidad.
- En la misma línea Kahn y Cohen (1934) describieron unos años después un síndrome “orgánico-cerebral”, caracterizado por un exceso de actividad e irritabilidad y deficiencias en la coordinación motora general, cuya causa podía ser algún tipo de lesión cerebral de carácter leve. Su hipótesis era que los síntomas constituían manifestaciones de una impulsividad orgánica, provocada por un “defecto congénito” en la organización del tallo cerebral para modular el nivel de actividad.
- Posteriormente, Bradley (1937) descubre los efectos terapéuticos de las anfetaminas en los niños hiperactivos. Les administraba medicaciones estimulantes del cerebro (como la encedrina), observándose una notable mejoría de los síntomas.

- La intensiva investigación que Goldstein (1942) desarrolló con soldados que en la segunda guerra mundial habían sufrido algún tipo de trauma cerebral demostró que el daño que afecta a cualquier parte del cerebro produce, a nivel comportamental, síntomas de inquietud, falta de atención y excitabilidad. De ello se infirió que los niños que manifestaban estas mismas conductas sufrían algún tipo de daño o disfunción cerebral.
- Strauss y Lethinen (1947) interpretaron la hiperactividad como un factor ajeno a la genética del individuo. Además de la hiperactividad, estos autores incluían otros síntomas fundamentales como impulsividad, labilidad emocional, perseveración, inatención y dificultades perceptivas.
- Pero es a partir de los años sesenta, cuando la interpretación de la hiperactividad como un trastorno del comportamiento resultante de un daño cerebral se cambia por el término “disfunción cerebral”. En una monografía, promovida por el Departamento Americano de Salud, Educación y Bienestar, Clements (1966) definió la “Disfunción Cerebral Mínima” como un trastorno de conducta y del aprendizaje que experimentan niños con una inteligencia normal y que aparece asociado con disfunciones del sistema nervioso central.
- Werry (1968) definió la hiperactividad como un grado de actividad motora claramente superior a la normal, en comparación con niños de la misma edad, sexo y nivel socioeconómico y cultural similares. El cambio de orientación también se vio reflejado en la terminología “Racción Hiperkinética en la Infancia y en la Adolescencia”, utilizada en el DSM-II de 1968, la primera clasificación diagnóstica que incluía este problema, en el cual se consideró como un fenómeno evolutivo, que se iniciaba a muy temprana edad y que incrementaba en la adolescencia. Se decía que el trastorno se caracterizaba por hiperactividad, inquietud y períodos cortos de atención.
- En los años ochenta, se produce otro nuevo cambio de orientación en el cual se les da más importancia a las dimensiones cognitivas del trastorno. Douglas (1972) argumentó que la deficiencia básica de los niños hiperactivos era su falta de capacidad para saber mantener la atención y controlar su impulsividad. Esta insuficiencia de autorregulación nos explicaba su incapacidad para adaptarse a la sociedad y sus dificultades de integración.
- Esta nueva perspectiva fue determinante para el cambio de enfoque que se recoge en el DSM-III de 1980. La American Psychiatric Association en el DSM-III de 1980 asume la nueva visión del síndrome, denominándolo “Trastorno por Déficit de Atención con

Hiperactividad”, y señalando como criterios diagnósticos inatención, hiperactividad e impulsividad. Otros nuevos requisitos fueron que los síntomas aparezcan antes de los siete años y se mantienen al menos durante seis meses. Además, en el DSM-III se contemplaba otro subtipo de trastorno atencional, el Déficit de Atención sin Hiperactividad, que exigía para su diagnóstico la manifestación de problemas relacionados con deficiencias atencionales e impulsividad, y que no aparecía en el DSM-II.

Después de décadas en las que hubo diferencias entre unas definiciones y otras, se ha producido un acercamiento en la concepción de la hiperactividad que se ve reflejado en los dos sistemas internacionales de clasificación actuales, DSM-IV-TR (2002) y la Clasificación Internacional de Trastornos Mentales en su versión 10^a (ICD-10) (OMS, 1992). Los criterios que se incluyen en el DSM-IV-TR para el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y en la ICD-10 para el diagnóstico del Trastorno Hiperactivo (THC), recogen un listado similar de 18 síntomas. En los dos casos se refieren a conductas de inatención, interpretada como un estilo conductual de cambio frecuente en las actividades, hiperactividad, entendida como exceso de actividad o movimiento en situaciones que requieren calma, e impulsividad, como un estilo de conducta demasiado rápido y precipitado. Coinciden también en la necesidad de que los síntomas persistan durante un tiempo y en al menos dos contextos diferentes.

2.1.2. Criterios diagnósticos según la clasificación DSM-IV y CIE-10.

Las diferencias en los criterios diagnósticos entre el sistema CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y el DSM-IV de la Asociación Americana de Psiquiatría, hacen difícil comparar los resultados de los distintos estudios. Para diagnosticar un trastorno hiperactivo según criterios CIE-10 se requiere que el paciente presente al menos 6 síntomas persistentes de inatención, 3 de hiperactividad y 1 de impulsividad y se presente en más de un ambiente de la vida del niño. Sin embargo, el sistema DSM-IV define el TDAH de una forma más amplia y requiere para el diagnóstico la presencia de 6 síntomas de inatención o 6 de hiperactividad/impulsividad para el tipo inatento o hiperactivo/impulsivo, o síntomas en ambas áreas (seis síntomas de cada grupo) en el tipo combinado. Los síntomas deben estar presentes antes de los 7 años al menos en dos ambientes de la vida del niño y durar al menos 6 meses. El trastorno hiperactivo descrito en la CIE-10 define un síndrome más grave y menos frecuente, ya que precisa de 10 síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, y el DSM-IV un síndrome con tres posibles tipos: hiperactivo/impulsivo (6 síntomas), inatento (6 síntomas) o combinado (12 síntomas). En el

DSM-IV existe la posibilidad, no contemplada en la CIE-10, de que un niño con el tipo inatento pueda no tener ningún síntoma de hiperactividad/impulsividad.

Según el **DSM-IV** los criterios para el diagnóstico del TDAH (ANEXO 1) son:

A. Seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

- Déficit de Atención.

1. No presta atención a los detalles y se descuida, cometiendo errores muy a menudo.
2. Presenta dificultad para mantener la atención en las tareas y los juegos.
3. No parece escuchar lo que se le dice aunque se le hable de forma directa.
4. No es capaz de seguir las instrucciones y no termina las tareas.
5. Presenta dificultades para la organización de sus tareas y sus actividades.
6. Intenta evitar el realizar las tareas que le demanden esfuerzo.
7. Normalmente pierde sus útiles o material escolar, tales como cuadernos, lápices...etc.
8. Se distrae con facilidad ante cualquier cosa.
9. Suele ser olvidadizo en las tareas y en las actividades de su vida diaria.

B. Tienen que presentarse 6 o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad que han seguido persistiendo por lo menos durante 6 meses con una cierta intensidad que es desadaptativa y teniendo incoherencia en relación con el nivel de desarrollo:

- Hiperactividad e impulsividad.

1. Molesta constantemente y no para de moverse al estar sentado.
2. No aguanta mucho tiempo cuando se sienta en clase.
3. Corretea, trepa... en situaciones que no tendría por qué hacerlo.
4. Presenta muchos problemas para poder tener relajación o practicar los juegos donde debe conseguir estar quieto.
5. Está constantemente moviéndose.
6. Habla continuamente.
7. Realiza contestaciones o actúa incluso antes de que se finalicen la formulación de las preguntas.
8. Tiene dificultades para esperar los turnos en los juegos o cuando los demás hablan.
9. Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás.

C. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

D. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela y en casa).

E. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

F. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o a un trastorno de la personalidad).

Sin embargo, si atendemos a la clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales (**CIE – 10**, de 1992) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hiperactividad se enmarca dentro de los Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de comienzo habitual en la Infancia y Adolescencia, dentro de la categoría Trastornos Hiperkinéticos, caracterizados por deficiencias para mantener la atención e hiperactividad motriz, clasificándola en cuatro categorías básicas: Trastorno de la actividad y de la atención; subdividido en Trastorno de Déficit de Atención y Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad; Trastorno Hiperkinético Disocial; Otros trastornos hiperkinéticos; Trastorno hiperkinético sin especificación.

A continuación describo los criterios diagnósticos que están resumidos en el manual **CIE-10**:

- Déficit de atención

1. Comete numerosos errores tanto en las tareas del colegio como en cualquier otra tarea debido a su falta de atención.
2. Es incapaz de prestar atención durante un tiempo prolongado en cualquier actividad que realice.
3. Parece que no escucha, aunque se le esté hablando directamente.
4. Normalmente no suele terminar aquellas actividades que empieza.
5. Presenta mucha dificultad a la hora de organizarse.
6. Suele oponerse a realizar tareas que requieran un esfuerzo mental durante un periodo de tiempo.
7. Normalmente suele perder objetos ya sean de material escolar o de cualquier otra índole.
8. Se distrae en ocasiones que no se espera que lo haga o ante estímulos irrelevantes.
9. A menudo olvida traer el material escolar a clase, los libros, o realizar las tareas previstas para ese día.

10. Esta continuamente moviéndose de un lado para otro y no es capaz de mantenerse en su asiento durante mucho tiempo.

- Hiperactividad

1. Con cierta frecuencia demuestra inquietud utilizando unos movimientos de manos o pies o removiéndose en su asiento.
2. Se levanta en la clase o en otras situaciones en las que tiene que permanecer sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en los momentos inadecuados.
4. Hace un ruido de forma inadecuada en el juego o presenta dificultades para entretenerse tranquilamente en las actividades lúdicas.
5. De forma persistente, presenta un patrón de actividad excesiva que no se puede modificar de forma fácil.

- Impulsividad

1. Con frecuencia contesta antes de que se le hagan las preguntas completas.
2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.
3. Interrumpe constantemente o se entromete en los asuntos de otros.
4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.

A. Para que sean diagnosticados como TDAH el inicio del trastorno debe presentarse a posteriori de los siete años.

B. Los criterios tienen que cumplirse en más de una situación.

C. Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan un malestar clínico significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.

D. No cumple los criterios para ser un trastorno generalizado del desarrollo, un episodio maniaco, un episodio depresivo o un trastorno de ansiedad.

En general, el sistema de clasificación DSM-IV-RV (2002) de la APA ha conseguido una aceptación superior al sistema CIE de la OMS, tanto en el diagnóstico clínico como en la investigación, razón por la cual nos centramos en la descripción del primero.

2.1.3. Aspectos conductuales dependiendo del subtipo de TDAH.

Dentro del TDAH pueden producirse grados variables de inatención, impulsividad e hiperactividad. Por este motivo, el DSM-IV recoge tres subtipos de este trastorno dependiendo del predominio de unas manifestaciones clínicas sobre otras. Los tres **subtipos clínicos** serían los siguientes:

1. Subtipo hiperactivo- impulsivo.

Manifestaciones hiperactivas. Son niños que se muestran muy inquietos cuando deben permanecer sentados.

- Está inquieto con las manos o los pies y no puede sentarse quieto.
- En situaciones desproporcionadas corre o trepa de forma excesiva.
- Está en actividad constante como si estuviera impulsado por un motor. Corren, saltan por la calle, nunca quieren ir cogidos de la mano.
- La mayoría de las veces su movimiento carece de finalidad. Su comportamiento es imprevisible, inmaduro. Son niños traviesos aunque sin malicia.
- Esta hiperactividad aumenta cuando está en presencia de otras personas, especialmente con las que no mantiene relaciones frecuentes.

Manifestaciones impulsivas. Los niños impulsivos con frecuencia actúan de forma inmediata sin pensar en las consecuencias.

La **impulsividad** también se manifiesta en una incapacidad para aplazar las cosas gratificantes: no pueden dejar de hacer las actividades que les gustan en primer lugar y aplazan todo lo que pueden los deberes y obligaciones.

- En los juegos es fácil ganarles porque no piensan las cosas dos veces antes de actuar, no prevén.
- Hablan también de forma excesiva debiendo hacer grandes esfuerzos para permanecer callado, responden antes de que la otra persona termine, tienen dificultades para esperar su turno y frecuentemente interrumpen.
- Suelen tener más dificultades para relacionarse con los demás, debidos a su falta de control y a la presencia de un comportamiento más agresivo.

A veces en la adolescencia, esta impulsividad les lleva a *comportamientos antisociales*. Un 25% incurren en actos delictivos y abuso de sustancias como el alcohol o las drogas. De ahí la necesidad del diagnóstico precoz.

2. Subtipo desatento.

El déficit de atención se define como: “Dificultad de focalizar y mantener la atención, que de acuerdo con la edad y madurez del sujeto, se considera apropiada”. El déficit afecta a la atención voluntaria para atender selectivamente a los estímulos y a su mantenimiento, así como para explorar estímulos complejos de una manera ordenada. Las mayores dificultades las encuentran en las actividades en las que el cerebro tiene que codificar y procesar la información de entrada.

- Son niños distraídos, que parecen estar “en las nubes” todo el rato.
- Les cuesta seguir el ritmo de las explicaciones y organizar su trabajo.
- Con frecuencia saltan de una tarea a otra sin terminarla, ya que evitan situaciones que implican un nivel constante de esfuerzo mental.
- En las instrucciones, tanto orales como escritas, cometen errores.
- No suelen tener problemas en las relaciones con sus compañeros.
- La incapacidad para atender es la que dificulta al niño organizar su trabajo y adquirir unos adecuados hábitos de estudio.
- En muchas ocasiones no cumple lo que se espera de él porque no se ha enterado de lo que se le ha pedido, o sí se ha enterado pero algo ha distraído su atención por unos breves instantes y ha olvidado lo que tenía que hacer.
- En los exámenes, incluso teniendo los conocimientos requeridos, cometen fallos inesperados por no haber entendido la pregunta o porque se pierden en el enunciado sin llegar a comprender el problema que deben solucionar.

3. Subtipo combinado.

Estos niños presentan conductas de ambos subtipos descritos anteriormente, tanto del desatento como del hiperactivo.

Apoyándose en la existencia de la utilización de los criterios diagnósticos para caracterizar los diferentes subtipos, Orjales (2005^a), extrae algunas conclusiones sobre la incidencia de estos subtipos en el aula. Así destaca que los niños que pertenecen al subtipo combinado son los que con más frecuencia suelen aparecer en las aulas, aunque la evolución que experimentan las características con el paso del tiempo, hace que este tipo de alumnos, hacia los 12-13 años

hayan reducido las manifestaciones de la sintomatología hiperactiva/impulsiva debido a la maduración de su sistema nervioso. Por otra parte, los niños que son muy desatentos pero nada hiperactivos ni impulsivos, suelen ser más difíciles de detectar en el aula como un subtipo de TDAH, siendo confundidos en algunas ocasiones con alumnos de baja capacidad, cuando en realidad su evaluación intelectual puede sorprender situándose por encima de la media. Y por último, cuando algunos niños del subtipo hiperactivo/impulsivo presentan también ciertos problemas para centrar su atención, pueden pasar desapercibidos para los profesores sus aspectos de desatención debido a: que se encuentran en los primeros cursos escolares, y la exigencia de atención es menor; que presentan una alta dotación intelectual que les compensa su desatención; o bien, que reciben un importante apoyo familiar que compensa estas carencias.

2.1.4. Etiología del TDAH.

En general, resulta bastante sorprendente que hoy en día, después de tantos estudios, la etiología del TDAH no se conozca con certeza. Esta heterogeneidad nos lleva a que el TDAH está causado, probablemente por varios factores diferentes, y las relaciones causales pueden variar según los subtipos. “La etiología biológica y psicosocial se cree que son las más importantes ya que están implicadas en la formación de las conductas problemáticas y en su mantenimiento a lo largo del tiempo” (Barkley, 1999).

El TDAH es un trastorno heterogéneo, del cual parece improbable encontrar una única causa, sino que son múltiples. Y éstas las podemos clasificar en varios tipos:

Causas genéticas.

Estudios recientes han documentado la importancia de la transmisión genética del trastorno hiperactivo (Barkley, 2002), (citado en González, 2006) Una de las causas sería una alteración en el metabolismo de la dopamina, noradrenalina y posiblemente también la serotonina. Se trata de neurotransmisores del sistema nervioso central con importantes funciones reguladoras de emociones y conductas.

Según estudios realizados en la actualidad, hay una estrecha relación entre el TDAH y la heredabilidad del mismo. Parece bastante probable que niños que padecen TDAH tengan familiares con algún trastorno psicológico, de hecho según un estudio realizado por Biderman (1999), si un niño presenta TDAH, el riesgo de que alguno de sus padres también lo tenga es del 25%.

Causas biológicas.

Actualmente las investigaciones se centran en que hay una disminución de los niveles de dopamina en el líquido cefalorraquídeo. Recientemente también se ha implicado a la noradrenalina y la serotonina. Sin embargo, no podemos establecer una relación causal entre las alteraciones bioquímicas y las conductas hiperactivas. Estos desajustes en los neurotransmisores podrían indicar la presencia del trastorno pero sin poder determinar si son causa o consecuencia del mismo.

Otras investigaciones a nivel anatómico, como las de Castellano et al. (2001), (citado en Martínez y Conde, 2009) señala la implicación de los lóbulos frontales y el locus ceruleus (ambas hacen referencia a zonas concretas del cerebro) y que están implicadas en la regulación del lenguaje y en la función inhibitoria. Por su parte el cortex (manto de tejido nervioso que cubre los hemisferios cerebrales e implicado en procesos cognitivos superiores como el pensamiento), ha demostrado su importancia en la presencia del trastorno (citado en González, 2006).

Causas ambientales.

El estudio de pacientes en adopción ha demostrado que los factores ambientales no son tan importantes como los genéticos, pero si a ellos les añadimos una carga genética cobran mayor importancia.

Factores como prematuridad, encefalopatía hipóxico-isquémica (disminución de aporte de oxígeno), bajo peso al nacer, el consumir tabaco, ingerir alcohol u consumir otras drogas durante el embarazo (Un factor de riesgo muy conocido es el llamado síndrome alcohólico fetal, tal y como expone Barkley (2002), que cursa, entre otras, con hiperactividad, impulsividad, desatención y anomalías físicas. El síndrome se presenta en las mujeres que cometen excesos o abusos del alcohol durante el embarazo) pueden influir en la aparición del TDAH.

También existen otros factores que podrían influir en su aparición como por ejemplo: que la madre sufriera un estrés grave durante el embarazo, que el entorno social que rodea al niño sea desfavorecido.

Causas sociales y familiares.

