



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL DE
VALLADOLID

TRABAJO DE FIN DE GRADO

MEJORAR LA ATENCIÓN Y LA IMPULSIVIDAD EN ALUMNADO CON TDAH.

Autor: Isabel Sierra de los Mozos para optar al Grado de Educación Primaria por la
Universidad de Valladolid.

Tutor académico: Julia Alonso García

Valladolid, 2015

RESUMEN

Este Trabajo de Fin de Grado pretende hacer una aproximación al tema del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

En la primera parte del trabajo, se ha hecho una breve revisión teórica a las teorías y autores más importantes que han tratado este tema obteniendo así aspectos como: descripción clínica, etiología, características y tratamientos.

En la segunda parte se presenta de manera más dinámica y con carácter más práctico una propuesta de intervención, centrada en un estudio de caso, con el que se trabajarán dos aspectos fundamentales; la atención y la impulsividad.

El fin de esta propuesta es dotar de materiales de fácil aplicación además de una metodología sencilla a docentes que pretendan trabajar estos aspectos de una manera continuada.

PALABRAS CLAVE

TDAH, tratamientos multidimensionales, atención, impulsividad, relajación, escuela inclusiva.

ABSTRACT

The next publication is divided into three different parts.

The first one is a theoretical review of authors within the relevant study group and who have worked in the study of clinical description, etiology, characteristics and treatments.

The second part is an introduction for a suggestion of interaction, which gives a practical and dynamic approach to the work. The focus of this part is a case study with two essential aspects: gaining and retaining students attention and their impulsive behavior and its repercussion in the classroom.

The final point of the proposal is to provide materials that offer easy implementation in the classroom. Moreover it offers a simple method for teachers who want to address the student's attention and impulsive behavior.

KEY WORDS

ADHD, treatments multidimensional, attention, impulsivity, relaxation, inclusive school

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría mostrar mi agradecimiento a varias personas que han hecho posible que este Trabajo de Fin de Grado salga a la luz.

En primer lugar, mi agradecimiento a todos los docentes de este Grado de Educación Primaria, por transmitir contenidos, valores y formas de hacer y entender la educación, también por sus consejos e ideas, que me han ayudado a encaminar este trabajo.

He de agradecer a mi tutora Julia Alonso, su interés, sabiduría, entusiasmo, tiempo y disposición para ayudarme a realizar esta labor. Siempre dispuesta a aportar ideas o atenderme en tutorías, muchas gracias.

Por último, pero no por ello menos importante quiero dar las gracias a mi familia y a mis amigas, por su apoyo incondicional, sus consejos y su cariño.

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	7
2	OBJETIVOS	8
3	JUSTIFICACIÓN	9
4	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	12
4.1	DESCRIPCIÓN CLÍNICA	12
4.1.1	Introducción	12
4.1.2	TDAH o TDA	13
4.1.3	Características de la inatención	13
4.1.4	Características de la hiperactividad	14
4.1.5	Características de la impulsividad	15
4.1.6	Otras características	16
4.1.7	Trastornos del comportamiento	17
4.2	ETIOLOGÍA	18
4.2.1	Genética	19
4.2.2	Estudios de neuroimagen y neurotransmisores	19
4.2.3	Neuroanatomía	19
4.2.4	Factores ambientales y psicosociales	20
4.2.5	Modelos psicológicos	20
4.3	PREVALENCIA/ COMORBILIDAD	21
4.3.1	Prevalencia	21
4.3.2	Comorbilidad	22
4.4	DIAGNÓSTICO CLÍNICO	23
4.5	CARACTERÍSTICAS COGNITIVO-EMOCIONALES	24
4.5.1	Deficiente aprendizaje del autocontrol	24
4.5.2	Alteraciones en funciones ejecutivas	25
4.5.3	Problemas de autoestima y autoeficacia	26
4.6	TRATAMIENTO/INTERVENCIÓN	27
4.6.1	Intervención en el contexto familiar y escolar	27
4.6.2	Tratamiento psicológico del TDAH	28
4.6.2.1	Principales intervenciones y objetivos	29
4.6.2.2	Enfoque psicoeducativo	30

4.6.2.3	Tratamientos multimodales.....	32
4.6.2.4	TIC en el TDAH.....	32
4.6.3	TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA PADRES Y MENORES (PSICHAEM-VAR)	32
4.6.4	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....	33
5	CONTEXTO.....	34
6	DISEÑO DE LA PROPUESTA.....	36
7	CONCLUSIONES	49
8	REFERENCIAS.....	51
9	ANEXOS.....	59

1. INTRODUCCIÓN

En el presente Trabajo de Fin de Grado, se han tratado de ampliar una serie de conocimientos sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la infancia.