Factores como la pobreza, una vivienda en malas condiciones, o un entorno precario, parecen influir, pudiendo generar un trastorno disocial en la etapa adulta.

La Hiperactividad se da con más frecuencia en niños que pertenecen a familias que se caracterizan por problemas conyugales, donde hay relaciones con dificultades o malas relaciones padre-hijo y una vida familiar desorganizada. En general, se puede decir que en algunos niños con este trastorno, aunque no ocurra en todos, el haber un cuidado maternal que sea anómalo, que le falte la atención y una afectividad no adecuada, puede ser un factor de riesgo bastante importante para que se desencadene y/o mantenga el problema. Además en la etapa de la escolaridad las conductas que realice del niño y su bajo rendimiento escolar puede agravarlo más.

Además hay que considerar que con el aumento de las familias con divorcios, las separaciones, formación de familias monoparentales, formación de familias mixtas, la existencia de jornadas laborales intensivas, no se dispone de más tiempo y, por tanto, también se dan menos recursos afectivos para poder atender como es debido a un niño hiperactivo. Todas estas situaciones mencionadas, ofrecen un gran un impacto en el inicio, el desarrollo y que se mantenga el problema.

A modo de conclusión, podemos señalar que no existe un único factor responsable del TDAH. Si sabemos, tal y como expresa Barkley (2002), que probablemente en la génesis del problema se encuentre un cruce de diversos factores de riesgo que en mayor o menor grado van a generar la sintomatología. Es por eso que, previo a la intervención psicológica, se hace necesaria una evaluación a fondo de todos los factores de riesgo antes señalados.

2.1.5. Diagnóstico y evaluación del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Es fundamental realizar un diagnóstico correcto para no confundirlo con otros trastornos de conducta. El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad constituye un subgrupo dentro de los trastornos de conducta, que tiene tratamientos específicos y que, bien tratado, tiene buen pronóstico. Puede confundirse también con problemas de la vista o el oído, con otros problemas de

aprendizaje u otros trastornos mentales como depresión y ansiedad. Por eso es importante que si los profesores detectan un niño con problemas, lo observen cuidadosamente, avisen al orientador o especialista del centro y se pongan en contacto con la familia, para que ésta lo derive al especialista en psiquiatría infantil o al neuropediatra. Ante la dificultad para contar con pruebas de diagnóstico específicas aplicables en todos estos casos, es muy importante colaborar familia y colegio, ofreciendo información continuamente.

A la hora de caracterizar este trastorno, es preciso definir qué niveles de actividad motora o falta de atención son suficientes para considerarlos anormales. Esta aparente subjetividad y falta de especificidad en el diagnóstico es debida a la ausencia de marcadores biológicos. El diagnóstico, es un diagnóstico clínico basado en los síntomas que el niño presenta. Aunque en muchos casos puede llegar a ser difícil diferenciar a un niño normal de otro con TDAH, ya que las diferencias son cuantitativas y no cualitativas. Las conductas que niños normales presentan a veces, el niño con TDAH las presenta la mayor parte del tiempo (Montague & Castro, 2005). Para realizar el diagnóstico del TDAH es preciso partir del estudio del comportamiento, pero el carácter multifacético de este tipo de trastorno conlleva a la necesidad de abordar el problema desde un punto de vista multidisciplinar. En esta línea, Presentación, Miranda y Amado (1999), señalan que el diagnóstico del TDAH exige una aproximación especialmente clínica, y que se debe hacer uso de diferentes procedimientos de evaluación. Para obtener un diagnóstico adecuado es apropiado realizar una evaluación que incluya un examen médico, una minuciosa historia de los síntomas específicos del TDAH y los criterios diagnósticos del DSM IV-TR (APA, 2002), la utilización de escalas de estimación conductual, la evaluación psicoeducativa y las observaciones en la escuela.

Para realizar el estudio del comportamiento de un niño con TDAH de forma fiable, se debe valorar la intensidad de la conducta hiperactiva-impulsiva y el déficit de atención, constatar que producen una desadaptación significativa, y comprobar que se producen en diferentes ambientes. Así, el especialista que realice el diagnóstico debe recoger información tanto de padres como de profesores. También resulta de suma importancia llevar a cabo observaciones directas del niño en contextos naturales, como la casa o la escuela.

Siguiendo a Presentación, Miranda y Amado (1999, p.296), el proceso de evaluación del TDAH debe pasar por una serie de estadios que comenzando por los criterios del DSM-IV-TR (Spitzer, Gibbon, Skodol, Williams, & First, 2003); sigue con la obtención de datos (cognitivos, académicos y sociales) a partir de diferentes instrumentos; y concluye con la interpretación de los resultados, de cara a planificar la intervención.

Los procedimientos de evaluación podemos agruparlos en tres grandes bloques (Miranda, Roselló y Soriano, 1998):

1. Evaluación desarrollada con el propio sujeto: nos centraremos en evaluar, por un lado el *funcionamiento cognitivo*, teniendo en cuenta la atención y el estilo cognitivo. Para valorar los recursos atencionales es de suma importancia la observación del niño a lo largo de las sesiones de observación. También, deberán recogerse datos procedentes de tests psicométricos si existe esa posibilidad. Y por otro el *funcionamiento sociopersonal* donde se puede evaluar la competencia social, la resolución de problemas y la utilización de estrategias en la resolución de conflictos.

2. Instrumentos de evaluación cumplimentados por los padres y profesores: Es necesario recoger la percepción que tienen del comportamiento del niño padres y profesores con los que pasa la mayor parte del tiempo. En este sentido, las escalas de estimación que suelen utilizarse con más frecuencia en la evaluación del niño con TDAH se agrupan en tres categorías: listas generales de problemas, escalas específicas de hiperactividad y escalas para evaluar la variación situacional.

3. Técnicas para la observación directa del comportamiento: Las observaciones nos aportan datos sobre conductas específicas y permiten objetivamente conocer las variaciones situacionales y temporales en la expresión de los síntomas de los niños con hiperactividad ante diferentes actividades que se desarrollan en el aula o el hogar.

Posiblemente, el registro más significativo, aunque también el más costoso en cuanto a tiempo de observación, sea el registro continuo de frecuencias, que informa sobre el número de veces que se produce un comportamiento en un periodo amplio de tiempo. Otras variables de registros serían el registro de intervalo temporal y el registro de análisis de tareas (Presentación Miranda y Amado, 1999: pp. 298-299).

En resumen, para realizar el proceso de evaluación del TDAH es importante incluir diferentes medidas que recojan la amplitud de síntomas presentes en el trastorno y que aporten información válida sobre la variedad de problemas que suelen aparecer asociados. Se trata en cualquier caso de adoptar una perspectiva funcional, centrándose en las necesidades que presentan estos alumnos se deben buscar las técnicas de intervención más adecuadas de acuerdo con la información obtenida.

2.1.6. La Comorbilidad.

Normalmente el TDAH no viene solo y resulta mucho más complicado debido a otros trastornos asociados. Estudios realizados, tales como MTA (1999) (citado en Martínez y Conde, 2009) pusieron de manifiesto que el 70% de los niños diagnosticados con TDAH que se encuentran en

edad escolar, tenían al menos otro trastorno psicológico. Aunque las cifras de comorbilidad varían según el tipo de muestra estudiada y dependiendo también del subtipo, la mayoría de los expertos coinciden en que entre el 40-60% de los pacientes con TDAH presentan al menos un trastorno comórbido, aunque hay autores que hablan hasta de un 60-80% (Brown, 2003). Quizás esta alta prevalencia de comorbilidad no sería tal, si cuando se diagnostica a un niño/a con TDAH se explorara también la presencia de otros trastornos psicológicos.

La comorbilidad, generalmente, es una complicación del TDAH que no es detectada en el momento adecuado o que no es tratada de manera correcta, y por ello son de suma importancia un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuados, para disminuir el riesgo de comorbilidad.

Además existen factores que están relacionados con el paciente que influyen en esta comorbilidad, como por ejemplo: ser adolescente, un diagnóstico tardío, tener un nivel bajo de cociente intelectual, tener poco nivel cultural y educativo, tener trastornos en la lectoescritura y en matemáticas...También existen factores relacionados con el TDAH que pueden aumentar las posibilidades de comorbilidad, como: tener un subtipo combinado. Y existen factores que también podrían influir relacionados con la presencia de antecedentes familiares: que hayan tenido TDAH, trastorno bipolar o depresión, etc.

A continuación paso a enumerar y describir brevemente los trastornos que con mayor frecuencia se asocian al TDAH y que son los siguientes:

-Trastornos disruptivos (trastorno negativista desafiante y trastorno de conducta).

Estos trastornos se suelen dar hasta en un 50-75% de los niños con TDAH. Estos niños/as se caracterizan por ser discutidores, irascibles y resentidos. Suelen enfadarse con mucha facilidad y desafían a sus compañeros molestándoles continuamente. A menudo estos comportamientos pueden ser causa de los mensajes negativos que reciben cada día de su familia y del colegio.

- Trastornos de ansiedad.

El porcentaje de niños con TDAH afectados por este trastorno gira en torno al 25%. Los problemas académicos y sociales que experimentan estos niños/as pueden provocar síntomas de indefensión que van a incidir de forma negativa en la percepción de la competencia personal.

- Trastornos por tics/ Síndrome de Gilles de al Tourette.

Quizás no sean un trastorno tan común pero también puede aparecer en niños que presentan TDAH. Se trata de tics nerviosos, que se pueden traducir en : sacudidas abruptas de músculos de la

cara o del cuerpo, como guiños, parpadeos, muecas, sacudir los hombros...etc. Los tics también pueden ser vocales, tales como ruidos con la nariz, carraspeo, tos. Cuando se producen una combinación entre tics corporales y vocales se le denomina Síndrome de Guillé de la Tourette.

- Trastornos de aprendizaje.

Es muy común encontrarte a niños con TDAH con un bajo rendimiento escolar, de hecho se calcula que un 20% de estos niños tienen algún trastorno específico del aprendizaje en las áreas de lectura, escritura y matemáticas. Así por ejemplo a grandes rasgos, en el área de lengua suelen tener una baja velocidad lectora, presentan problemas a la hora de captar las ideas principales de un texto, fracasan en la composición escrita, sienten rechazo hacia la lectura... también estas dificultades se ven plasmadas en el aprendizaje de las matemáticas, ya que suelen cometer muchos errores en las operaciones debido a su impulsividad, suelen intercambiar los algoritmos de la suma y la resta, resuelven los problemas antes de haberlos leído varias veces, o no aplican una estrategia organizada... Hablaremos de los trastornos de aprendizaje más extensamente a continuación.

- Trastorno del desarrollo de la coordinación.

Este trastorno también suele ser bastante común en los pacientes con TDAH, se estima que afecta alrededor de un 30%. Los síntomas se reflejan en que sus movimientos suelen ser rígidos y no tienen mucha flexibilidad, presentan problemas en la coordinación motora que se ven reflejados en la motricidad fina: dificultad en el trazado de letras, teniendo por tanto una escritura regular. También es un dato llamativo, el número de caídas que suelen tener los niños/as con TDAH debido a sus carencias también en la motricidad gruesa.

Otros trastornos que también pueden aparecer comórbidos al TDAH pueden ser:

- Retraso mental. Trastornos genéticos.
- Trastornos del humor (trastorno depresivo y trastorno bipolar).
- Trastorno obsesivo compulsivo.
- Trastornos generalizados del desarrollo y del espectro autista.

2.1.7. El TDAH relacionado con posibles problemas de aprendizaje.

Se entienden por dificultades de aprendizaje cuando existe un nivel de rendimiento escolar inferior al esperado según la edad y el grado de desarrollo del niño/a. Los niños con TDAH presentan una serie de dificultades, que hacen que su rendimiento sea menor en relación con su

capacidad intelectual. Entre las dificultades que presentan podríamos destacar las siguientes, que suelen ser comunes a todos los niños/as que presentan el trastorno:

- Dificultad para mantener la atención durante un periodo de tiempo.
- Dificultad a la hora de memorizar, para posteriormente recuperar lo memorizado.
- Dificultad para mantener la atención. Suelen tener problemas a la hora de seleccionar qué información es la más importante.
- Les resulta casi imposible tener un razonamiento abstracto, ya que para ello necesitan prestar atención, memorizar, operar mentalmente...
- Déficit a la hora de interiorizar el lenguaje o darse instrucciones a sí mismos.

Se estima que en el 60-80 % de los casos el rendimiento escolar de los alumnos con TDAH está afectado (Barkley, 1982), y esto es causado principalmente por la dificultad que tienen para mantener la atención, los constantes cambios atencionales y la baja calidad de la misma, lo cual afecta a la memoria y hace que sean incapaces de adquirir hábitos y destrezas cognitivas.

Los trastornos de aprendizaje más comunes suelen estar relacionados con la lectura, la escritura y el cálculo y también existen una estrecha relación entre los Trastornos Específicos del Lenguaje (TEL) y el TDAH.

Miranda, García y Jara (2001), realizaron un estudio donde hallaron:

- Los niños/as con TDAH del subtipo combinado presentaban un rendimiento lector menor que los que nos sufrían este trastorno.
- Los niños que presentaban inatención tenían más problemas relacionados con la velocidad y comprensión lectora.

Algunas de las posibles dificultades que pueden presentar estos alumnos se manifiestan en diferentes aspectos (Orjales, 2000):

Dificultades en la lectura:

- Suelen cometer omisiones o sustituciones en letras y palabras.
- Dificultad en la comprensión de textos, sobretodo si son largos, debido a sus problemas de impulsividad y problemas de atención, esto hace que omitan palabras o interpreten mal el contenido de la lectura.

Dificultades en la escritura:

- Presentan dificultades en el control fino de sus movimientos.
- Estos niños no han desarrollado la capacidad de realizar movimientos lentos y controlados, teniendo dificultad en actividades como: atarse los cordones, ensartar, abrochar botones, colorear sin salirse...las cuales son imprescindibles para coger bien el lápiz. Por ello su letra suele ser desorganizada, o muy grande o muy pequeña.

Dificultades en el cálculo y en las matemáticas:

- Los niños con TDAH tienen problemas en la adquisición de conceptos matemáticos, cálculo y resolución de problemas.
- Dificultad para pasar del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, por lo que tienen problemas para solucionar problemas matemáticos o realizar operaciones de varias cifras.
- También suelen cometer errores debido a su impulsividad, ya que leen demasiado deprisa y dejan atrás datos que pueden ser relevantes.

“El TDAH no es causa sino uno de los factores que agudizarían más los problemas específicos del aprendizaje en las personas que lo padecen” (Martínez y Conde, 2009).

Teniendo en cuenta a Orjales (2005), vamos a ver algunas de las dificultades más comunes que se pueden encontrar en estos niños durante su actividad académica dependiendo de la etapa educativa en la que se encuentren y que pueden repercutir más o menos en la adquisición de sus aprendizajes:

- Dificultades a causa de su falta de autocontrol e impulsividad. En los niños más pequeños, entre los 3 y los 10 años, esta necesidad de movimiento se ve reflejada en una actividad motriz más gruesa y a partir de los 10 años, se empieza a reflejar en una motricidad más fina. Algunas conductas que se pueden producir debido a su excesiva actividad motora pueden ser:
 - Se levantan continuamente y no permanecen mucho tiempo sentados.
 - Molestan e interrumpen a sus compañeros, aunque en la mayoría de las veces es de un modo no intencionado.
 - Corren por el aula, los pasillos, el recreo...cuando deberían estar en fila y quietos.
 - No son capaces de prever cuales pueden ser las consecuencias de sus actos.

- Dificultades debido a su falta de atención y su escasa memoria de trabajo. La atención es un proceso complejo que consiste en seleccionar las cosas importantes de las que no lo son, mantener la alerta durante un tiempo determinado o realizar actividades evitando elementos que nos puedan distraer. Uno de los síntomas mas significativos del TDAH es su dificultad para mantener la atención y esto se traduce en problemas como:
 - Presentan dificultades para mantener la atención en situaciones de tranquilidad y cuando la actividad es monótona.
 - Durante las explicaciones raras veces escuchan, se entretienen con cualquier otra cosa como por ejemplo, mirar por la ventana o pintar en el cuaderno. Aunque al principio comenzarán atendiendo, a medida que va transcurriendo el tiempo esta atención se disipa.
 - Rara vez suelen terminar las tareas escolares, sobretodo aquellas en las que hay que trabajar de forma individual sentados en su silla. Esto puede ser debido ala falta de control del tiempo, a que se distraen con otros elementos y dejan de hacer la tarea y a su hiperactividad motriz.
 - También suelen cometer muchos errores debido a su falta de atención.
 - Tienen mayor dificultad que otros niños que no presentan este trastorno en recuperar información que ya habían aprendido anteriormente.
 - Presenta mayor dificultad para consolidar sus aprendizajes si la enseñanza es teórica que cuando se trata de algo que han aprendido de forma experimental.
 - Muestran un retraso en la interiorización del lenguaje y en su posterior utilización en el proceso de pensamiento.

- Dificultades relacionadas con la baja tolerancia a la frustración y el deseo de reconocimiento. Los niños/as con TDAH suelen destacar por su inmadurez y una gran dependencia emocional, lo que se traduce en conductas tales como:
 - Trata de llamar la atención haciendo tonterías o desobedeciendo al profesor para convertirse en el centro de atención de la clase.
 - Tema fracasar y miente acerca de sus trabajos, los esconde o se niega a reconocer que no los tienen hechos.
 - Se cabrea ante cualquier corrección del profesor y reacciona y contesta mal.
 - Parecen bastantes mas subjetivos que los demás niños a la hora de analizar los acontecimientos y presentan una gran dependencia emocional del entorno.
 - Tienen muchos problemas para automotivarse, para analizar sus sentimientos o para salir de estados de ánimo negativos como la ansiedad, la tristeza o la frustación.

- Dificultades relacionadas con la capacidad para organizarse y planificarse. Este tipo de dificultades se va incrementando con la edad, sobretodo en la Educación Secundaria, manifestando situaciones como:
 - A menudo olvidan traer las tareas, materiales o libros.
 - Tienen dificultades para cambiar los materiales de una asignatura a otra.
 - Su mesa, su mochila y sus cosas en general suelen estar muy desordenadas.
 - No suelen apuntar o traer las tareas o materiales que debería realizar para el siguiente día.
 - A la hora de realizar un examen también suelen tener problemas para terminarlo u olvidan contestar algunas preguntas, porque por falta de atención se las saltan.
 - A la hora de escribir lo hacen de forma desorganizada, no suelen respetar los márgenes ni los espacios.
 - Muestran dificultades en la percepción y control del tiempo.
 - A veces muestran alteraciones en los conceptos temporales, mezclando por ejemplo hechos del pasado y del futuro.

- Dificultades en la relación con los compañeros. Por lo general los alumnos con TDAH suelen presentar problemas de conducta o de relación con sus iguales, aunque esto suele estar más presente en los niños que padecen impulsividad/hiperactividad que en los niños con predominio desatento. Algunas de las dificultades que suelen presentar son las siguientes:
 - Presentan mayor inmadurez que la que les correspondería para su edad y no suelen ser aceptados por sus compañeros.
 - Se enfadan con sus compañeros cuando las cosas no ocurren como esperaban, debido a su poca tolerancia hacia la frustración.
 - Reaccionan de un modo desproporcionado ante sucesos que no tienen importancia.
 - Tienen dificultad para seguir las normas tanto en los juegos como en otras situaciones de la vida cotidiana.
 - Presentan problemas a la hora de realizar tareas que se realicen de forma cooperativa y con la participación de otros compañeros, ya que no son capaces de tener en cuenta las consecuencias que puedan sufrir los demás.

A modo de síntesis, estas son algunas de las dificultades que pueden presentar los niños con TDAH y que nosotros debemos tener en cuenta a la hora de poner en marcha una intervención que se ajuste a sus necesidades concretas. Sobretudo nos vamos a centrar en el desarrollo de las funciones ejecutivas o actividades mentales para que podamos frenar sus respuestas impulsivas y disminuir su distracción. Además de este modo también estamos interfiriendo en la memoria de trabajo verbal y no verbal, sobre su motivación, el control de sus emociones y estados de alerta y sobre la función de reconstitución que permite a partir de conductas aprendidas diseñar acciones nuevas más eficaces (Barkley, 1997).

2.1.8. Terapia multidisciplinar del TDAH.

Tal y como exponen Orjales y Polaino (2010) cuando este síndrome era concebido como un trastorno conductual, los tratamientos se enfocaban en torno a las técnicas de modificación de conducta. Más tarde, se evolucionó hacia una concepción atencional del problema donde se centro sobretudo en la intervención farmacológica. Años después, el estudio de la impulsividad y los posibles déficits cognitivos subyacentes empezaron a constituir el tema de investigación basándose en tratamientos de autocontrol y entrenamiento autoinstruccional. A finales de la década de los 70, la hiperactividad infantil empieza a abordarse desde este momento con un enfoque cognitivo-conductual.

A continuación presentamos brevemente cada uno de los tratamientos que actualmente se abordan en la intervención del TDAH y que requiere la participación y colaboración entre los ámbitos sanitario, familiar, escolar y social:

En el ámbito sanitario.

- Se realiza un diagnóstico clínico del TDAH y de posibles trastornos asociados, realizado por especialistas tales como pediatras, psicólogos, neuropsicólogos,...
- Se pone en marcha un tratamiento farmacológico (siempre que se considere oportuno para el caso concreto), cuyo objetivo es reducir los síntomas básicos del trastorno. Los fármacos más utilizados son los psicoestimulantes (Metilfenidato, D- Anfetamina y Remolina) y se ha comprobado que son eficaces tanto en la hiperactividad como en la mejora de los aspectos cognitivos: déficit de atención, mejora de las funciones ejecutivas, de la memoria de trabajo y la impulsividad. Por otra parte también tenemos los fármacos no estimulantes como los: antidepresivos, antihipertensivos, atomoxetina y otros (donezepilo). Los fármacos que se utilizan para disminuir los síntomas del TDAH, actúan incrementando la disponibilidad de dopamina en el espacio intersináptico.

- Se establece relación con la familia y la escuela, para poder intercambiar información y tener un seguimiento de las posibles líneas de actuación que se estén llevando a cabo.

En el ámbito familiar.

La implicación de la familia cuando se detecta en un niño/a el TDAH, es fundamental. Sobre todo en edades tempranas, la familia representa junto al colegio la primera fuente de socialización del niño/a y muchas veces los padres son sus modelos a seguir, por lo que éstos deben tener una escala de valores y los conceptos de disciplina y autoridad muy bien delimitados. Además será de suma importancia que las familias se informen acerca del Trastorno y establezcan relaciones tanto con el ámbito sanitario como con el ámbito educativo.

En el ámbito escolar.

Según estudios actuales, en todos los centros educativos debe haber un número de niños/as con TDAH, los cuales presentan unas necesidades educativas que han de ser atendidas desde el colegio con el fin de favorecer un desarrollo normal de los alumnos afectados con este trastorno. Como decíamos antes, el colegio es uno de los ámbitos donde los niños pasan la mayor parte del tiempo y dónde se pueden detectar más fácilmente si el niño/a presenta alguna dificultad. Por ello es de suma importancia que los docentes también estén informados acerca de este trastorno para poder atenderlos como es debido.

Una vez que estos tres ámbitos estén en contacto y colaboren entre sí, y dependiendo del caso concreto, será más aconsejable la utilización de unos tratamientos sobre otros.

Como conclusión, siguiendo a Orjales(2005) *el tratamiento a utilizar debe dirigirse a:*

- Mejorar la educación que recibe el niño con el objetivo de que se reduzcan los síntomas del TDAH.
- Mejorar el deterioro emocional y conductual que aparece en el niño con TDAH.
- Proporcionar al niño estrategias,tales como: técnicas de modificación de conducta, auto-regulación, auto-observación, auto-instrucción, que le permitan conocerse mejor, aceptarse a sí mismo, afrontar las dificultades con un enfoque positivo, desarrollar estrategias de compensación y potenciar sus mejores habilidades.
- Evitar el empeoramiento del trastorno y que aparezcan trastornos asociados.

2. 2. Fundamentación Neuropsicológica para el TDAH.

Después de haber descrito aquellos aspectos sobre el TDAH que explicábamos en el apartado 2.1., pasamos a analizar la relación existente entre la Neuropsicología y el TDAH, ya que como hemos explicado en la primera parte del trabajo este trastorno afecta al funcionamiento del cerebro y es esa la finalidad de esta rama de la Neurociencia, estudiar la relación entre el cerebro y la conducta. Además en este apartado también abordaremos el déficit que sufren estos niños en las Funciones Ejecutivas y cómo afecta el trastorno a la Memoria. La falta de atención que tienen estos niños es lo que afecta a su memoria y es por ello que van a tener problemas en el rendimiento escolar. En el siguiente apartado hablaremos sobre las medidas que se toman en los Colegios Normales para atender a este tipo de alumnos que padecen estas dificultades.

Desde la Neuropsicología existe un gran interés por fundamentar la naturaleza de los déficits neuropsicológicos que acontecen en el TDAH en un intento de identificar posibles endofenotipos que caractericen a esta población, interés que adquiere toda su dimensión si tenemos en cuenta la inexistencia de un marcador biológico para el TDAH. El objetivo de la presente revisión es una actualización teórica sobre el conocimiento acumulado desde la Neuropsicología como marco conceptual de referencia, acerca de las alteraciones en Memoria y en Funciones Ejecutivas de la población con TDAH. Se considera que poner en valor los hallazgos neuropsicológicos en TDAH debe ser un componente esencial tanto en el diagnóstico como en la rehabilitación de un desorden multicomponencial como es el TDAH.

Recientes investigaciones (Barkley, 1997; Nigg, 2001; Nigg, Willcutt, Doyle y Sonuga-Barke, 2004; Pennington y Ozonoff, 1996) coinciden en demostrar en los niños con TDAH la presencia de un rendimiento pobre en pruebas relacionadas con el funcionamiento frontal y subcortical, además los hallazgos científicos demuestran un déficit en las funciones ejecutivas. Estudios genéticos, neuroanatómicos y neurofuncionales indican la presencia de genes implicados en el TDAH (Faraone y Biederman, 1998) y una disminución en las regiones frontales corticales y ganglios basales, lo que contribuye sustancialmente a la sintomatología del trastorno (Arnsten y Li, 2005; Heyder, Suchan y Daum, 2003; Castellanos y Pineda D, 2001).

Uno de los modelos más aceptados dentro de las comunidades científicas fue el propuesto por Barkley (1997, 1999) hacia la construcción de una teoría unificada para el TDAH. El modelo plantea “la existencia de un déficit en la inhibición conductual como característica principal del trastorno, lo que ocasionaría, a modo de efecto cascada, un déficit en las *funciones ejecutivas*: memoria de trabajo, autorregulación del afecto-motivación-arousal, internalización del lenguaje y reconstitución.”

2.2.1. Funciones ejecutivas y TDAH.

Las funciones ejecutivas podemos entenderlas como “las capacidades mentales necesarias para la formulación de objetivos y la planificación de estrategias idóneas para alcanzar dichos objetivos, optimizando el rendimiento”. Existen alrededor de 33 definiciones en la literatura. sin embargo, todas ellas están de acuerdo en que las funciones ejecutivas representan las capacidades que se sitúan en el nivel más elevado de la jerarquía cognitiva y están presentes en prácticamente la totalidadde las actividades de la vida cotidiana. De esta manera, implican el desempeño de las siguientes funciones:

- La capacidad para establecer metas.
- La capacidad para planificar conductas dirigidas a la obtención de la meta establecida.
- La monitorización de la puesta en marcha del plan para comprobar su ajuste al objetivo y a las estrategias iniciales.
- La capacidad para dirigir y mantener nuestraatención hacia un estímulo relevante, tanto interno como externo.
- La capacidad de controlar la interferencia que producen los estímulos irrelevantes.
- La flexibilidad para corregir errores o incorporar conductas nuevas en función de los estímulos del entorno, la fluidez verbal y de diseño y la memoria de trabajo.

El proceso de adquisición de las funciones ejecutivas está vinculado al desarrollo madurativo alcanzado por la corteza prefrontal. Así, será necesario que esta región cortical haya establecido las adecuadas conexiones sinápticas y que el proceso de mielinización se haya completado para que, a nivel conductual, se observe un adecuado rendimiento en tareas ejecutivas. La adquisición de estas funciones muestra un comienzo alrededor de los 12 meses de edad y a partir de entonces se desarrolla lentamente con dos picos importantes, a los 4 y a los 18 años. Las funciones ejecutivas se investigan generalmente utilizando pruebas y tests neuropsicológicos de diversa naturaleza, como veremos en otro apartado. A continuación se describen las distintas funciones que forman las funciones ejecutivas:

La **Planificación** hace referencia a la organización de los pasos y elementos necesarios para llevar a cabo una acción o la consecución de una meta. Toda esta actividad conceptual implica a su vez la participación de la atención sostenida. Lo que pondría de manifiesto la dificultad de los niños/as con TDAH para mantener la atención.

La **Atención Selectiva y Sostenida**. Los déficits atencionales representan uno de los síntomas principales del TDAH. Los estudios muestran que los niños TDAH presentan más errores de omisión en pruebas de atención sostenida que los niños controles.

La **Inhibición**, o los procesos inhibitorios, representan la capacidad para frenar y/o retirar una respuesta saliente o una respuesta en marcha. Los errores en pruebas que miden inhibición muestran que los TDAH comparados con controles cometen más errores de comisión, esto es, responder al ítem cuando deben inhibir la respuesta.

La **Flexibilidad Cognitiva** se entiende como la capacidad de cambiar el curso del pensamiento o la acción que estamos llevando a cabo en función de las demandas del medio.

La **Fluidez Verbal y Fluidez de Diseño** representan un componente importante de las funciones ejecutivas. Se definen como la capacidad para evocar respuestas apropiadas ante un estímulo determinado en un tiempo concreto. Los procesos cognitivos que demanda esta tarea, incluyen: velocidad de procesamiento, conocimiento de vocabulario, memoria semántica, memoria de trabajo, inhibición y atención sostenida.

Por último, la **Memoria de Trabajo** es el tipo de memoria que usamos para mantener dígitos, palabras, nombres u otros ítems en nuestra mente durante un breve periodo de tiempo. Los niños con TDAH presentan problemas en este rendimiento ejecutivo. Así, tienen dificultades en la capacidad para *planificar* y llevar a cabo un objetivo; *inhibir conductas*; *cambiar de estrategias* ante la demanda del medio y en *fluidez verbal*.

La conclusión a la que se puede llegar es que los datos obtenidos en la población TDAH son consistentes con un déficit en el funcionamiento del *bucle fonológico* y del *ejecutivo central*, dos estructuras importantes de la memoria de trabajo. Dado que los componentes del bucle fonológico son fundamentales para el reconocimiento de palabras, el desarrollo del lenguaje y las habilidades lectoras es importante su estudio para una mejor comprensión del TDAH que facilite la intervención en aquellos aspectos más deteriorados en esta población.

Las “*funciones ejecutivas*” hacen referencia a un conjunto de funciones que nos posibilitan desde el establecimiento de metas hasta la realización del conjunto de estrategias conductuales necesarias para alcanzar los objetivos propuestos. Datos clínicos y de neuroimagen funcional han puesto de manifiesto la importancia de los lóbulos frontales y las conexiones que esta estructura establece en la regulación de esta función.

La población con TDAH evidencia importantes déficits en el funcionamiento ejecutivo. En efecto, cuando se estudia el rendimiento del grupo TDAH mediante pruebas y procedimientos

neuropsicológicos que evalúan rendimiento ejecutivo, su ejecución es, generalmente, significativamente peor que el presentado por el grupo control.

2.2.2. Déficit de memoria en TDAH.

Recordar hacer cosas, cómo hacerlas y cuándo, es una tarea que requiere haberlas almacenado con anterioridad. Para poder llevar a cabo los procesos implicados en el “almacenamiento”, es preciso disponer de esta información, tras haberla conservado durante cierto tiempo. Si no se pone suficiente atención cuando se está recibiendo la información: visual o auditiva, no es posible almacenarla y, por lo tanto, luego es imposible recuperarla.

La falta de atención de manera prolongada, explica las deficiencias de memoria en los niños/as con TDAH, ya que la memoria es fundamental para cualquier actividad cognitiva y su alteración en estos niños es uno de los motivos del bajo rendimiento escolar.

Sin embargo algunas investigaciones realizadas a niños con TDAH sobre memoria, han demostrado que estos tenían peor rendimiento que el grupo control en memoria de frases y memoria de números y letras, pero no en memoria de historias, por ejemplo. En cuanto a la memoria visual, verbal y de sonidos, tampoco se encontraron diferencias significativas, lo que quiere decir que los déficits de memoria verbal no son una característica definitoria del TDAH, sino que los niños con TDAH tienen dificultades en los procesos de atención empleados para almacenar la información. No obstante, la memoria de trabajo no es una única estructura sino que está formada por el ejecutivo central, el bucle fonológico y la agenda visoespacial, y por tanto se pueden presentar problemas en una subestructura de la memoria de trabajo y tener las otras intactas.

2.3. Atención a la diversidad en Escuelas normales.

Como estamos mostrando a lo largo del desarrollo del Trabajo, los alumnos con TDAH presentan una serie de dificultades y como consecuencia van a tener unas necesidades y medidas educativas especiales. Es por ello que es obligación del Colegio atender estas necesidades y así lo establecen las diversas Leyes, Órdenes y Decretos por los que se rige el actual Sistema Educativo tal y como exponemos a continuación. También será competencia de Docentes y Familias responder a las necesidades de estos niños/as por lo que en el último apartado del Marco Teórico vamos a establecer algunas pautas y orientaciones.

Según establece la Ley Orgánica, (LOE 2/2006), de 3 de mayo, de Educación. (BOE, núm. 106, 4 mayo 2006) y según el objetivo prioritario del Ministerio de Educación, la mejora de la calidad de enseñanza debe aplicarse a todo tipo de alumnado, incluyendo, por lo tanto a los alumnos con TDAH. Para conseguir esta calidad se necesitará un esfuerzo por parte tanto del centro educativo

como de las familias. Es importante detectar las peculiaridades, singularidades y necesidades para garantizar el aprendizaje junto a un desarrollo personal adecuado.

Con la LOE (2/2006), aparece el concepto de N.E.A.E (Necesidades Específicas de Apoyo Educativo) y dentro de este grupo se encuentran los alumnos con TDAH. Además, en muchos artículos de la LOE (2/2006) se hace referencia a la atención de este tipo de alumnado, así:

- Las Administraciones Educativas deben asegurar la atención a este tipo de alumnado (Art.71)
- Se pone de manifiesto la importancia de que se disponga de docentes especializados y materiales precisos para atender a este tipo de alumnado (Art.72)
- La existencia de medidas de identificación y valoración (Art. 76)
- Se manifiesta la necesidad de que se lleven a cabo Planes de actuación adaptados a estos alumnos (Art.77).

Puesto que este Proyecto Fin de Máster se enmarca en la Comunidad Autónoma de Andalucía, haremos referencia también a las Órdenes, Decretos y Leyes de esta Comunidad que hacen referencia a los alumnos con necesidades educativas especiales.

Y así, teniendo en cuenta la Orden 25 de julio de 2008, por la que se regula la atención a la diversidad del alumnado que cursa la educación básica de los centros docentes públicos de Andalucía, establece que su principal objetivo es garantizar una enseñanza de calidad a los alumnos con NEAE, así como de establecer programas de adaptación curricular y materiales de apoyo que se adapten a este tipo de alumnado.

A sí mismo, la LEY (17/2007), 10 de diciembre, de Educación de Andalucía (BOJA, núm. 252, 26 dic. 2007), dispone en su artículo 48.3 que la Administración Educativa regulará la atención a la diversidad y las medidas que serán desarrolladas en los centros docentes.

Ya por último, los Decretos 230/2007 y 231/2007, establecen que en las enseñanzas de Educación Primaria y Secundaria de la Comunidad Autónoma de Andalucía, tendrá en cuenta la atención a la diversidad del alumnado que lo requiera y para ello los centros educativos y los docentes tendrán a su alcance unas medidas para poder adaptar el currículo.

El objetivo es conocer y comprender el trastorno que presenten nuestros alumnos para poder ayudarlos de forma correcta y para ello debemos estar preparados y bien formados. Todos los niños

y niñas, pero sobretodo los que presentan alguno trastorno, necesitan ser atendidos correctamente y la Escuela debe estar preparada para atender a los alumnos como es debido y cubrir sus necesidades educativas especiales. Para que esto se lleve a cabo es imprescindible proporcionar a los docentes información acerca de los niños que puedan padecer el TDAH: características, síntomas para detectarlo, causas, necesidades que tienen estos niños, orientaciones para la metodología, papel que deben tener los docentes y las familias.