El contenido que motiva este documento, tiene una gran extensión. La bibliografía empleada para sustentar lo aquí expuesto, es bastante amplia y deriva de una selección de autores, ofreciendo así una visión global.

Actualmente, son muchos los autores especializados que continúan realizando investigaciones y proponiendo estrategias, métodos y tratamientos que fomentan un mejor desarrollo de los menores que sufren este trastorno. Se trata de un trastorno generalizado en la sociedad educativa del siglo XXI. Por tanto, se puede afirmar que no se trata de un tema baladí desde el punto de vista práctico, ya que, en los diferentes centros educativos, afloran más casos con similar casuística que los futuros docentes deben dar respuesta de forma eficaz y estratégica.

La sintetización sobre los rasgos característicos de este trastorno, marca el ritmo de este trabajo, procurando realizar una visión amplia y generalizada de lo que este trastorno es, los efectos que provoca en el alumnado y la respuesta que el docente ha de aplicar con estos niños.

Para alcanzar esta idea, se ha realizado en primer lugar, una elección dentro de la profusa obra de investigación científica. Para ello ha sido ineludible seleccionar autores que han abordado el trastorno desde una óptica expositiva de los pilares que sustentan la síntesis de este trabajo (características, etiología, tratamientos y consecuencias).

En segundo lugar, se muestra un estudio de caso. La presentación del mismo se desarrolla de forma explicativa y pormenorizada de las cuestiones de mayor relevancia que deben ser tenidas en cuenta, junto a los rasgos que desarrollan la situación del menor afectado.

Con este fin ejemplificativo, la explicación de este trastorno y su desarrollo, se va a circunscribir hacia un menor al que se le ha diagnosticado Déficit de Atención, con una gran impulsividad. Estos dos aspectos son determinantes y a partir de ahí, de la

mano de ambientes, características y contextos en los que se desarrolla el niño, se presenta una propuesta de intervención.

La propuesta que se proyecta para este niño atiende a dos aspectos que intervienen en su desarrollo escolar de manera directa, como son la falta de atención y control de impulsividad. Aunque, la intervención proyectada, es aplicable a todos los menores que sufren este trastorno.

La metodología presentada, es de gran utilidad para docentes que encuentran en sus aulas menores con déficit de atención. Las sesiones para su desarrollo son adaptables a cualquier materia o menor, teniendo el docente la posibilidad de cambiar tiempos o modificar temáticas.

2. OBJETIVOS DEL TRABAJO

El objetivo principal que se persigue con la realización de este Trabajo de Fin de Grado, es dotar a un profesional de una diversidad de materiales concretos para trabajar dos aspectos como son, la atención y la impulsividad.

Los objetivos específicos que subyacen al central son los siguientes:

- Extraer una metodología clara y directa, para trabajar con este alumnado.
- Fomentar la atención y autoinstrucciones de forma cotidiana.
- Implementar estrategias de enseñanza/aprendizaje que contribuyan a mejorar la atención del alumno con TDAH, y dotar de materiales sencillos y prácticos para fomentar el trabajo en aspectos como la impulsividad y la atención.
- Desarrollar hábitos de trabajo personal que permitan al alumnado afrontar de manera más eficiente, la realización de las tareas escolares.
- Contribuir a la mejora del rendimiento académico del alumnado y así evitar, en la medida de lo posible, su fracaso escolar.
- Incluir técnicas de relajación como una herramienta cotidiana en las aulas.

3. JUSTIFICACIÓN

La temática elegida para dar forma y contenido a este trabajo ha sido el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, a partir de este momento se nombrará TDAH.