2.3.1. Aspectos normativos.

La atención a alumnos con TDAH se ha venido tratando, dentro de los planes de trabajo de los centros educativos. Sobretodo desde el año 2003, diferentes normativas estatales y autonómicas han venido señalando la necesidad de atender adecuadamente a los alumnos con dificultades de aprendizaje. Se vienen dictando instrucciones que contemplan la necesidad de ofrecer una respuesta educativa específica a cada alumno en el marco del Plan de Atención a la Diversidad y es a partir del curso 2003/04 cuando se incluyó el TDAH entre las necesidades educativas especiales que permiten asignar personal de apoyo a los centros educativos.

Desde el año 2006, la Ley Orgánica (2/2006), en su Título II, Capítulo I, hace referencia al “Alumnado con necesidad específica de apoyo educativo”, cuya atención educativa debe regirse por los principios de normalización e inclusión, buscando la no discriminación así como la igualdad efectiva en el acceso y la permanencia en el sistema educativo a través de la adopción de medidas educativas de apoyo.

La propia ley establece que se pueden introducir medidas de flexibilización de las distintas etapas educativas, es decir, adaptaciones curriculares en relación a las dificultades del niño, cuando se considere necesario. Las medidas singulares dirigidas a alumnos con dificultades de aprendizaje y síndrome de déficit de atención e hiperactividad establecen que será el centro el que debe reconocer las necesidades especiales de cada alumno para adaptar el programa educativo a las características particulares del mismo, de forma que pueda ser evaluado en base a su nivel de conocimiento y capacidades reales. Si conseguimos favorecer el desarrollo personal y social del niño/a con TDAH y su adecuada interacción con el medio, habremos logrado el objetivo propuesto.

2.3.2. Necesidades educativas especiales de los alumnos con TDAH.

Los niños con TDAH pueden presentar necesidades educativas especiales. Experimentan dificultades por sus problemas en la atención y en el control de impulsos que son imprescindibles para el éxito escolar. Aunque el TDAH no interfiere en el aprendizaje, sí lo hace en el rendimiento académico, como decíamos anteriormente. Estos alumnos suelen presentar las siguientes necesidades educativas especiales:

- Necesitan que les enseñen técnicas para focalizar y mantener la atención.
- Necesitan entrenamiento en habilidades de solución de problemas.
- Debido a sus problemas para relacionarse con los demás, necesitan entrenamiento en habilidades de competencia social, para favorecer la adaptación con iguales, su familia, docentes...
- Necesitan recuperar su autoestima, para ello le ofreceremos mayor confianza y aceptaremos sus dificultades.
- En muchas ocasiones son incapaces de controlar sus impulsos, por lo que necesitarán un entrenamiento para mejorar su autocontrol.
- Se llevarán a cabo cambios programas de modificación de conducta entre niños y padres y maestros, con el fin de mejorar el clima en la familia y en el aula.

2.4. Orientaciones a Familias y Docentes para niños y niñas con TDAH.

Como hemos adelantado a lo largo del Trabajo la colaboración de los docentes y las familias es imprescindible para mejorar la calidad de vida de estos alumnos y mejorar consistentemente el desarrollo y la evolución del trastorno. Una coordinación entre ambos ha de ser imprescindible. El problema que se plantea, es que en la actualidad no existe información necesaria, y padres y docentes se encuentran ante la problemática de no poder hacer frente al trastorno por su desconocimiento. Es por ello que nos planteamos la necesidad de proporcionar algunas pautas, orientaciones y propuestas que ayuden a las familias y a los docentes a hacer frente a este trastorno de manera satisfactoria.

2.4.1. Bases previas.

Para que el tratamiento del TDAH sea efectivo, será imprescindible la colaboración y coordinación entre la familia y la escuela, los dos principales agentes de socialización de los niños en los primeros años de vida. Además también deberán estar en continuo contacto con médicos, psicólogos, logopedas, orientadores... para que el proceso se desarrolle de forma adecuada.

Es bien sabida la dificultad de sobrellevar a un niño que presente TDAH, es por ello que familiares y docentes deberán armarse de paciencia e intentar comprender el comportamiento del niño y así ayudarlo de forma satisfactoria. Es fundamental tener una buena comunicación con el niño e ir ganándose su confianza. Prestarle atención y saber escucharlo, son dos tareas imprescindibles y que debemos conseguir. Una vez que hemos conseguido esto, será mucho más fácil superar los problemas que caracterizan su trastorno, para lo cual debemos ser un ejemplo a seguir, demostrando conductas adecuadas y brindando formas de colaboración y apoyo. Si hemos tenido suerte en esta primera toma de contacto, habrá que empezar por cambiar algunos aspectos de nuestro comportamiento que no sean los adecuados. La familia ejerce mucha influencia sobre el niño, y debemos tener en cuenta que nuestra conducta va a ser imitada por nuestros hijos, por lo que hay que intentar estar lo más calmados posibles.

A continuación se exponen algunas pautas y orientaciones prácticas que pueden llevar a cabo los docentes y las familias y que van a mejorar el comportamiento y calidad de vida de estos niños en el colegio y en su vida en general.

2.4.2. Orientaciones, pautas y propuestas de mejora en el entorno escolar.

2.4.2.1. Cómo detectar el TDAH en el colegio.

Como venimos hablando a lo largo del presente trabajo los TDAH presentan unos síntomas comunes, que en el colegio pueden ser detectados fácilmente a través de la observación por parte del docente. Éstos pueden variar de una etapa a otra, así por ejemplo en la etapa de Educación Infantil los síntomas que nos podrían alertar que estamos ante un caso de TDAH serían los siguientes:

- Un juego social pobre y preferencia por los juegos deportivos sobre los educativos.
- Tienen una actividad desorganizada.
- Alto nivel de energía y actividad.
- El control sobre su propio cuerpo es muy escaso.

- Retraso en el lenguaje y dificultades para aprender colores, números y las letras.
- Retraso también en la motricidad fina. Dificultad en el desarrollo gráfico.
- Suelen ser inmaduros emocionalmente y con autoestima muy baja.

En Educación Primaria el profesor puede sospechar la presencia de un TDAH si observa en el alumno:

- Impulsividad, necesidad de movimiento continuo, se distraen fácilmente.
- Escasa comprensión a nivel verbal.
- Desmotivación o rechazo hacia actividades que requieran mucho esfuerzo.
- Irregularidad en la ejecución de tareas por impulsividad o falta de razonamiento.
- En general, ejecución irregular, atropellamiento en la resolución de problemas.
- Problemas con sus compañeros por su impulsividad o falta de madurez...
- No suelen respetar las normas ni hacen caso a los que les dice el maestros/a.
- Rendimiento menor al esperado, en relación a su nivel de inteligencia...etc.

El objetivo de la ayuda del profesor será ir modificando los patrones inadaptados de conducta, mejorar el aprendizaje, aumentar la motivación hacia el mismo, y mejorar las relaciones con los demás.

2.4.2.2.Pautas para mejorar el comportamiento del niño en el colegio/aula.

A continuación se presentan una serie de recomendaciones generales para el aula con el fin de favorecer el proceso de aprendizaje del niño con TDAH.

Metodología para dar las clases.

-Es necesario, que se establezca contacto ocular o proximidad física con el niñoasegurando así su atención. Se darán las instrucciones de una en una y éstas serán concretas, cortas y en un lenguaje positivo, una vez que se cumplan serán elogiadas inmediatamente.

- Se le repetirán las normas todas las veces que sea necesario, asegurándonos que las comprende.

- Sería muy efectivo que le diéramos unos horarios o rutinas muy bien marcados para que el niño/a se sintiera más seguro.

- Fragmentarle las tareas que sean demasiado largas y alternas actividades de mayor carga lectiva con otras que tengan menos.

- Utilizar materiales visuales que llamen la atención utilizando colorines o imágenes que recuerden las normas.
- Las explicaciones deben ser lo más motivadoras posibles, tratando temas de la vida cotidiana del niño y conectando con sus interés haciendo que su actividad sea lo más participativa posible.
- Es aconsejable una supervisión y refuerzo continuo por parte del docente hacia el alumno/a.
- Se le pueden dar responsabilidades dentro del aula, lo que le motivará.
- En el aula que se sienta con alumnos responsable, ordenado y atento que le sirva de referencia.

Ambiente en el aula.

Sería muy aconsejable alejarlo lo máximo posible de elementos que puedan producir distracción en el niño/a. También será de gran ayuda sentarlo cerca del docente, facilitando el contacto ocular y supervisión por parte de éste, lejos de las ventanas, murales y elementos decorativos.

El niño con TDAH.

Es tarea del maestro también poder ayudar al niño con TDAH a organizar y planificar sus tareas, algunas orientaciones para ello podrían ser:

- Proponerle tareas de corta duración y si son largas fragmentarlas.
- Estar en contacto con la familia para saber que dedica un tiempo a las tareas del colegio.
- Demostrarle que trabaja mejor cuando no tiene nada que lo pueda distraer mientras estudia y enseñarle a organizarse.
- Las normas y las instrucciones estarán de forma explícita por todo el aula a través de carteles, murales... y éstos serán llamativos.
- Las consecuencias de su conducta deben ser inmediatas, tanto las positivas como las negativas.
- Las consecuencias negativas y positivas intentaremos que estén proporcionadas.
- No se mantendrán los mismos refuerzos por mucho tiempo, éstos deben ir cambiando para que el alumno no se habitúe.
- Debemos anticiparnos siempre a las conductas del niño y repetir las normas de forma periódica, sobretodo cuando veamos que se va a producir una situación que queramos evitar.

2.4.2.3. La importancia de establecer una rutina diaria.

El establecimiento de una rutina diaria bien fundada en el colegio es beneficioso para los niños con TDAH. ¿Por qué son útiles las rutinas diarias en el colegio?

Los niños con TDAH pueden enfrentarse a menudo a diversas dificultades durante la jornada escolar a causa de sus problemas de atención y comportamiento. Entre ellas figuran: Desorganización, gestión deficiente del tiempo, olvidos, aburrimiento, capacidad de atención limitada...El establecimiento de una rutina bien estructurada en casa y en el colegio puede ser esencial para ayudar a estos niños a realizar tareas y lograr objetivos. Una buena rutina diaria en el colegio puede:

- Proporcionar una estructura y una diferenciación entre cada asignatura, profesor y aula
- Ayudar al niño a estar en clase, en el momento adecuado y con los trabajos escolares correctos
- Ayudar al niño a centrarse con más facilidad en la consecución de las tareas establecidas, mediante la subdivisión de las mismas en pasos más pequeños que le resulten menos abrumadores, incluir períodos estructurados de descanso durante el estudio intensivo para permitir la interrupción en la concentración, un buen factor de motivación.
- Ayudar a desarrollar un modelo de jornada escolar que le resulte familiar al niño.

2.4.2.4. El niño con baja autoestima en el aula: cómo mejorarla.

Hay estudios que demuestran que los niños con TDAH tienen una autoestima más baja y son menos felices que los niños de su edad que no tienen este trastorno. Un porcentaje muy alto de estos niños tienen problemas emocionales y esto se debe a:

- Los niños que padecen este trastorno tienen un comportamiento mucho peor que los demás niños, lo que conlleva que estén continuamente regañándoles y castigándoles.
- Cuando estos niños aún no están diagnosticados suelen confundirlos con niños maleducados, vagos, pasotas, por lo que muchas veces se les regañan y ellos verdaderamente no entienden el porqué.

- Suelen fracasar muy a menudo, ya que las limitaciones que conlleva su trastorno como son la desatención, hiperactividad... impiden que puedan realizar de manera correcta las tareas por mucho que se esfuercen, ya que no se encuentran en disposición de realizarlas.
- Debido a este fracaso continuo, es posible que “tiren la toalla”, ya que se dan cuenta que aunque se esfuercen no obtienen buenos resultados y se desaniman fácilmente.

Para evitar que se produzcan estas situaciones, hay una serie de cosas que los docentes podemos hacer para aumentar la autoestima de estos en el aula. A continuación se exponen una serie de pautas:

- Ser conscientes de la importancia que tiene para el docente tener un alumno con estas características en el aula.
- Debemos conocer cuales son las limitaciones que presentan estos niños para darnos cuenta del esfuerzo que realizan.
- A pesar de que creamos que pueden no ser capaces, es imprescindible que otorguemos a estos alumnos ciertas responsabilidades para que sientan que depositamos confianza en ellos, aumentando así su autoestima.
- Debido a las dificultades que presentan estos niños/as para relacionarse con los demás, potenciaremos actividades que mejoren sus habilidades sociales y que fomenten su integración con el grupo-clase.
- Debemos conocer cuales son los puntos fuertes de estos alumnos y que actividades se les dan mejor para potenciarlas
- Es de suma importancia que usemos un lenguaje positivo con estos alumnos.

2.4.2.5. El papel del docente.

Cuando un docente se encuentra en su aula con un alumno/a con TDAH, se convierte en un pilar fundamental para él, por lo tanto es de suma importancia que los docentes estén bien informados y sepan aplicar estrategias para trabajar con este tipo de alumnos en el aula. También deben conocer a sus alumnos, creer en sus posibilidades y buscar alternativas para adaptarse a las características que poseen estos alumnos contribuyendo así a su desarrollo integral.

Cuando nos damos cuenta de que hay un alumno que puede presentar TDAH, lo hacemos a través de distintas fuentes. A veces es la familia la que da la voz de alarma, otras veces es el pediatra, aunque en su mayoría, suelen ser los docentes o el centro educativo ante la presencia de dificultades que empiezan a observar en el alumno/a, ya que tienen acceso a la información y a la observación de la realidad cotidiana del alumno.

Es absolutamente necesaria una coordinación entre los docentes que impartan clase al alumno, ya que es primordial que lleven a cabo las mismas técnicas de control de conductas y mantener también una generalización en los apoyos metodológicos para una mejor eficacia educativa. A si mismo, es de vital importancia una comunicación del docente con el centro, el orientador psicopedagógico, otros docentes del centro y por supuesto con la familia y/o profesionales externos. También son importantes otros aspectos, tales como:

- Una coordinación a nivel de centro.
- Dar a conocer a todos los docentes implicados en el proceso de enseñanza y aprendizaje, los protocolos de coordinación.
- El Equipo Directivo deberá facilitar formación información al centro.
- Además también es conveniente que haya folletos informativos, un banco de recursos para cuando fuera necesario puede ser usado por cualquier docente del centro que los necesite, actividades, materiales...

2.4.2.6. Programas de formación a docentes.

La falta de información por parte de los docentes, acerca del TDAH y otros trastornos de conducta en general, produce un efecto negativo en los niños y niñas que padecen estos trastornos, sus familias y en el contexto escolar, es por ello que sería conveniente incluir programas de formación a docentes con el objetivo de que conozcan más acerca de este trastorno para poder atenderlos como es debido.

¿Qué deben incluir estos programas?

- Una guía práctica con algunas características del trastorno, pautas para tratar a estos alumnos...información general.
- Con niños/as que sufren este trastorno son muy usadas las técnicas de modificación de conducta para aumentar o mantener el buen comportamiento y reducir los malos comportamientos. Por ello se podría poner a disposición de los docentes información acerca de como aplicar estas técnicas.
- Cómo aplicar también técnicas cognitivas, basadas en la práctica de autoinstrucciones y entrenamiento del autocontrol como ya decíamos anteriormente.
- Estrategias para mejorar el comportamiento de estos alumnos en el aula y fomentar el aprendizaje.

2.4.2.7 El papel del centro educativo.

Al igual que el docente, el centro educativo también juega un papel muy importante y debe ser flexible ante las necesidades que tienen estos alumnos. Es necesario que el centro apoye al docente y le permita hacer las modificaciones que estime necesarias para evitar mayores dificultades al realizar las tareas, que mejore su comportamiento y autoestima...etc. También debe estar en contacto continuo con la familia informándolos constantemente de los cambios que se van produciendo tanto positivos como negativos, o cualquier acontecimiento que se produzca. Se le debe informar también acerca de las calificaciones, rendimiento, exámenes (en el caso de primaria).

Teniendo en cuenta las oportunidades que nos brindan hoy día las Nuevas Tecnologías de la Información, sería muy útil, en el centro que fuera posible, un seguimiento por parte del colegio a través de internet. Esto facilitaría la comunicación entre el centro, la familia y el niño/a, con el objetivo de llevar un seguimiento del progreso del niño/a paso a paso y a través de los dos ámbitos más importantes: familia y escuela. Además nos ofrece también la ventaja de poder acceder a la información de manera inmediata.

Muchas veces ocurre que cuando se realizan actividades extraescolares fuera del centro, se suele castigar a este tipo de niños sin asistir por mal comportamiento, pero no es nada recomendable, ya que esto podría afectar a su autoestima de forma negativa. Para ello el centro será el encargado de buscar alternativas para que estos alumnos puedan realizar la actividad sin problemas y de manera segura para todos, como por ejemplo ir acompañado de alguien de su familia o del propio colegio. También el tutor le explicará que se va a realizar una actividad extraordinaria, explicándole en que consiste y cual es el comportamiento que debe tener en dicha actividad.

2.5.3. Orientaciones, pautas y propuestas de mejora en el ámbito familiar.

2.5.3.1. Familia y TDAH.

Cuando a un niño se le diagnostica el TDAH la familia y el mismo niño ya han atravesado por un proceso que suele ser largo y difícil. El cuál se inicia, por lo general, con las constantes llamadas de atención al niño de parte de los profesores del colegio, anotaciones en los cuadernos o agendas. Y constantemente los padres son llamados a tutoría porque su niño o niña es distraído/a, no termina las tareas, interrumpe constantemente en clase, presenta bajas notas, le cuesta hacer amigos y/o se

mueve constantemente en su asiento o durante las clases. Todas estas características pueden indicarle a una familia que su hijo/a es un niño/a con TDAH.

En este proceso el niño con TDAH y su familia experimentan sentimientos de frustración, culpa, vergüenza, rabia, entre otros. Ya que muchas veces no entienden por lo que están atravesando y no saben como enfrentar el problema. En otras ocasiones, los padres creen que son los culpables porque no han criado bien a sus hijos o porque alguno de ellos tiene el TDAH. También, pueden sentir vergüenza por el comportamiento de su hijo/a o creer que por tener el TDAH su niño no es inteligente.

El primer paso para apoyar al niño con TDAH es la aceptación del problema por parte de los padres y familiares. De manera paralela, el niño necesita una explicación sobre su comportamiento y/o dificultades para atender y concentrarse. La cuál debe ser sencilla y de acuerdo a la edad del niño.

Dentro del tratamiento, la terapia familiar cumple un rol importante, siendo el terapeuta quién acompaña, orienta y guía a la familia en este proceso de aceptación y cambios dentro de la organización familiar. Asimismo, se encarga de establecer y propiciar un vínculo favorable entre la casa y el colegio con la finalidad de trabajar en equipo y lograr resultados de manera óptima. El objetivo de la terapia se centra principalmente en dos aspectos: en el establecimiento de reglas y roles que definen el sistema de disciplina en casa y en las diversas estrategias psicopedagógicas para mejorar el rendimiento escolar.

En cuanto al establecimiento de reglas y roles, los padres necesitan una serie de normas claras y precisas para regular el comportamiento de sus hijos, tales como:

- Que sean firmes con las normas y que siempre, un cumplimiento o incumplimiento de las reglas tengan las mismas consecuencias.
- Que una vez que establezcan unas normas la apliquen durante un periodo de tiempo y no cambien constantemente.
- Las reglas o normas deben ser conocidas y comprendidas tanto por los padres como por el niño/a.
- Que las consecuencias de un incumplimiento de las normas sea conocido desde el principio, es decir, antes de que se cometa.

2.5.3.2. Pautas a seguir por las familias.

Existen algunas pautas que las familias pueden poner en práctica y que pretenden mejorar el comportamiento del niño/a, las cuales expongo a continuación:

- Escuche a su hijo y háblele con paciencia, intentando comprender su comportamiento y ayudándole.
- Los padres o miembros de la familia deben actuar de la misma manera y poniendo conjuntamente las normas y las reglas de manera consensuada.
- Se deben establecer unas normas y no actuar de forma demasiado permisiva. Hay que aprender a decir “no”. Sino esto puede causar confusión en el niño y perjudicarlo aun más.
- Conocer los intereses de nuestro hijo para así motivarlo, realizando actividades que sabemos que son de su agrado.
- Debemos premiarle y felicitarle en sus éxitos, aumentando así la autoestima y la confianza en si mismo.
- Intentar tener un ambiente tranquilo en caso sin sobresaltos ni fuertes ruidos, ya que el niño puede responder de forma exagerada antes estos estímulos.
- Avisar al niño con antelación de cualquier cambio que puede realizarse en el hogar para que se vaya adaptando paulatinamente.
- Hacerle participe de las tareas de casa y premiarle o felicitarle cuando lo haga bien o actúe por si mismo.
- Hay que ponerse con el niño/a a realizar las tareas del colegio, para ello nos sentaremos cerca de él y así evitaremos posibles estímulos que pudieran distraerle.
- Intentar dividir las tareas y los deberes que hagan en casa, utilizando tiempos cortos o dividiendo las tareas largas en varias partes.
- Utilizar como castigo la “ausencia de premios” y como reforzador un “programa de puntos”, serán muy útiles.
- Dejarles algo de movimiento en ocasiones que tengan que estar un rato prolongado sentados.
- Mantener un contacto continuo con el docente, supervisando en casa el trabajo escolar del niño/a.

En resumen, se debe convertir el entorno familiar en un ambiente favorecedor para el niño/a.

2.5.3.3. Técnicas de modificación de conducta que las familias pueden aplicar.

A continuación paso a explicar, de manera práctica, algunas técnicas de modificación de conducta que las familias pueden aplicar en casa, para conseguir que el comportamiento de sus hijos/as mejore. Para que estas técnicas de modificación de conducta deberían seguir los siguientes pasos:

- Observaremos el comportamiento del niño/a.
 - Haremos una lista de las conductas problemáticas observadas.
 - Podemos, si queremos, ordenar las conductas por orden de prioridad y señalar las que queremos eliminar primero.
 - Hacerlo de forma progresiva, abarcando pocas conductas y no muchas de golpe.
 - Ser constantes y aplicarlas siempre que haya un mal comportamiento, o aquellos comportamientos que queramos erradicar.
-
- **Elogiar.** Los niños/as requieren la atención de sus padres o de su familia constantemente, sobre todo cuando están en la edad escolar. Si los elogiamos, llamamos la atención de nuestros hijos, pero esto hay que hacerlo siguiendo unas determinadas pautas, ya que los elogios indiscriminados pueden provocar problemas. Por ello: Debemos elogiar los comportamientos que sean adecuados, usar elogios correctos, elogiar los avances que se vayan produciendo en el niño por pocos que sean y muy importante que se elogie inmediatamente.

 - **Ignorar comportamientos.** Una forma de eliminar conductas disruptivas es ignorarlas. Muchas veces cuando los niños quieren conseguir algo intentan llamar la atención de sus padres de la forma que sea. Para ello la solución será ignorar el comportamiento no deseado y reforzar las conductas deseables. El objetivo que se quiere conseguir es que el niño vea que efectuando las peticiones de forma inadecuada no va a conseguir nada.

 - **Dar recompensas.** Recompensar una conducta que queremos que se produzca o que se repita actúa como un refuerzo positivo, que hace que el niño/a se sienta bien con lo que ha hecho y quiera repetir la conducta, ya que es una motivación para éste. Para que las recompensas sean efectivas, tienen que reunir una serie de requisitos, como son:
 - Hay que cumplirlas siempre.

- Hay que variar las recompensas y que no sean siempre las mismas, sino el niño perderá la motivación.
 - Se necesita un tiempo, ya que esto no va a ocurrir de la noche a la mañana.
- Castigos. Acudiremos a éstos solo cuando sea imprescindible. Los castigos son sanciones que se imponen a una persona y que hacen que se reduzca la aparición de una conducta. Al igual que pasa con las anteriores técnicas de modificación de conducta, para que sean eficaces se deben cumplir una serie de requisitos:
 - El niño/a debe conocer cuáles son las conductas que van a ser castigadas.
 - Informarles de cuál será el castigo a recibir para cada conducta.
 - El castigo se debe aplicar en el momento en que se realice la conducta y esto será siempre y no a veces.
 - Los castigos no deben ser desproporcionados y tener siempre la misma intensidad.
 - Los castigos no se deben generalizar y deben ir cambiando.

Dentro de los castigos hay dos que son muy usados y dan muy buenos resultados y son el “tiempo fuera” y el “costo de respuesta”:

- “Tiempo fuera.”

Se trata de retirar cualquier reforzador positivo durante un tiempo determinado. Durante este periodo el niño/a no tiene acceso a nada, por ejemplo si lo hacemos en casa, el niño estará 10 minutos sin acceso a la televisión, juguetes, cuentos, interactuar con otros familiares, u otros privilegios y actividades que se encuentren en ese momento a su alcance. Esta técnica suele tener una duración relativamente breve.

- “Costo de respuesta”.

Esta técnica consiste en la pérdida de un reforzador positivo. En la vida diaria infantil suelen ser: quedarse sin ver la televisión, sin jugar, sin usar el ordenador...debido al cumplimiento de las normas establecidas. Debemos quitar estos reforzadores con una duración que luego podamos cumplir, por lo que ésta no debe ser muy excesiva.

- **Economía de fichas.** Se trata de una técnica que en vez de utilizar premios o reforzadores directamente, se emplean fichas o puntos que luego se intercambian por bienes o actividades, acordados previamente por el niño. Los premios solo pueden obtenerse a través de las fichas e incluso si se realizan conductas no deseables pueden perderse puntos. Para que esta técnica sea eficaz tendremos en cuenta:
 - La respuesta debe ser inmediata una vez conseguidos los puntos.
 - Se debe mantener un equilibrio, ni que le cueste demasiado, ni muy poco en conseguirlo.
 - El tipo de fichas dependerá de las características del individuo (puntos, estrellas).
- **Contratos conductuales.** Consisten en poner por escrito las consecuencias positivas que supone adquirir la meta propuesta. Éstos deben ser:
 - Deben tener una descripción clara y sencilla y que sea positiva.
 - Tiene que tener una duración máxima y una determinación de los criterios.
 - Especificar que premios o recompensas se conseguirán.
 - Debe tener un equilibrio entre lo que se exige y la recompensa.

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

3.1. Estructura y Diseño de la Investigación (estudios a realizar y variables).

Vamos a realizar una investigación cualitativa de estudio de casos, ya que sólo podemos realizar un análisis descriptivo para cada uno de ellos. Al no contar con una muestra grande es difícil hacer comparaciones estadísticas.

A la hora de diseñar la investigación hemos llevado a cabo una serie de pasos, los cuales paso a describir a continuación:

- El primer paso que hemos llevado a cabo en la investigación ha sido ver cual ha sido el motivo de la demanda y quien lo ha solicitado.
- El segundo paso ha sido la recogida de datos. Para ello nos hemos entrevistado con los tutores de los niños evaluados, los cuales también nos han aportado información de las

familias, y nos han proporcionado pruebas rellenas por las mismas. También hemos evaluado al niño mediante pruebas y la observación.

- El tercer paso ha sido realizar un diagnóstico diferencial, donde debemos descartar o afirmar que se trata de TDAH y no de otros trastornos muy similares a este. Por ello es muy importa llevar a cabo una minuciosa evaluación.

- El cuarto paso ha consistido en comprobar si los niños evaluados cumplen con los criterios diagnósticos del DSM-IV para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. En caso afirmativo hemos establecido el subtipo y hemos diseñado una propuesta de intervención.

3.2. Estructura del proceso (partes).

La investigación ha tenido diferentes partes:

- Revisión bibliográfica.
- Selección de los cuestionarios.
- Observación en el aula.
- Pasar cuestionarios al alumnado.
- Recogida y análisis de la información.
- Conclusiones.

3.3. Población y Muestra.

La población se refiere al conjunto de elementos que son objeto de estudio y la muestra al conjunto de individuos que se escogen de esa población para realizar un proceso de investigación.

La población, por lo tanto, serán los alumnos con TDAH que estén en edad escolar pertenecientes a colegios públicos de Educación Infantil y Primaria de Andalucía. Y la muestra, aquellos individuos que hemos escogido pertenecientes a tres colegios de la capital de Jaén y un colegio de Osuna, en la provincia de Sevilla para realizar el proceso de investigación.

La edad de los individuos de la muestra oscila entre los 4 y los 13 años (Educación Infantil y Primaria), siendo únicamente varones, y con un nivel socioeconómico variable, donde nos encontramos desde medio-alto hasta medio-bajo.

Los centros educativos.

En cuanto a los colegios de la ciudad de Jaén en los que están escolarizados los niños evaluados, como dije anteriormente solo he tenido acceso a uno de ellos donde he realizado las pruebas a dos de los niños, Alberto de 13 años y Francisco de 7. Se trata de un colegio público de Jaén capital, que está ubicado casi a las afueras, cerca de la parte nueva de la ciudad y de otro barrio de un nivel socio-cultural más inferior. Es un colegio muy grande, con cerca de 1.000 alumnos y de tres líneas donde trabajan 54 docentes (incluidos los especialistas de logopedia, pedagogía terapéutica...). Acuden alumnos cuyas familias por lo general tienen un nivel socioeconómico medio.

El centro donde yo estuve trabajando en Osuna (Sevilla), también es un centro muy grande, más o menos de las mismas dimensiones que el descrito anteriormente, es actualmente el colegio más grande de Andalucía. El nivel socioeconómico de las familias es medio-bajo, siendo significativo el bajo nivel de estudios de los progenitores.

Los niños evaluados.

- [Juan Antonio](#) es un niño que actualmente tiene 5 años. Se encuentra escolarizado en un colegio público de Osuna (Sevilla), y el curso pasado 2011/2012 fue su primer año en este centro, ya que anteriormente estuvo matriculado en un colegio de Huelva. Su historia es un poco complicada ya que su madre lo dio en adopción y actualmente su custodia la tiene el abuelo y la pareja sentimental de éste, y es ella quien está criando al niño y ejerce de madre. Su ambiente familiar está un poco desestructurado, vive con el abuelo, su pareja y dos hijos de la pareja del abuelo, a quien Juan Antonio llama titos y a la mujer la llama abuela. La madre es una muchacha joven que como ya he dicho anteriormente lo abandonó en un centro de acogida ya que llevaba una vida un poco complicada y económicamente no podía hacerse cargo de él. En la actualidad mantiene cierto contacto con Juan Antonio, pero esto no parece hacerle ningún bien al niño y parece estar afectando al desarrollo del trastorno. Dadas las circunstancias es posible que la madre consumiera tabaco y alcohol durante el embarazo.

A continuación, paso a describir el comportamiento de Juan Antonio en el aula: Desde que llega a clase por la mañana está muy agitado, entra cogiendo juguetes mientras el resto de sus compañeros están sentados en sus mesas, no hace caso cuando le digo que los suelte y se siente y dependiendo del día, a veces me hace caso y consigo que se siente unos minutos, pero normalmente se cabrea, me levanta la mano, da voces o pega golpes en la mesa cuando le llamo la atención. He de decir que algún momento puntual me ha hecho caso, pero esto se produce en ocasiones contadas. No hay ninguna razón que motive a Juan Antonio a tener ese comportamiento, solo por regañarle o explicarle lo que no debe hacer, su actitud cambia, se enfada y se vuelve desafiante. Cuando estamos en la asamblea (los días que consigo que se siente en la alfombra) no para de moverse, me interrumpe, molesta a sus compañeros, hace ruidos, da gritos sin ningún

motivo y se levanta y se mueve a otro sitio de la clase. Cuando es la hora del trabajo individual rara vez logro que se siente en su sitio, cuando lo hace tengo que estar junto a él para que trabaje y deje trabajar a sus compañeros, o ponerlo junto a mi mesa, en estas ocasiones consigo que haga algo, pero otras veces se niega a sentarse o abrir el libro, quiere jugar en las construcciones, los puzles...lo que sea, menos realizar las tareas. Si le hago ver que hay que realizar las tareas como el resto de sus compañeros a veces consigo que ceda, pero la mayoría de las veces cierra el libro con fuerza, pega golpes en la mesa y si le regaño es peor, se enfada aún más y en ocasiones llega a coger una silla y zarandearla contra el suelo. A veces cuando ocurre esto se pone a llorar, supongo que sentirá una mezcla de cabreo, impotencia... En cuanto a su rendimiento académico Juan Antonio no alcanza los objetivos mínimos de Educación Infantil, no conoce las vocales ni los primeros números y arrastra un desfase desde los 3 años, ya que tampoco conoce conceptos de ese curso. La relación con sus compañeros, en general es “medio” buena, aunque a ellos también suele hablarles mal, no quiere que le miren, les amenaza cuando me cuentan algo malo que él ha dicho o ha hecho, les levanta la mano, pero casi nunca llega a pegarles.

En casa el comportamiento de Juan Antonio es prácticamente el mismo que acabo de describir en el aula. La familia pone de su parte, se interesa por el niño, por su comportamiento en el colegio y le regañaban cuando yo les decía que se había comportado mal ese día. En algunas ocasiones la abuela venía a pedirme ayuda, porque a veces se sentían bastantes impotentes de que el comportamiento de Juan Antonio no mejorara.

- Alberto tiene 13 años. Está escolarizado en un colegio público de Jaén y lleva ahí desde los 3 años que entró en Educación Infantil. Su ambiente familiar es bastante desestructurado, sus padres están separados y vive con su madre y la pareja de ésta y con hijos de la pareja y puede que esto haya afectado a la evolución del trastorno, ya que quedó muy afectado cuando sus padres se separaron. La tutora nos dice que la relación con la familia es escasa y se acuerda con la familia que le dediquen más tiempo al niño y se involucren más en las tareas escolares, ya que la mayoría de los días va a clase con los deberes sin hacer, o no trae el material escolar necesario.... En su caso lo que se venía observando desde pequeño, es que Alberto presentaba importantes síntomas de desatención. Quizás en Educación Infantil es difícil apreciar esto, porque hay muchos niños que suelen ser retraídos durante los primeros años de escolarización. Es por ello, que no es hasta tercer curso de Educación primaria que estos síntomas empiezan a causarle mayores problemas en su rendimiento escolar estando su nivel de inteligencia dentro de la media, y es cuando se decide solicitar un diagnóstico de la orientadora del centro por parte de la tutora, pero no es hasta 5º cuando se les diagnostica. El motivo de la consulta fue porque Alberto presentaba: “bajo rendimiento escolar, dificultades en la lectura y falta de atención y concentración”. Además hay que apuntar que tiene antecedentes familiares en dificultades para la lectoescritura.

En cuanto al comportamiento de Alberto en el aula, por lo que yo he podido observar y las informaciones remitidas por su tutora, es un niño con escasa motivación, tiene dificultades a la hora de concentrarse y problemas en el hábito de estudio, además en la actualidad está repitiendo 6º de Educación Primaria. Es un niño que se distrae con facilidad, tarda mucho en terminar las tareas aunque casi nunca suele terminarlas del todo, y con cualquier cosa que pasa en el aula suele distraerse y parece que “está en las nubes”. En casa tiene más o menos el mismo comportamiento, siempre está bastante ausente, no se relaciona muchos con sus hermanos/as, es bastante distraído y deja cosas sin terminar.

En cuanto a su rendimiento académico, aunque ya ha mejorado desde que a partir de 5º de Educación Primaria en el curso académico 2010/2011 (hace relativamente poco tiempo) lo diagnosticaran con TDAH: subtipo desatento y le pusieran adaptaciones curriculares no significativas, tuvo que repetir 6º, curso en el que se encuentra, por sus bajas calificaciones en las áreas instrumentales ya que no alcanzaba el nivel de la clase. No presenta absentismo. En cuanto a las ACIs no significativas, se le han aplicado en aquellos aspectos en los que presenta dificultad o necesidad de apoyo como son : Hacer los deberes y traer el material a clase, no atiende a las explicaciones, se pierde en las lecturas grupales, no se entera de las actividades a realizar una vez explicadas, comienza las tareas y no las termina o no las realiza de manera adecuada, suele tener peor rendimiento en los exámenes que en las tareas realizadas en clase, esto puede deberse a que tiene que estar demasiado tiempo con una atención sostenida (ANEXO 2). La relación con sus compañeros era la normal durante los primeros años de escolarización, pero después los niños van creciendo y ven en Alberto un niño “que le pasa algo”, como ellos mismos dicen, y está un poco apartado del resto de sus compañeros, aunque se está trabajando para que lo integren más en el grupo.