Las razones que conducen a tomar esta determinación, se sustenta en que actualmente dicho trastorno se encuentra en casi todas las aulas de centros escolares, junto a la falta de recursos existentes para dar y aplicar soluciones, derivado principalmente por la existencia de un gran desconocimiento por parte de la sociedad en su conjunto. Con la lógica exclusión, del sector científico e investigador.

La participación por parte del alumno, en un periodo de prácticas en un aula de apoyo, donde el alumnado padecía diversas problemáticas, y la mayoría de estos niños estaban diagnosticados de TDAH, ha sido vital para tomar la decisión. También es capital ampliar y perfeccionar una propuesta sobre la atención, ya que es un aspecto fundamental en la vida de una persona y su desarrollo y aún más, si cabe, en el día a día del aula.

Este periodo práctico en el aula ha dado amplitud, pudiendo ver como este alumnado presenta grandes dificultades para realizar tareas que a primera vista parecen de lo más elementales, y sin embargo para ellos se tornan complicadas. Este motivo fue uno de los determinantes a la hora de la elección de tema, puesto que es de gran importancia que un docente con mención en Educación Especial, tenga una visión detallada de este trastorno. Las lecturas de autores y sus ideas iban construyendo una idea global, donde características o dificultades que presentaba este alumnado, se podían comprobar directamente en la realidad del aula, también, sirvió de motivación para continuar indagando sobre el tema en libros, páginas webs de asociaciones, foros etc.

Justificación de las competencias del Título de Grado Maestro-Maestra en Educación Primaria.

1-Que los estudiantes hayan demostrado poseer y comprender conocimientos en un área de estudio, la educación, que parte de la base de la educación secundaria general, y se suele encontrar a un nivel que, si bien se apoya en libros de texto

avanzados, incluye también algunos aspectos que implican conocimientos procedentes de la vanguardia de su campo de estudio.

Con la realización de este trabajo quedan plasmados los conocimientos adquiridos durante el Grado en Educación Primaria, en relación con aspectos del desarrollo, psicológicos y aspectos relacionados con los procesos de aprendizaje.

2-Que los estudiantes sepan aplicar sus conocimientos a su trabajo o vocación de una forma profesional y posean las competencias que suelen demostrarse por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro de su área de estudio, la Educación.

Esta competencia queda reflejada en la propuesta, ya que en ese apartado se están poniendo en práctica conocimientos, metodología y estrategias específicas, dedicadas a un campo concreto como es la educación especial.

3-Que los estudiantes tengan la capacidad de reunir e interpretar datos esenciales (normalmente dentro de su área de estudio) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas esenciales de índole social, científica o ética.

En la primera parte del trabajo; la fundamentación teórica, se ha realizado esta reflexión general. Debido a la gran cantidad de información se ha ido seleccionando la más relevante o la que se ha estimado oportuna. Se ha tratado de recabar información de diversas fuentes para así obtener una visión global y objetiva del tema tratado.

4-Que los estudiantes puedan transmitir información, ideas, problemas y soluciones a un público tanto especializado como no especializado.

Además de exponer conocimientos en base a diferentes estudios y autores, se ha tratado de que las ideas queden claras y concisas, del mismo modo que la metodología, ha sido elaborada para que todo tipo de públicos pueda utilizarla y sacar el máximo rendimiento.

5-Que los estudiantes hayan desarrollado aquellas habilidades de aprendizaje necesarias para emprender estudios posteriores con un alto grado de autonomía

Esta competencia se ha desarrollado plenamente durante la realización de este trabajo. Puesto que anteriormente se habían realizado trabajos de gran carga de contenidos, pero siempre en forma grupal, lo que hace que el trabajo se distribuya y también lo haga el conocimiento. En este trabajo te enfrentas de forma individual a gran cantidad de

contenidos, algunos de ellos muy complejos, debido a su especificidad, y por ello descubres limitaciones o fortalezas.

6-Que los estudiantes desarrollen un compromiso ético en su configuración como profesionales, compromiso que debe potenciar la idea de educación integral, con actitudes críticas y responsables; garantizando la igualdad efectiva de mujeres y hombres, la igualdad de oportunidades, la accesibilidad universal de las personas con discapacidad y los valores propios de una cultura de la paz y de los valores democráticos.