- En cuanto a las pruebas que me ha podido facilitar el centro, estos son sus resultados:

- Cociente intelectual (CI): 123
- Índice de comprensión verbal (CV) : 101
- Índice razonamiento perceptivo (RP): 150
- Índice memoria de trabajo (MT): 110
- Velocidad de procesamiento (VP): 104

- Relativo a la lateralidad, tiene lateralidad cruzada:

Ojo dominante: Izquierdo Pie dominante: Derecho

Mano dominante: Derecha Oído dominante: Izquierdo

- En conclusión, esta diagnosticado como *alumno con capacidad cognitiva adecuada con TDAH-inatento no medicado*.
- [Francisco](#) de 7 años ha sido el otro niño al que he realizado las pruebas a través del colegio, en el mismo centro que Alberto y que cursa 2º de Educación Primaria. En cuanto a su rendimiento académico: su nivel es inferior al de la media de la clase. Al principio de este curso la tutora, que no estuvo con él el curso anterior solicitó una evaluación por parte de la orientadora del centro ya que había notado falta de atención, y retraso generalizado en el área de lenguaje: “no se centra en el tema del que le están hablando, cuando estas hablando con él y le haces una pregunta te contesta con otro tema que no tiene nada que ver, no es capaz de mantener una conversación coherente, le cuesta expresarse correctamente, su nivel de lectura es bajo, falta de vocabulario básico, tiene problemas de articulación: gl, pr, cr...etc”. Según nos cuenta la tutora, no es un niño huraño ni triste, es cariñoso: “A veces se acerca a mi mesa para contarme alguna historia o alguna cosa que le ha pasado”, su comportamiento es bueno. Sale fuera del aula ordinaria varias horas semanales con las maestras de pedagogía terapéutica y la logopeda. Según un informe al que he tenido acceso de la tutora que tuvo el curso pasado: “Lee con corrección, su nivel de lectura es aceptable aunque tiene grandes dificultades con la comprensión lectora, escribe al dictado de modo también aceptable aunque con mala caligrafía, pero también tiene grandes dificultades en la composición escrita sencilla (hacer frases cortas).” La relación con sus compañeros es buena,” la clase “lo quiere”, aunque no puede seguir el ritmo de juego de los demás porque es de estatura más baja que al que le correspondiera para su edad.
- Debido a lo lentos que van estos procesos, aun no se ha llevado a cabo el diagnóstico completo y no he tenido acceso a posibles pruebas que le estén realizando. En cuanto a la relación con la familia es escasa, la tutora aún no ha tenido ningún contacto con la familia. Como datos anecdóticos, un examen que tenía que traer firmado no lo trajo y los padres no acudieron a la reunión general de padres. Actualmente los padres están en proceso de separación pero según las maestras de pedagogía terapéutica y la logopeda que lo tratan, esto no es causa de sus problemas. Según su ficha, tuvo problema fetal al nacer.
- [Tomás](#) de 10 años también está escolarizado en un centro público de la ciudad de Jaén y cursa 5º de Educación Primaria, aunque ha sido a través de las clases particulares que le doy, donde lo he evaluado y observado y teniendo una entrevista con la madre, que también me ha facilitado información de su comportamiento y rendimiento en el colegio. La familia de Tomás es de clase media-alta y sus padres están muy involucrados en su educación. El motivo que me

impulsa a pasarle las pruebas a Tomás en su excesivo nerviosismo, es un niño que no para quieto, se distrae con facilidad, le cuesta prestar atención durante un tiempo seguido, aunque es muy listo y saca muy buenas notas, tiene mucha capacidad para aprender y mucha imaginación. Debido a su elevada agitación sus padres lo han apuntado a muchas actividades extraescolares, va a judo, waterpolo, fútbol, inglés y música, ya que como decía antes es un niño, que aunque pudiera parecer contradictorio, tiene un alto nivel de inteligencia y se le dan bien bastantes actividades. Tiene una hermana, a la que también doy clase y que al igual que él es bastante inteligente y cuando los junto para dar la clase conjuntamente se pelean mucho, aunque por lo general Tomás no presenta un comportamiento malo ni en la casa ni el colegio, obedece cuando se le dicen las cosas, no se pelea ni contesta a los profesores ni con otros compañeros.

Su rendimiento académico es casi excelente, saca muy buenas notas, capta con rapidez los conceptos y explicaciones a pesar de ser un niño bastante distraído e inquieto y nunca ha repetido curso. La relación con sus compañeros no es muy buena, lo consideran un “niño raro” y a él también le cuesta relacionarse con la gente. Cuando yo empecé a darle clase al principio estaba muy reacio, le costaba abrirse, se negaba a hacer los ejercicios...etc. Actualmente nuestras clases transcurren con “cierta” normalidad, porque aunque hace sus ejercicios y va bien en todas las asignaturas, continuamente me interrumpe con temas que no tienen nada que ver con la materia que estamos dando, se mueve mucho de la silla, se levanta a beber agua o para ir al baño. También en ocasiones cuando le regaño porque se está distrayendo más de la cuenta o le corrijo en alguna actividad, se pone bastante nervioso y a veces llora o se aprieta las manos. Estas conductas también se dan regularmente en clase y en su vida cotidiana, según nos ha contado la madre. Hoy día no dispone de ninguna medida ni adaptación y nunca se le ha realizado ninguna prueba. Desde mi punto de vista creo que Tomás puede tener bastantes síntomas que pudieran corresponderse con el trastorno TDAH, aunque siempre se ha pensado tanto por parte de su familia como de su colegio que era un niño “nervioso”, pero nada más.

3.4. Instrumentos de evaluación.

Las técnicas e instrumentos que he utilizado para recoger y analizar los datos de la investigación han sido de tipo cuantitativo. Se trata de una serie de tests que se han utilizado para medir el rendimiento académico, comportamiento, atención, impulsividad e hiperactividad... de estos individuos. Algunos de ellos son:

- Observación en el aula, en la casa, entrevistas con las familias, con los tutores y con otros docentes que le impartan clase.

- Cuestionario para Profesores de Conners. (ANEXO 4)
- Cuestionario para Familias de Conners. (ANEXO 5)
- Cuestionario: criterios diagnósticos del TDAH según el DSM-IV. (ANEXO 6)

3.5. Procedimiento de análisis de la información.

Para recoger y analizar la información se ha considerado un tiempo estimado de dos semanas, ya que hasta última hora no he tenido la posibilidad de pasarles las pruebas a estos niños, por motivos personales y laborales. Aunque ya tenía información de ellos ya que se trata de niños que conocía previamente a través de otras personas, y en el caso de uno de ellos he sido su tutora durante casi un curso escolar. Por lo que en realidad, la duración de la recogida de pruebas ha sido mayor.

En cuanto al procedimiento de análisis, ha consistido en estudiar toda información que hemos obtenido de cada uno de los niños, fui apuntando uno a uno de los comportamientos que iba observando en el aula, anotando las informaciones que iban dando de las familias y luego analicé los resultados de los cuestionarios. Una vez que junte la información completa de cada niño, describí desde mi punto de vista cual era a la conclusión final a la que había llegado.

4. MARCO PRÁCTICO DE LA INVESTIGACIÓN.

4.1. Estudio cualitativo.

Se ha optado por realizar una investigación cualitativa de estudio de casos, ya que con sólo cuatro casos era difícil hacer comparaciones estadísticas, así que el análisis debe ser descriptivo para cada caso. Para el estudio cuantitativo desarrollamos las siguientes partes que se exponen a continuación:

4.1.1. Protocolo y fase de contacto con el Centro.

De los cuatro niños analizados, dos de ellos han sido poniéndome en contacto con un centro educativo, a otro de ellos le haberles doy clases particulares y el cuarto lo he tenido en mi aula y yo he sido su tutora, durante el pasado curso escolar.

En cuanto a la fase de contacto con el centro, me he puesto en el contacto con el Director del colegio para pedirle permiso para realizarles las pruebas a los alumnos. Una vez que mi petición ha

sido aceptada me ha llevado a conocer a las tutoras de los niños a los que les voy a realizar las pruebas, a la orientadora del centro y a otros docentes que también están en contacto con estos niños. Me he pasado la primera parte de la mañana con uno de ellos y la otra parte de la mañana con el otro niño. Alberto de 13 años si está diagnosticado por el Equipo de Orientación desde hace unos años, está en sexto y está repitiendo curso. Francisco, es un niño de 7 años, que aún no está diagnosticado, aunque parece más que evidente que padezca este trastorno.

En el caso de Juan Antonio, el niño de 5 años que ha sido alumno mio casi un curso escolar entero, estaba en proceso de ser diagnosticado cuando yo llegué al centro. En este caso hablé con el Jefe de estudios y el Director que en ese momento eran mis compañeros y les pedí permiso para realizar las pruebas. Para analizar a Juan Antonio he tenido bastantes privilegios, ya que estuve en contacto con la orientadora, hablaba su familia, hablaba con las otras docentes que le impartían clase acerca de su comportamiento y proceso de aprendizaje e incluso pude tener una pequeña entrevista con una psicóloga que lo trataba en el CAIT (Centro de atención temprana), al cual acudía 3 cuartos de hora a la semana.

4.1.2. Aplicación de los Instrumentos y recogida de datos.

Aplicación de instrumentos.

El objetivo ha sido recoger toda información posible de cada niño y del ambiente que lo rodea. Los profesores (en el caso de Juan Antonio, yo) y las familias han sido nuestras principales fuentes de información, aunque también ha sido de suma importancia observar al niño en los diferentes ambientes.

En el caso de los dos niños que se encontraban en el Centro Educativo, han sido las tutoras las que me han remitido la información que tenían de las familias. En el caso del niño al que le imparto clases particulares, he entrevistado brevemente a su madre y ella me ha dado alguna información del colegio. Y en el caso de Juan Antonio de 5 años, yo misma he rellenado la entrevista para docentes y he hablado directamente con su familia, la orientadora y las otras maestras que le impartían clase.

En la entrevista con los padres hemos intentado recopilar toda la información posible y también cuales son sus sensaciones, cómo actúan en casa ante situaciones problemáticas del niño... Además les hemos pasado la Escala Connors donde se evalúa: atención- aprendizaje, problemas de agresividad- conducta, problemas de impulsividad- hiperactividad, dificultades psicósomáticas y alteraciones por ansiedad.

La entrevista con los profesores nos ha aportado información acerca del comportamiento en el aula, en el recreo y sobre su rendimiento académico. También les hemos aplicado la Escala Conners para profesores sobre hiperactividad, déficit de atención y problemas de conducta.

A la hora de evaluar al alumno los aspectos que hemos tenido en cuenta han sido: su capacidad intelectual, desarrollo cognitivo, análisis observacional de la conducta, los aspectos emocionales y la integración social del niño. Por lo que hemos aplicado distintas pruebas que abarcan varios campos, ya que una sola no sería suficiente para diagnosticar el TDAH. Lo que hemos hecho ha sido evaluar los comportamientos y capacidades del niño para ver si presenta los síntomas propios del trastorno.

Recogida de datos.

A continuación paso a explicar los resultados que se han obtenido cada uno de los alumnos evaluados en los distintos cuestionarios y escalas. Los cuales podrán encontrar en los ANEXOS 4, 5 y 6 que se adjuntan al final.

- Los resultados que ha tenido Juan Antonio de 5 años, en los cuestionarios que se le han aplicado son los siguientes:
 - Cuestionario de conducta de CONNERS para Padres (C.C.I.; Parent`sQuestionnaire, C. Keith Conners). La puntuación total ha sido de 28 puntos.
 - Cuestionario de conducta de CONNERS para Docentes. (C.C.E.; Teacher`s Questionnaire, C. Keith Conners). La puntuaciónobtenidatambién ha sido de 28 puntos.
 - Cuestionario: Criterios de diagnóstico TDAH según el DSM-IV. En este cuestionario ha obtenido 8 síntomas de desatención que han persistido durante más de seis meses, desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo y 9síntomas de hiperactividad e impulsividad que han persistido durante más de seis meses desadaptativa e incoherente con su nivel de desarrollo.

- Los resultados que ha obtenido Tomás de 10 años en las pruebas aplicadas han sido:
 - Cuestionario de conducta de CONNERS para Docentes. (C.C.E.; Teacher`s Questionnaire, C. Keith Conners). Ha obtenido una puntuación de 18 puntos.

- Cuestionario de conducta de CONNERS para Padres (C.C.I.; Parent`sQuestionnaire, C. Keith Connors).Ha obtenido una puntuación de 21 puntos.
 - Cuestionario: Criterios de diagnóstico TDAH según el DSM-IV.6 síntomas de desatención y 7 síntomas de hiperactividad.
- Los resultados que ha obtenido Francisco de 7 años en los cuestionarios aplicados han sido:
- Cuestionario de conducta de CONNERS para Padres (C.C.I.; Parent`sQuestionnaire, C. Keith Connors).Ha obtenido una puntuación de 6 puntos.
 - Cuestionario de conducta de CONNERS para profesores (Parent`sQuestionnaire, C. Keith Connors).Ha obtenido una puntuación de 8 puntos.
 - Cuestionario: Criterios de diagnóstico TDAH según el DSM-IV.Tiene 8 síntomas de desatención y ningún síntoma de hiperactividad- impulsividad.
- Los resultados obtenidos por Alberto de 13 años en los cuestionarios aplicados han sido:
- Cuestionario de conducta de CONNERS para Docentes. (C.C.E.; Teacher`s Questionnaire, C. Keith Connors).Ha obtenido un resultado de 28 puntos.
 - Cuestionario de conducta de CONNERS para Padres (C.C.I.; Parent`sQuestionnaire, C. Keith Connors).También un resultado de 28 puntos.
 - Cuestionario: Criterios de diagnóstico TDAH según el DSM-IV.Hemos registrado 5 síntomas de desatención y 9 de hiperactividad.

4.1.3. Análisis e interpretación de los resultados.

En este apartado del proyecto paso a exponer mi análisis e interpretación de los datos obtenidos a través de las diferentes pruebas pasadas a los alumnos y basándome también en las observaciones de cada uno ellos y en la información que he obtenido a través de las entrevistas con algunos padres y tutores.

- En el caso de Juan Antonio de 5 años creo que las pruebas han sido bastante contundentes, ya que prácticamente padecía la mayoría de los síntomas que indican que puede tratarse de un TDAH. En los dos questionarios para padres y profesores de conducta de Connors, uno rellenado por mí, ya que como he indicado en varias ocasiones fui su tutora el curso pasado, y el otro rellenado por sus tutores legales, que son su abuelo materno y la pareja de este, ha obtenido en ambos una puntuación de 28, cuando > 17 , ya se considera que hay riesgo de que padezca TDAH. En el questionario: criterios de diagnóstico TDAH según DSM-IV se han apreciado 9 síntomas de desatención y 9 síntomas de hiperactividad- impulsividad que han durado más de seis meses. Además me gustaría añadir que analizando las observaciones del aula, el comportamiento en casa, su relación con los iguales, su oposición a las normas... podríamos afirmar también que Juan Antonio podría padecer asociado un trastorno oposicionista-desafiante, ya que la descripción de este trastorno coincide con su comportamiento. Por lo tanto estamos casi en disposición de afirmar, a la espera de pruebas en el ámbito sanitario y neuropsicológico, que este niño podría padecer TDAH-subtipo combinado.
- En Tomás de 10 años, los resultados de las pruebas no han sido tan contundentes como en el caso anterior, pasamos a analizarlas a continuación. En los questionarios de conducta para padres y profesores de Connors ha obtenido una puntuación de 18 en el cuestionario de profesores, lo que le sitúa muy cerca de la sospecha de poder padecer TDAH, ya que con >17 es sospecha de padecer TDAH y en el cuestionario de padres ha obtenido una puntuación de 21 y a partir de >17 se considera sospecha de TDAH. En el questionario: criterios de diagnóstico TDAH según DSM-IV obtiene 6 síntomas de desatención y 7 síntomas de hiperactividad-impulsividad, por lo que podríamos decir que se acerca bastante a poder padecer un posible TDAH. Aunque como ya comenté anteriormente, Tomás es un niño muy inteligente que saca muy buenas notas, y aunque pudiera parecer contradictorio también hay niños con TDAH y altas capacidades, lo que se debería de indagar a través de más pruebas a nivel neurológico es si a causa de un posible TDAH tiene estos síntomas de hiperactividad, o es como consecuencia de su posible superdotación que su conducta es intensa y su gran curiosidad, que a veces puede provenir de su falta la motivación, pudieran confundirse con un con TDAH. Como conclusión podríamos decir, que desde el ámbito psicopedagógico, Tomás podría presentar TDAH hiperactivo-impulsivo.

- Los resultados obtenidos por Alberto de 13 años antes las pruebas realizadas son los siguientes: En los cuestionarios de conducta para padres y profesores de Conners ha obtenido unas puntuaciones de 28 puntos en ambas. Por lo tanto con esta prueba y que además ha sacado una puntuación bastante alta, corrobora que estamos ante un caso de TDAH. En el cuestionario: criterios de diagnóstico TDAH según DSM-IV ha obtenido 5 síntomas de hiperactividad-impulsividad y 9 síntomas de desatención. Por tanto parece evidente que estamos ante un caso de TDAH- desatento, tal y como además estaba diagnosticado por el Equipo de Orientación del centro. En este caso lo que queríamos demostrar era que si hubiese habido un diagnóstico precoz, quizás Alberto no hubiese llegado a esta situación. Como conclusión, estamos en disposición de decir que padece un TDAH desatento que además así lo constata el Equipo de Orientación del Centro.
- Los resultados obtenidos por Francisco de 7 años en el cuestionario de conducta para padres de Conners ha sido de 6 puntos y para que sea sospecha de TDAH tiene que haber una puntuación >17. En el cuestionario de conducta para profesores de Conners ha obtenido una puntuación de 8 puntos, por lo que se aleja bastante también de la puntuación que establece como sospecha de TDAH. En el cuestionario: criterios de diagnóstico TDAH según DSM-IV presenta 8 síntomas de desatención y ningún síntoma de hiperactividad-impulsividad. Teniendo en cuenta estos resultados, en el caso de Francisco de 7 años podríamos estar ante un posible caso de TDAH desatento, debido a que presenta más de seis síntomas de desatención, en más de dos ambientes y con una intensidad que es desadaptativa para su nivel de desarrollo, sin embargo en los cuestionarios de conducta de Conners los resultados han sido negativos. Por lo tanto llego a la conclusión de que Alberto puede padecer algún trastorno pero que quizás no sea TDAH. Aun así necesita que se le haga un diagnóstico por parte del Orientador.

4.2. Propuesta de Intervención en el aula para niños con TDAH.

Planteamiento del problema.

Se trata de realizar una propuesta de intervención para alumnos con TDAH. Consiste en proporcionar ideas útiles para intentar mejorar el comportamiento de estos niños, en las clases, a través de actividades, sin olvidarnos de que todos y cada uno de los alumnos son diferentes y que la respuesta ha de ser individualizada. Las distintas actividades se podrán adaptar dependiendo de la edad de los alumnos. Esta propuesta no necesita disponer de un horario específico sino que se puede intercalar en mitad de la jornada educativa en cualquier área. Tampoco tiene porque

realizarse de manera individual sino que puede participar el resto de la clase y de hecho se ha diseñado así para que el alumno al que se le aplique esta propuesta de intervención pueda interrelacionar con el resto de sus compañeros, aunque luego la evaluación se le hará a él. Tampoco tiene una organización temporal específica, sino que durara lo que el docente o docentes que la lleven a cabo estimen necesario.

4.2.1. Objetivos

Entre los objetivos que nos hemos marcado para esta propuesta de intervención, podemos destacar los siguientes:

- Favorecer el desarrollo normal de estos niños y niñas en el aula.
- Ayudar al niño a ser más autónomo e incrementar su autocontrol.
- Mejorar el comportamiento, rendimiento y calidad de vida de estos niños y niñas.
- Proporcionar una serie de pautas a los docentes con el fin de que las puedan aplicar en el aula.
- Proponer actividades y la utilización de materiales que motiven a este tipo de alumnos.

4.2.2. Contenidos a trabajar

Se exponen a continuación los contenidos que vamos a trabajar en este programa, en función de las variables que se miden en las Pruebas del DMS-IV.

- La Motricidad.
- La Atención.
- El Comportamiento.
- Las Habilidades sociales.
- La Autoestima.
- La Relajación.

4.2.3. Conductas o características y actividades para mejorar esas conductas.

Proponemos una serie de actividades cuya finalidad es trabajar los distintos contenidos citados anteriormente y que van destinadas a niños desde Infantil hasta Primaria. Las actividades se

pueden adaptar a la edad de los alumnos cambiando el nivel de dificultad. Se trata de mejorar ciertas conductas que estos niño/as realizan en el aula a través de actividades cuyo objetivo es extinguir dichas conductas.

La Motricidad.

“El 50% de los niños con TDAH presenta torpeza motora” (Laeger, 2002). Cuando un niño/a presenta problemas del desarrollo psicomotor, se producen unas alteraciones, en las que se ven afectados algunos aspectos de su desarrollo. Lo que quiero lograr con este programa es que los niños/as que padecen TDAH logren un mayor dominio de su cuerpo y más autonomía, trabajando también la inhibición, control corporal, la autoestima...para ello propongo actividades que sean variadas y que despierten su curiosidad, que sean participativas, que tengan como objetivo la resolución de problemas...etc.

1. Para trabajar la psicomotricidad y expresión corporal enseñar una coreografía de forma dramatizada siguiendo el ritmo de la música en la que participará toda la clase.
2. Con cualquier objeto, pelotas, cuerdas o material de psicomotricidad podemos realizar actividades donde vayamos dándole distintos órdenes para que los coloquen en las distintas partes del cuerpo trabajando el esquema corporal, a un lado u otro del cuerpo trabajando la lateralidad.
3. Desplazarse por la sala de psicomotricidad imitando el movimiento de los distintos animales: arrastrarse por el suelo como si fueran gusanos, saltar con las piernas juntas como si fueran canguros, andar a cuatro patas hacia atrás imitando a los cangrejos, agachados dando golpes en el pecho como monos... (se pueden imitar tantos animales como se quieran).
4. El profesor lee un libro, o si son alumnos mayores lo leerá algún compañero/a y los demás niños de la clase tienen que interpretarlo realizando las mismas acciones que narra el cuento. Aquí además trabajamos la dramatización.
5. “El mundo al revés”. El profesor indica una postura o dirección y los alumnos deben hacer la contraria. También se pueden poner por parejas y un alumno da las órdenes y cuando el que las realiza se equivoca cambian de posición.

La Atención.

Junto con la memoria, motivación y comunicación es la atención una de las bases fundamentales del aprendizaje así como para el propio rendimiento académico de los alumnos. Para los niños/as que padecen el TDAH la incapacidad para mantener atención supone un grave problema y les produce un rendimiento inferior a sus posibilidades reales. La falta de atención en un niño puede presentar déficits y carencias asociados a la percepción auditiva, visual, carencia de orden

psicomotor, de orden neurológico y carencias afectivas y es por ello que vamos a proponer una actividad para cada una de estas carencias:

1. Para trabajar tanto la atención de una forma entretenida y divertida podemos trabajar con “mandalas”, que además suelen gustar mucho a los niños. También podemos acompañar el trabajo con música relajante para potenciar la relajación y la tranquilidad.
2. Una actividad que iría dirigida a trabajar la agudeza auditiva sería la siguiente: se le da a un niño una lista de 10 palabras y otro niño una lista con las mismas palabras pero que le falte una, el objetivo será encontrar la que falte.
3. Para trabajar la atención visual pondremos una lámina grande que sea llamativa, motivadora y de temas que les atraigan a los niños y nosotros le haremos preguntas acerca de dónde están situados ciertos elementos en la lámina, que nos describan algún personaje u objeto de la escena. La temática puede ser infinita y la dificultad dependerá de la edad de los alumnos.
4. Haremos que un niño se suba a una silla, los demás compañeros lo observarán con detalle. Lo sacamos fuera de la clase y le cambiamos algunas cosas de su ropa o de su aspecto, por ejemplo le desabrochamos un botón, le bajamos un calcetín, le cambiamos la forma en que lleva peinado el pelo...etc. También podríamos hacer esta actividad cambiando algunos elementos de la clase.
5. Podemos trabajar también la observación. Por ejemplo con un dictado, aunque se puede hacer con otras cosas, lo escribimos en la pizarra con varios errores y los niños tendrán que darse cuenta que palabras son las que están mal escritas. Esto puede hacerse también con operaciones de matemáticas por ejemplo.
6. Leer un cuento o una historia en la que se cuenten distintos hechos, se describan objetos, personas...luego leeremos la misma historia pero cambiando, añadiendo o modificando algunos detalles. Los niños tendrán que detectar cuales son los aspectos que han cambiado respecto a la primera historia que contamos.

Las Habilidades sociales.

Los niños que padecen este trastorno a menudo tienen problemas de relación con la familia, sus iguales, otros adultos...con estas actividades queremos conseguir que el niño aprenda comportamientos eficaces en las relaciones interpersonales. Para ello proponemos algunas actividades:

1. Sentados en círculo cada compañero irá pasando un ovillo de lana al compañero que tiene al lado diciendo algo positivo de esa persona, al final todo el grupo está unido y liado gracias al ovillo.

2.La cadeneta. Se trata de una actividad para valorar el trabajo en equipo. Se divide la clase en varios grupos con el mismo número de personas y se les reparte folios, colores, tijeras y pegamento. Ganará el quipo que haga una cadeneta con el mayor número de eslabones, si a alguno de los miembros del grupo se le acumula el trabajo, otro compañero deberá ayudarlo.

3.Esta actividad se llama “tenemos un problema”. Dividimos la clase en dos grupos y exponemos un problema, le preguntamos a uno de los grupos que harían si les pasara a ellos y el otro grupo debe complicar aún más la situación. Si logran resolver el problema gana el equipo que pone soluciones y sino lo resuelven el equipo que pone los inconvenientes.

4.¿Qué harías tú? .Vamos a proponer a los alumnos varias situaciones y les vamos a preguntar a los alumnos que harían en esa situación. Cuando alguno de los alumnos haya respondido a la pregunta les preguntaremos a los demás que piensan y si hubiesen hecho lo mismo, luego entre todos intentaremos buscar la respuesta más adecuada. Esta actividad va encaminada a comprender las normas de conducta y ver que no podemos hacer lo que queramos, sino que hay que respetar unas normas.

5.Yoyó. Se entrega a cada participante una copia de la ficha (que vamos a mostrar a continuación). Cada niño/a lo rellena individualmente y luego se hace una puesta en común. El objetivo de esta actividad es practicar la construcción los mensajes en primera persona. Esta actividad se puede adaptar a Infantil haciéndola de forma oral y planteando situaciones mas sencillas.

Ejemplo de la ficha:

1. Cuando vas a salir de casa, pasas por la cocina y ves que tu hermano/a se está comiendo el bocadillo que tu madre te ha preparado para ir al cole.

Cuando tú.....

Me siento.....

Porque.....

La Autoestima.

Los niños/as con TDAH suelen tener una autoestima muy baja, ya que a menudo fracasan en los estudios, se meten constantemente en problemas y no son socialmente aceptados. Si las personas que los rodeamos, sobretodo familia y escuela, en lugar de destruir su autoestima con comentarios negativos la fomentamos, le haremos la vida mucho más fácil. Por ello planteamos una serie de actividades para fomentar su autoestima.

1. “El árbol”. Cada niño dibuja un árbol con hojas en un folio y les pedimos que en cada hoja escriban las cualidades positivas que se creen que tienen, las cosas positivas que hacen y sus

triumfos. Luego se hace una puesta en común y cada alumno irá añadiendo otras cualidades que los demás les reconocen.

2. “El objeto más bonito del mundo”. Dentro de un caja metemos el objeto más bonito del mundo, cada niño se irá acercando de forma individual y abrirá la caja, sin decir lo que hay dentro nos dirá, si lo que has visto para él es lo más bonito del mundo. Nosotros observaremos las reacciones de cada niño y veremos su reacción al mirar dentro de la caja. Dentro habrá un espejo.

3. “Soy así”. Se pedirá a los niños que escriban una redacción describiéndose a sí mismo para ver la percepción que tienen de cada uno. En la redacción tendrán que aparecer los siguientes aspectos: las cosas buenas que los otros ven en mí, las cosas no tan buenas que los demás ven en mí, los aspectos de mi personalidad que le gustan a mis profesores y los que no les gustan tanto, virtudes y defectos que mi familia ve en mí, y los defectos y virtudes que ven en ellos mismos. Luego los pondremos por grupos y cada miembro del grupo irá leyendo su redacción, sus compañeros dirán si están de acuerdo o no y si han sido realistas.

4. “El caza-abrazadores”. Los niños se reparten por la clase por un espacio determinado, a la señal del profesor todos deben buscar una pareja con la que abrazarse, cada vez que suene la señal tendrá que ser con una pareja distinta. Dos niños hacen de caza-abrazadores y una vez que han pillado a un compañero sin pareja se intercambian. El objetivo de esta actividad es mejorar la autoestima de los niños con TDAH, ya que reforzará las relaciones con los compañeros de la clase.

5. “Adivina adivinanza”. Los niños se sentarán en círculo y escribirán en una hoja tres características no físicas de la persona que tienen al lado derecho. Luego los doblarán y los meterán todos en un saco. Cada alumno debe sacar un papel, leer los adjetivos y tratar de adivinar de quien se trata y explicar porque cree que se trata de ese compañero.

La Relajación.

Una de las mejores formas de ayudar a los niños con TDAH a controlar su impulsividad son las diversas técnicas y actividades de relajación, ya que la impulsividad es uno de los factores que más afecta a estos niños y es necesario controlarla. A continuación proponemos algunas actividades que ayudarán a estos niños a relajarse:

1. Técnica del semáforo. Llega un momento que a estos niños de tanto castigarlos, se hacen insensibles al castigo, por ello con esta técnica se pretende que haya un código secreto entre la maestra y el alumno. Les explicaremos que ya no queremos castigarlo más y que lo vamos a ayudar a controlar sus impulsos creando un pacto secreto que sólo sabremos nosotros dos. Podemos colocar en la pizarra, pared o en un panel un papel o cartulina que irá cambiando de color según como se encuentre el alumno. Si está de color verde es que todo va bien, si está de color naranja tiene que tener cuidado, ya que eso quiere decir que se está empezando a comportar mal y si

finalmente está de color rojo quiere decir que deberá cumplir un castigo porque no ha conseguido controlarse. También podemos utilizar un código visual para ser más discretos, como por ejemplo: dar golpecitos en la mesa con un bolígrafo, guiñarle un ojo...

2. “La tortuga”. Podemos enseñarles esta técnica y cada vez que estén muy agitados en clase, podemos decir: “nos convertimos en tortugas” y tumbados, somos como una tortuga que va escondiendo su cabeza y sus patas. El niño debe haber encogido y tensado los músculos de las piernas, brazos y cuello. A continuación sale el sol y el animal va sacando la cabeza y estirando sus extremidades hasta que se queden relajados.
3. “Carrera de caracoles”. Se trata de hacer carreras entre dos o más compañeros y el que gana será el que llegue el último. Hay que ir avanzando a cámara lenta, ejercitando movimientos sumamente lentos y el controlando la impulsividad.
4. “El globo”. Dentro de la relajación cobra especial importancia la respiración, este juego trata de invitar al niño a descansar utilizando la espiración y la inspiración. La actividad consiste en que los niños se convierten en globos que se hinchan y se deshinchán. Imaginamos que tenemos una bomba de aire en las manos y cuando el profesor diga: “Hinchar”, todos empezaran a inflarse lentamente como si fueran globos, luego nos pondremos la mano en la barriga y haremos el proceso inverso para deshincharnos.
5. Enseñar al niño a concentrarse en relajar sus músculos mientras está tumbado. Pidiéndole que con los ojos cerrados vaya moviendo lentamente las distintas partes de su cuerpo y centrándose en cada uno de sus músculos. Mientras podemos acariciarlos con algún objeto de tacto suave que les ayudará a relajarse aun más.

4.2.4. Recursos materiales.

El material para esta propuesta de intervención puede ser “infinito”, ya que aparte de los materiales citados en las actividades propuestas, se pueden introducir otros materiales alternativos. Para ello estos deben ser polivalentes, estimulantes, variados y en la medida de lo posible elementos de la vida cotidiana. Entre los tipos de materiales podemos destacar: material sensorial, de psicomotricidad, para la expresión corporal y dramatización, materiales de lenguaje, música, expresión plástica, lógica- matemática, de observación y experimentación y material audiovisual e informático.

4.2.5. Orientaciones a Familias.

Las familias tendrán que estar al tanto de esta propuesta de intervención y debemos transmitirles el plan de actuación que vamos a realizar, además sería muy conveniente también ofrecerles ideas para reforzar en casa lo trabajado, como por ejemplo las siguientes:

- Establecer un horario fijo para que haga las tareas.
- Que tenga su lugar de estudio fijo, donde haya tranquilidad.
- Eliminar las máximas distracciones posibles.
- Ponerle un lugar en la casa donde guarde todos sus materiales escolares.
- Ayudarlo a programarse el tiempo a la hora de realizar una tarea.
- Proporcionarles pautas para ayudarlos en las tareas.
- Estar pendientes de las tareas escolares que llevan para casa.

Para ello mantendremos una comunicación continua con la familia e insistirles de lo importante que es para que esta propuesta se lleve a cabo de manera satisfactoria y para la mejora del alumno/a que ellos estén muy involucrados.

4.2.6. Orientaciones a Docentes.

Para que esta propuesta de intervención se lleve a cabo es imprescindible la labor del docente. Por este motivo los docentes deben realizar algunas acciones encaminadas a que esta propuesta de intervención se desarrolle con éxito y por ello les daremos algunas pautas, como son:

- Conocer en que situación se encuentra el niño para adaptarle esta propuesta de intervención de manera que sea individualizada.
- Adaptar las actividades, sobretodo el tiempo que se dedica a ellas, de manera que al principio el tiempo será menor, para que después poco a poco se vaya incrementando. Ya que en la mayoría de los casos se trata de niños que no mantienen la atención durante un tiempo prolongado.
- Adaptar el nivel de dificultad de las actividades, irán en orden creciente de dificultad. Cuando el docente vaya observando que ha superado una situación, podremos pasar a la siguiente.
- Premiar y felicitar al niño sobre sus logros y triunfos. Aquí serán muy conveniente utilizar las técnicas de modificación de conducta citadas en apartados anteriores.
- Intentar que el niño no se dé cuenta de que estas actividades son para que el rectifique conductas, sino que las haremos de manera espontánea e implícita y donde además participarán el resto de los alumnos, mejorando sus habilidades sociales que era uno de los contenidos que nos habíamos marcado.

- Como ya dijimos al principio de esta propuesta de intervención, sería conveniente que el docente que lleve a cabo esta propuesta lleve un registro (ANEXO 3) donde pueda apuntar los obstáculos que se va encontrando el alumno, si va superando los objetivos propuestos, motivación a la hora de realizar las actividades, actitudes que presenta, anécdotas...

5. CONCLUSIONES.

Como ya expusimos al comienzo de este trabajo el objetivo principal, ha sido conocer un poco más acerca del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en la edad escolar, y mostrar algunas orientaciones a docentes y familias, para que haya un mayor conocimiento entre la Comunidad Educativa acerca de este trastorno. Este desconocimiento supone que los niños con TDAH en el aula, lejos de mejorar, pueden empeorar si no se les trata de la manera adecuada y no conocemos cuales son las pautas que debemos de seguir para mejorar su atención, su rendimiento escolar, su comportamiento, su hiperactividad motriz, etc.

Es importante y muy necesario, conocer cuándo podemos estar ante un niño con TDAH, a qué profesionales debemos avisar y qué recomendaciones habrá que darles a los familiares de estos niños para que su comportamiento mejore también en casa. El presente trabajo realizado nos ha dado una fundamentación muy amplia en nuestra formación y no solo hemos aprendido muchos aspectos relacionados con el trastorno del TDAH en niños de edad escolar, sino que además hemos podido desarrollar ciertas pautas para investigar y buscar en profundidad acerca de un tema, a contrastar varias fuentes y elegir la de mejor calidad. Además nos resulta muy práctico para ser aplicado en la vida cotidiana, ya que si en la vida diaria docente nos encontramos con un niño con estas características, podremos pasarle los test que se han aplicado en este proyecto para ver si existen indicios de TDAH, y en el caso posible, derivarlo a los especialistas y seguir las pautas de la propuesta de intervención con el fin de hacerles más fácil la vida a estos niños/as.