En la realización del trabajo se han tenido latentes valores tan importantes como son la igualdad, tolerancia y respeto. Estos tres valores son los que subyacen a esta labor, puesto que se apuesta por la igualdad de oportunidades, igualdad de sexos, también la tolerancia hacia las personas con discapacidad o dificultades y el respeto a todas las personas, apostando por una escuela inclusiva.

Como profesora de Educación Especial he adquirido competencias más específicas como;

1- Diseñar y colaborar con diferentes agentes en la planificación y desarrollo de respuestas educativas que atiendan las necesidades educativas de cada estudiante, teniendo en cuenta los fundamentos psiconeurológicos que afectan al aprendizaje y las relaciones humanas.

Esta competencia se manifiesta casi en su totalidad en la propuesta de intervención. En ella se expone el contexto del alumno, características de su desarrollo, de su aprendizaje, dificultades y también fortalezas. Se trabaja de forma conjunta con todos los contextos relevantes para el alumno y se planifican actividades para su desarrollo óptimo. Realizando de esta forma una intervención global y conjunta, que implica a familia, centro escolar y otros especialistas.

2- Crear entornos de aprendizaje que faciliten procesos globales de integración escolar y trabajo colaborativo con el profesorado, familias y equipos psicopedagógicos. Una de las premisas de la intervención es la de trabajar de forma coordinada, además de intercambiar informaciones acerca de la evolución y trabajo del niño para lograr una intervención multidisciplinar en la que cada parte aporte ideas o puntos de vista para así

conseguir una evolución en los aspectos a mejorar como son en este caso tipo; la atención e impulsividad.

4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

4.1. DESCRIPCIÓN CLÍNICA

4.1.1 Introducción

La Asociación Americana de Psiquiatría (1994) define al TDAH como “un trastorno caracterizado por alteraciones de la atención, inquietud psicomotriz y problemas de control de impulsos” (p. 21), formando según Vaquerizo-Madrid y Cáceres-Marzal (2006) estas tres características principales, la tríada distraibilidad, hiperactividad e impulsividad. Este conjunto de características generales interfieren en la vida social, escolar y familiar de quien las tiene.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2013 c.p. López y Romero, 2013), incluye al TDAH como un trastorno del neurodesarrollo, ya sea por déficit de atención, con hiperactividad o sin hiperactividad, también mantiene los tres grupos de síntomas más evidentes. En esta nueva revisión se establece también que los síntomas del TDAH han de aparecer antes de los 12 años de edad, siendo anteriormente los 7 años de edad.

Podríamos decir que el TDAH es, en su esencia, la dificultad para reprimir comportamientos mientras que está realizando otro tipo de tareas. El problema reside en que no consiguen inhibir estos comportamientos, es decir; no son capaces de ignorar las distracciones que puedan darse a su alrededor, no logran impedir movimientos constantes, como tampoco pueden poner freno a sus constantes pensamientos.

Estaríamos hablando de: déficit de atención, impulsividad e hiperactividad. Además de estos tres elementos clave a la hora de describir el TDAH, permanece un cuarto elemento característico y básico, como es, el comportamiento perturbador.

Para hacer un diagnóstico eficaz y válido, también debemos asegurarnos si coexisten otros trastornos psicopatológicos, ya que como he nombrado anteriormente, el TDAH suele estar asociado con trastornos de comportamiento perturbador. Por esta razón cuando se presentan síntomas de comportamiento perturbador y TDAH, han de ser evaluados para obtener información y concretar si pudieran presentar el trastorno

negativista desafiante (TND), el trastorno de oposición desafiante (TOD), el trastorno disocial (TD) o el trastorno de conducta (TC).

En cuanto a la evaluación y el diagnóstico, también es de gran importancia distinguir y saber diferenciar entre los niños que a pesar de poner todo su esfuerzo y predisposición para reprimir sus impulsos o intentar regularlos, no lo consiguen, y los que dependiendo de la actividad o tarea que estén realizando, se sienten motivados y lo hacen de forma controlada, con un rendimiento y comportamiento adecuados. Este tipo de situaciones crean falsos positivos, es decir, son niños que presentan los comportamientos típicos del TDAH, pero que realizan bien los procesos de regulación de impulsos y control de atención.

4.1.2 TDAH o TDA

El grupo formado por los niños y niñas hiperactivos, es muy heterogéneo, ya que no necesariamente han de cumplir todas las características típicas que describen este trastorno.

Moreno (1999) indica que existe una gran diferencia entre el comportamiento de los niños con Trastorno por Déficit de Atención (TDA) y los niños con TDAH. Las características conductuales del TDA según Rief (1999) son: se distraen fácilmente por estímulos extraños, dificultad para escuchar y seguir instrucciones, para concentrarse, para trabajar de forma independiente les cuesta focalizar la atención, su trabajo es descompensado; un día trabajan mucho y bien y al día siguiente no, son desorganizados y parecen estar en otros asuntos. Por otro lado, las características conductuales del TDAH, entre las que destacan: alto nivel de actividad, falta de autocontrol e impulsividad, dificultades para realizar correctamente el cambio de tarea, conductas agresivas, son socialmente inmaduros, con baja autoestima y alta frustración.

4.1.3 Características de la inatención

Según Soutullo y Díez (2007, citado por López y Romero, 2013) los niños con déficit de atención, no consiguen realizar una actividad durante un largo espacio de tiempo, se cansan rápidamente, no prestan atención a tareas que con un poco más de cuidado, realizarían correctamente. Este tipo de situaciones, hacen que este alumnado tenga que poner un sobreesfuerzo para: mantener una organización, centrarse en lo que

tienen que hacer, no perder material que van a necesitar en una determinada tarea, así como no distraerse con un estímulo ajeno a lo que están realizando.

La inatención provoca que cualquier sonido, movimiento o situación que se produzca mientras que este alumnado está realizando una tarea, les haga olvidarse de lo que estaban haciendo y focalicen esa atención en el estímulo nuevo, por tanto dejan las actividades sin finalizar. Su foco de atención cambia constantemente, varía en función de los estímulos que se le vayan presentando, viven el presente, sin pensar en lo que vendrá después. Les supone un gran esfuerzo el seguimiento de órdenes, las olvidan con gran facilidad, provocando que el rendimiento escolar sea bajo, a pesar de su capacidad intelectual y social, además este tipo de dificultades en el seguimiento de órdenes conlleva a impopularidad con los compañeros y compañeras.

Siguiendo a Moreno (1999) estos alumnos suelen escribir sin fijarse en el espacio de papel del que disponen, su caligrafía no es adecuada y escriben de una forma rápida y sin fijarse demasiado. Las personas con TDAH presentan dificultades en la atención sostenida, es decir, en aquella que deben mantener durante un periodo de tiempo en una tarea que resulta monótona. Este hecho no explica del todo su falta de atención en actividades rutinarias, ya que en todas las personas la atención es versátil, depende de la motivación que tengan hacia esa actividad y los refuerzos que les den por realizarla.

De esta manera, el alumnado con inatención es capaz de jugar durante media hora seguida a un videojuego, porque estos juegos electrónicos proporcionan refuerzos inmediatos a sus acciones y porque de manera casi constante lanzan mensajes nuevos, que hacen que cambien el rumbo del juego y permanezcan atentos de una manera casi inconsciente, para superar niveles o encontrar el tesoro escondido, por ejemplo.

La inatención no es rasgo especial de la hiperactividad; puede haber niños aparentemente tranquilos pero con déficit de atención.

4.1.4 Características de la hiperactividad

Hiperactividad como la movilidad excesiva, acompañada de rigidez y falta de coordinación. La falta de inestabilidad y coordinación perturban la motilidad fina, provocando por consiguiente dificultades para la coordinación manual, tan necesaria para tareas mínimas y cotidianas (Moreno, 1999)

Según Soutullo y Díez (2007, citado por López y Romero, 2013) los niños con hiperactividad, están en movimiento constante, se levantan de su sitio, se mueven en la silla, tienen dificultades para permanecer sentados en situaciones que así lo requieren. En contextos como el aula escolar, suelen incordiar a sus compañeros, porque hablan, se mueven, manejan objetos con las manos de forma constante, se les caen materiales al suelo o susurran bajito, se cree que estos menores presentan tics con mayor periodicidad que otros niños. Es frecuente en los niños más pequeños, que tengan más accidentes que otros de su misma edad, ya que constantemente están subiéndose a sitios o trepando etc. Con los años la hiperactividad va disminuyendo, al menos de forma visible, aunque ellos siguen sintiéndose nerviosos e intranquilos.