A la conclusión más importante que hemos llegado con este Trabajo ha sido que nosotros como profesionales de la Educación tenemos la responsabilidad y en está en nuestra mano el impedir que nuestros alumnos crezcan con un trastorno el cual no ha sido identificado por falta de conocimiento entre los docentes y la Comunidad Educativa en general. Es nuestro deber tener aunque sea un mínimo de información acerca de algunos trastornos comunes que puede estar sufriendo nuestro alumnado y es nuestra obligación ponernos en contacto con los profesionales del Centro y con la Familia para llevar a cabo cuanto antes un diagnóstico acerca de “qué está ocurriendo” y “cómo podemos solucionarlo”

6. REFLEXIONES, LIMITACIONES Y PROSPECTIVAS.

Los resultados obtenidos en este proyecto, nos sugieren la necesidad de realizar pruebas más sistemáticas y exhaustivas a niños que se encuentren en edad escolar y que a priori muestren los síntomas de un niño/a con TDAH, ya que cuanto antes lo preveamos, mejor para el niño y su familia. En un principio lo que se quería era indagar acerca del TDAH en niños de Educación Infantil y lo importante que era una detección precoz, pero debido a la escasa información encontrada, ya que normalmente el diagnóstico se suele hacer a partir de los 6 años, decidimos ampliar el campo y ver que es uno de los trastornos mas comunes en la edad escolar y que hay un gran desconocimiento hoy en día sobre este tema tanto en docentes como en los familiares de estos niños y yo lo he podido comprobar en primera persona como ya hemos comentado a lo largo de este trabajo. Es por ello que nos decantamos por la idea de hacer una propuesta de intervención en el aula para alumnos con TDAH con pautas prácticas y siempre teniendo en cuenta que deben adaptarse a cada niño de forma individualizada. En ella hemos abordado unos objetivos, contenidos, actividades y materiales que pueden adaptarse dependiendo de la edad y el subtipo del niño, las infraestructuras del centro o recursos de los que dispongan, etc.

En cuanto a las pruebas realizadas a los alumnos, lo que se pretendía con ellas era analizar porque niños que tenían síntomas más que evidentes de poder padecer este trastorno y, excepto uno de ellos que si estaba diagnosticado, aunque tarde, a los demás no se les ha realizado ninguna prueba, aun teniendo más de 6 años, lo que pone de manifiesto la falta de conocimiento sobre este tema entre los docentes, ya que todos los niños sacaron puntuaciones en los test, que aunque deben ser examinados en otros campos como el sanitario y el neurológico, dejan entre ver que podrían tratarse de niños con TDAH. Entre las limitaciones que hemos encontrado cabe destacar que no ha sido posible realizar las pruebas a un gran número de niños, con lo que podríamos haber confirmado si realmente existen muchos niños/as en las aulas que padecen serios indicios de ser TDAH, pero por la falta de información de los docentes y las familias, y creyendo que son “niños maleducados, vagos o desafiantes”, no se inicia un diagnóstico para ver que les pasa realmente.

En cuanto a las prospectivas futuras, sería muy interesante realizar un proyecto de investigación acerca de Niños Superdotados con TDAH, ya que pudimos observar en uno de los niños estudiados, Tomás de 10 años, que además de tener algunos síntomas que podrían apuntar que padece TDAH, podría presentar también altas capacidades que además es un tema sobre el cual actualmente no hay demasiados estudios ni demasiada información, ya que también se juntan dos situaciones excepcionales lo que dificulta más aun el diagnóstico, por lo que sería muy interesante indagar acerca de este tema.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Arnsten A. y Li B. M. (2005). Neurobiology of Executive Functions: Catecholamine Influences on Prefrontal Cortical Functions. *Biological Psychiatry*, 57, 1377-1384.
- CIE 10 (1994). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Barkley, R. A. (2002). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. México: Paidós.
- Barkley, R.A. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V. *Revista de Neurología*, 48 (Supl 2).
- Brown, T. (2003). *Trastornos por Déficit de Atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*. Barcelona: Masson.
- Castellanos, F. y Pineda, D. (2001). Neuroimágenes y neurobiología del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *TDAH Journal Terremotos y Soñadores*, 1, 2, 49 - 58.
- Heyder, K., Suchan, B. y Daum, I. (2003). Cortico-subcortical contributions to Executive control. *Acta Psychologica*, 115, 271-289
- Hohman, L.B (1922). Post-Encephalitic Behavior Disorder in Children. *John Hopkins Hospital Bulletin*.
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. Boletín Oficial del Estado (2006), pp. 17158 - 17207.
- Martínez, M.A. y Conde, H. (2009). *Trabajar con personas con TDAH, una labor de equipo*. Burgos: Universidad de Burgos.
- Miranda, A. y Soriano, M. (2010). Tratamientos psicosociales eficaces para el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad. *Información Psicológica*.

- Miranda, A., García, R. y Jara, P. Acceso al léxico y Comprensión lectora en los distintos subtipos de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Revista de Neurología Clínica*. Volumen 2 (2001), número 1 (1-342)
- Miranda Casas, A., Amado, L., y Jarque, S. (2001). *Trastornos por déficit de atención con hiperactividad, una guía práctica*. Madrid: Ed. Aljibe.
- Miranda, A., Roselló, B. y Soriano, M. (1998). *Estudiantes con problemas atencionales*. Valencia: Promolibro.
- Miranda, A., Grau, D., Meliá, A. y Roselló, B. (2008). Fundamentación de un programa multicomponencial de asesoramiento a familias con hijos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 46.
- Moreno, I. (1996). *Hiperactividad. Prevención, evaluación y tratamiento en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Montague, M. and Castro, M. (2005). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Concerns and Issues. In P. Clough, P. Garner, J.T. Pardeck y F. Yuen (Edit.) *Handbook of Emotional & Behavioural Difficulties*. London: SEGE Publications.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Manual de trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Orjales I, Polaino-Lorente A. (1992). Estilos cognitivos e hiperactividad infantil: los constructos dependencia - independencia de campo perceptivo e impulsividad – reflexividad. *Bordón*, 44, 421-430.
- Orjales, I. (2002). *Déficit de Atención con Hiperactividad. Manual para padres y educadores (7ª ed.)*. Madrid: CEPE.
- Orjales, I. y Polaino, A. (2010). *Programas de intervención cognitivo- conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad (DDAH)*. Madrid: CEPE.

8. BIBLIOGRAFÍA.

- Congreso virtual de Psiquiatría (2009). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Comorbilidad.
- Consenso multidisciplinar en TDAH (2006). *Infancia y adolescencia*. Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo.
- DGER (2012). Protocolo de Intervención Educativa con los alumnos con TDAH. Gobierno de la Rioja: Dirección General de Educación.
- Fundación ADANA (2012). Guía práctica para educadores. El alumno con TDAH. De WWW.f-adana.org. Recuperado el día 8/10/2012.
- Mena Pujol, B.; Nicolau Palou, R.; SalatFoix, L.; Tort Almeida, P. y Romero Roca, B. (2006). *Guía práctica para padres. El alumno con TDAH. Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*. Barcelona: Mayo.
- Sin Autor (2005).Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad en la Infancia (TDAH) 1ª Parte (2005). *Sociedad de Pediatría*. Asturias, Cantabria y Castilla y León.
- Sin autor (2007). TDAH. Guía breve para profesores. - Propuesta Psicoeducativa de Evaluación y Tratamiento en niños/as con TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente* 2007, 7(1): 110-124
- Sin autor (2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de Historia de la Psicología*, vol. 31, núm. 4 (diciembre) 23-36

9. ANEXOS.

En este último apartado que consta de seis Anexos, he seleccionado algunos documentos que me han parecido interesantes y de los que hemos hablado a lo largo del Trabajo, entre ellos se encuentran: los Criterios DSM-IV TR para el diagnóstico del TDAH, de los que tanto se han nombrado a lo largo del Proyecto (ANEXO 1), , la ejemplificación de una Adaptación Curricular No Significativa para un alumno con TDAH que me ha parecido muy interesante (ANEXO 2),Registro a rellenar por el Docente para ir anotando las evoluciones del alumnos (ANEXO 3), los Cuestionarios pasados a los niños con los ítems evaluados (ANEXOS 4, 5 y 6).Y por último un ejemplo de Modelo de diagnóstico Psicopedagógico (ANEXO 7).

ANEXO 1. Criterios DSM-IV TR para el diagnóstico del TDAH. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson. Documento extraído de www.Psiquiatria.com.

A.

1. Seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

Falta de atención (o desatención)

- a. A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- b. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- c. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- d. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargo u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender las instrucciones)
- e. A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades
- f. A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- g. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (como juguetes, trabajos escolares, lápices, libros o herramientas)
- h. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- i. A menudo es descuidado en las actividades diarias

2. Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

Hiperactividad

- a. A menudo mueve en exceso las manos o los pies o se remueve en el asiento.
- b. A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en las que es inapropiado hacerlo.
- c. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo (en los adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- d. A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- e. A menudo 'está en marcha' o actúa como si 'tuviera un motor'
- f. A menudo habla en exceso

Impulsividad

- a. A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- b. A menudo tiene dificultades para guardar turno
- c. A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej., se entromete en conversaciones o juegos)

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o a un trastorno de la personalidad).

ANEXO 2. Ejemplo de una Adaptación Curricular No Significativa para un alumno con TDAH.

En este Anexo se presenta un ejemplo de adaptación curricular no significativa realizado por un Equipo de Orientación Educativa de Alhaurín El Grande (Junta de Andalucía, Consejería de Educación) para un alumno con TDAH.

Dificultad/necesidad de apoyo	Actuaciones/Estrategias	Indicadores de éxito de la Estrategia
<p>DEBERES</p> <p>-No hace los deberes. -No trae los libro y/o materiales adecuados a clase</p>	<p>APOYO EN EL USO DE LA AGENDA ESCOLAR</p> <p>- El profesorado comprobará que el alumno lo ha apuntado en la agenda. - La familia comprobará diariamente que realiza los deberes apuntados en la agenda. -La familia preparará o comprobará que ha introducido en la maleta los libros y materiales necesarios para el día siguiente.</p>	<p>-Nº de días/semana en los que usa adecuadamente la agenda. - Nº de días/semana que realiza las tareas para casa.</p>
<p>EXPLICACIONES</p> <p>No atiende en las explicaciones</p>	<p>Acercarnos a su mesa y continuar explicando desde allí cuando veamos que está perdiendo el hilo. Hacerle preguntas frecuentes y fáciles.</p> <p>REFORZAR: Concederle un punto por cada explicación en las que haya atendido y participado con interés Cambio en la forma de realizar la exposición en clase</p> <p>ESTRATEGIAS CON COMPAÑEROS/AS Asignarle un alumno tutor para revisar los puntos fundamentales de la explicación.</p> <p>EXPLICACIONES</p> <p>Explicarle a otro alumno con más dificultades que él en el aprendizaje los conceptos fundamentales de la exposición.</p>	<p>- Mira al profesor. - No hace otras cosas mientras (ojear libro, dibujar,...) - Responde correctamente a las preguntas realizadas por el profesorado durante la explicación.</p>

Dificultad/necesidad de apoyo	Actuaciones/Estrategias	Indicadores de éxito de la Estrategia
Se pierde en las lecturas globales	<p>HACER PARTICIPAR EN LECTURA COMÚN Juego “caza palabras”. Profesor dice el nombre de un alumno y lee sólo la siguiente palabra.</p> <p>CARTÓN SEÑALADOR Permitir el uso de un cartón plastificado, que puede confeccionar el mismo niño y que situará bajo las líneas del texto a medida que se va leyendo, con el fin de evitar tantas pérdidas y ayudar al niño a que no le resulte tan difícil incorporarse a la lectura una vez «vuelve» de la distracción.</p> <p>ACUERDOS PREVIOS Éstos pueden volver a ser aquí muy efectivos. Saber previamente qué parte del texto le corresponde leer incrementará su nivel de atención durante la lectura en grupo.</p>	- Es capaz de seguir leyendo por donde el compañero dejó la lectura.
<p>TAREAS DE CLASE</p> <p>No entiende la tarea que tiene que realizar una vez leída la actividad.</p>	<p>REDONDEAR LA ACCIÓN</p> <p>Conviene entrenar al niño para que, ante cualquier instrucción escrita, rodee con un círculo la palabra o palabras que le indiquen la acción o acciones que tiene que llevar a cabo para resolver la tarea. Por ejemplo: Une las palabras de la derecha con las de la izquierda y tacha las que sobran.</p>	<p>-Autonomía en la realización de actividades: Pregunta al profesor lo que ha de hacer, ejercicios que comienza solo, ejercicios que finaliza por él mismo.</p> <p>- N° de actividades que realiza en clase.</p>

Dificultad/necesidad de apoyo	Actuaciones/Estrategias	Indicadores de éxito de la Estrategia
No realiza de manera adecuada las tareas	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminar contenidos y actividades menos importantes del tema, sin que ello suponga la no adquisición de los objetivos básico. - Más actividades sobre los contenidos básicos para asegurarnos su aprendizaje. - Aplicar autoinstrucciones 	

Dificultad/ Necesidad de apoyo:	Actuaciones / ESTRATÉGIAS	Indicadores de éxito de la estrategia
<p>EXÁMENES: Obtiene peor rendimiento en los exámenes que en las tareas realizadas en clase. Se comprueba que tienen el conocimiento evaluado. No termina los exámenes. Contesta las preguntas brevemente. Posible causa: -demasiado tiempo de atención sostenida. -dificultad por el formato de examen</p>	<p>Potenciar la evaluación continua. Aumentar el porcentaje de la evaluación que corresponde a la realización correcta de tareas, a responder correctamente en clase y/o a la realización de trabajos.</p> <p>Procedimientos de evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exámenes más cortos. - Realizar más número de exámenes (ej: 2 por tema). - Entregarle el examen por escrito para disminuir el tiempo del examen al eliminar la tarea de copiado. -Examen oral: de todo o de una parte. - Presentar el examen en partes (hojas). 	<p>Procedimientos de evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Número de preguntas que contesta. -Adecuación de las respuestas y longitud de las mismas. -Calidad de la escritura: presentación, grafía y ortografía. - Resultados obtenidos en los exámenes.
Malos resultados en los exámenes de tipo "teórico".	<p>Enseñar técnicas de trabajo intelectual.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incluir cómo tareas la realización de esquemas, el subrayado y mapas conceptuales. 	

ANEXO 3. Ejemplo de informe periódico a rellenar por el profesor.**INFORME PERIÓDICO DEL PROFESOR**

Nombre: Curso:

Semana: Colegio:

Profesor:

Conducta: Muy buena Deberes: Bien Buena Regular Regular Mal Inadecuada Exámenes: Muy buenos Esfuerzo: Muy positivo Buenos Positivo Regulares Mínimo

Deficientes

Deficiente Calidad del trabajo: Excepcional Progreso: Satisfactorio Adecuada Aceptable Pobre Deficiente

Atención:

Adecuada Dispersa Pobre

ANEXO 4. Cuestionario de CONNERS para Profesores aplicado a los alumnos.**Cuestionario de conducta de CONNERS para PROFESORES****(C.C.E.; Teacher`s Questionnaire, C. Keith Connors). Forma abreviada**

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PROFESORES				
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Tiene excesiva inquietud motora.				
2. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.				
3. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
4. Molesta frecuentemente a otros niños.				
5. Tiene aspecto enfadado, huraño.				
6. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
7. Intranquilo, siempre en movimiento.				
8. Es impulsivo e irritable.				
9. No termina las tareas que empieza.				
10. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
TOTAL...				

Instrucciones:

_ Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA = 0 PUNTOS.

POCO = 1 PUNTO.

BASTANTE = 2 PUNTOS.

MUCHO = 3 PUNTOS

_ Para obtener el **Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad** sume las puntuaciones obtenidas.

_ Puntuación:

Para los **NIÑOS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >17 es **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN

CON HIPERACTIVIDAD.

Para las **NIÑAS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa **sospecha** de

DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

ANEXO 5. Cuestionario de CONNERS para padres aplicado a los alumnos.**Cuestionario de conducta de CONNERS para Padres
(C.C.I.; Parent`s Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.**

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PADRES				
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Es impulsivo, irritable.				
2. Es llorón/a.				
3. Es más movido de lo normal.				
4. No puede estarse quieto/a.				
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
6. No acaba las cosas que empieza				
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
10. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
TOTAL.....				

Instrucciones:

_ Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA = 0 PUNTOS.

POCO = 1 PUNTO.

BASTANTE = 2 PUNTOS.

MUCHO = 3 PUNTOS

_ Para obtener el Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad sume las puntuaciones obtenidas.

_ Puntuación:

Para los NIÑOS entre los 6 – 11 años: una puntuación >17 es sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN

CON HIPERACTIVIDAD.

Para las NIÑAS entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa sospecha de

DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

ANEXO 6. Cuestionario: criterios de diagnóstico TDAH según DSM-IV aplicado a los alumnos.

1. DESATENCIÓN	SI	NO
a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares.		
b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en los juegos.		
c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.		
d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones (no por rebeldía ni por incapacidad para comprender instrucciones).		
e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.		
f) A menudo evita, le disgusta o es reacio a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.		
g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (ejem.: juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros...)		
h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.		
i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.		
2. HIPERACTIVIDAD		
a) A menudo mueve en exceso manos y pies, o se remueve en su asiento.		
b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.		
c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).		
d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.		

e) A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.		
f) A menudo habla en exceso.		
3. IMPULSIVIDAD		
g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.		
h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.		
i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos).		

A. Para que sean diagnosticados como TDAH el inicio del trastorno debe ser posterior a los siete años.

B. Los criterios deben cumplirse en más de una situación.

C. Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.

D. No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maniaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.

En general, el sistema de clasificación DSM-IV-RV (2002) de la APA ha conseguido una aceptación superior al sistema CIE de la OMS, tanto en el diagnóstico clínico como en la investigación, razón por la cual nos centramos en la descripción del primero.

ANEXO 7. Ejemplo del Modelo de Informe Psicopedagógico. Documento extraído de “Protocolo de Intervención Educativa con los alumnos con TDAH (2012). Dirección General de Educación. Gobierno de la Rioja.”

I.- DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos:

Fecha de nacimiento:

Edad cronológica:

Curso:

Centro:

Domicilio:

Teléfono:

II.- DATOS DE LA EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA

Fecha del estudio:

Motivo del estudio:

Técnicas empleadas y resultados obtenidos:

(Nombre de la técnica o prueba y resultado numérico o categoría)

III.- RESUMEN DIAGNÓSTICO Y NECESIDAD ESPECÍFICA DE APOYO EDUCATIVO

(Del análisis de los datos obtenidos en la evaluación realizada al alumno se evidencia la existencia de un

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad)

IV.- ORIENTACIONES PARA LA PROPUESTA CURRICULAR

(Medidas educativas adoptadas para ajustar la respuesta educativa a las necesidades del alumno)

En....., a..... de..... de.....

Fdo. D./Dña.....

Orientador/a del centro