Esta necesidad de movimiento continuo es manifestada de formas diversas; mordisqueando lápices, desmontando objetos que luego no reconstruyen ya que han perdido o roto piezas etc. Algunos de estos comportamientos pueden ser normales si hablamos en ciertos rangos de edad o contextos, pero cuando un niño de 9 años, por ejemplo, está en una comida familiar se sube a la silla, no es adecuado y esta actividad interrumpe al resto de la familia, afectando también en otros ámbitos como el escolar o social.

El DSM-V (2013 c.p. López y Romero, 2013) considera que la hiperactividad es un trastorno del neurodesarrollo.

4.1.5 Características de la impulsividad

La impulsividad se manifiesta a la hora de inhibir conductas que ofrecen agrado instantáneo, tienen poca tolerancia a la frustración, problemas de autorregulación y un bajo control de impulsos. Estos niños hacen lo que les apetece en ese momento, dicen lo que piensan, sin pararse a medir las consecuencias de sus actos y palabras, en ocasiones contestan antes de que se haya terminado la pregunta realizando comentarios fuera de lugar, también interrumpen constantemente la lección o conversaciones ajenas.

Tienen dificultades para considerar lo que deben de decir o no, dependiendo del contexto y de lo que quieren lograr, tampoco son capaces de estimar posibilidades y consecuencias de actos; únicamente son conscientes de sus actos inmediatos, cuando ya lo han dicho o hecho, no obstante, no aprenden para próximas situaciones y caen en los mismos errores reiteradamente.

La impulsividad dificulta respetar los turnos en conversaciones o juegos, entre unos y otros, por este motivo suelen ser rechazados por compañeros, este rechazo hace que su autoestima y relaciones se vean afectadas.

En los primeros años, todos presentan estos rasgos, con el paso del tiempo adquieren procesos de autorregulación, aunque no todos logran hacerlo al ritmo que la generalidad, afectando a áreas de funcionamiento; puesto que para lograr una adaptación y rendimiento adecuados, es inevitable haber adquirido la autorregulación e integración de funciones.

4.1.6 Otras características

A los rasgos más claros del TDAH; inatención, hiperactividad e impulsividad, se añaden otros problemas como son:

Dificultad para las relaciones con otros niños y adultos.

Para Marsellach (2005) las relaciones de estos niños están marcadas por la desinhibición, promoviendo dificultades en relaciones sociales y aislamiento entre iguales. Tienen problemas de conducta que les inducen problemas de integración social; esto se da en situaciones sencillas como puede ser en el juego con los compañeros; el niño con TDAH interrumpe constantemente, hecho que provoca rechazo en el resto. En ocasiones pueden parecer aislados, independientes y asociales. Su hiperactividad, inatención e impulsividad impiden participar en juegos de forma colectiva, asumiendo normas.

Bajo rendimiento escolar

Las dificultades de aprendizaje engloban aspectos perceptivo-cognitivos: demoras en el lenguaje, mala memoria secuencial, déficit en actividades psicomotrices (gruesas y finas), trabas para captar información sensorial, organizarla, procesarla y poder expresarla. En resumen, tienen dificultades para realizar actividades que exijan manejar conceptos abstractos (Moreno, 1999)

Baja autoestima

Siguiendo a López-Soler y Martínez (1999 c.p. López y Romero, 2013) estos niños están acostumbrados a que los adultos les critiquen constante, tienen una

sensación de hacer mal cada actividad que realizan y de no gustar al resto de personas y no saben qué hacer para mejorar esta situación. Estos sentimientos hacen que su inestabilidad, labilidad emocional y su autoestima disminuyan.

Problemas de comportamiento

Safer y Allen (1976) indican que el 80% de los menores con hiperactividad, también presentan trastornos de conducta.

Como indica Moreno (1999) estos niños plantean problemas de disciplina, acentuándose en el colegio y referido al ámbito familiar, son niños desobedientes, que inician discusiones y peleas.

Los trastornos vinculados al TDAH son el trastorno oposicionista desafiante y trastorno disocial (trastornos del comportamiento perturbador) y trastornos del aprendizaje, depresión y ansiedad. Este autor ofrece unos síntomas clave asociados a la hiperactividad en los más pequeños: síntomas primarios; los tres rasgos esenciales (hiperactividad, impulsividad e inatención), síntomas asociados; trastornos de conducta, problemas de aprendizaje, dificultades sociales, baja autoestima y cambios emocionales. No todo son problemas con estos menores, también se pueden sacar aspectos positivos con el paso del tiempo, como pueden ser; que son personas muy entusiastas, bromistas, creativos y con mucha energía. Todas estas cualidades acompañadas de intervenciones, profesionales, contextos adecuados y compensados, pueden llegar a ser personas productivas y hábiles.

4.1.7 Trastornos del comportamiento

Dentro de los trastornos de comportamiento perturbador, se distinguen; el trastorno de oposicionismo desafiante (TOD) y el trastorno de conducta (TC). La diferencia esencial entre ambos trastornos reside en la gravedad de síntomas.

Trastorno oposicionista desafiante (TOD)

Según CHADD (2005) el TOD es la forma severa de un trastorno disruptivo que sigue un patrón de; conductas negativas, desobedientes, desafiantes y hostiles frente a las figuras de autoridad. Los menores que lo padecen, no aceptan órdenes, discuten, muestran actitudes desafiantes y hacen lo contrario de lo que se les dicen, tampoco negocian con compañeros o adultos, agreden verbalmente utilizando insultos (DSM-IV,

2003 c.p. López y Romero, 2013). Para Soutullo (2004) estos menores tienen enfados explosivos, riñas continuas, molestan de forma consciente, hacen frente a reglas y pueden ser rencorosos y vengativos.

Este trastorno debe diferenciarse correctamente del TDAH, además en la adolescencia y pubertad, es frecuente este tipo de conductas desafiantes.

Trastorno de conducta (TC)

Forma más grave de trastornos del comportamiento, encierra agresiones a personas o animales, destrucción de objetos, robo y escapadas.

Según Kazdin y Buela-Casal (1999b) los adolescentes y menores que sufren TDAH y TC, suelen tener peores resultados académicos, más concretamente en la lectura y vidas más complicadas.

4.2. ETIOLOGÍA

Actualmente y a pesar de los grandes avances en técnicas de diagnóstico y genética, aún se desconocen las causas del TDAH.

Herreros, Rubio, Sánchez y Gracia (2002) declaran que el TDAH está considerado un trastorno heterogéneo, por lo tanto también su etiología, es decir, está formado por unas debilidades biológicas y ambientales.

Según afirman Barkley, Grodzinsky y Gail (1999) el TDAH es un trastorno que tiene procedencia neurobiológica con naturaleza hereditaria. Existen factores socioambientales aportan: mayor problemática en síntomas, deficiente diagnóstico e incremento de padecer síntomas asociados, pero no se deben de considerar el origen del trastorno. (Barkley et al., 1999; Biederman et al., 1992 y Pauls, 1991 c.p. López y Romero, 2013)

Siguiendo a Mena, Nicolau, Salat, Tort y Romero (2006) la causa fundamental es de origen biológico; un desequilibrio químico en áreas implicadas en la atención y movimiento y déficits en el proceso de traspaso de dopamina. La herencia es un predisponente principal para desarrollar TDAH. En cuanto a los componentes secundarios como son los agentes psicosociales; estrés psicosocial en la familia, psicopatología en los padres, actitudes educativas no adecuadas o situación económica,

interfieren en el desarrollo y sostén del trastorno, por este motivo se debe tener en cuenta en la intervención terapéutica.

4.2.1 Genética

Muñoz, Palau y Salvadó (2006) afirman que existe un factor hereditario del TDAH. Según Faraone y Biederman (1994) los padres de menores con TDAH tienen probabilidad entre 2-8 veces mayor que el resto, de haber sufrido ellos mismos este trastorno. Los genes candidatos son; el gen rector D2 en el cromosoma 11, el gen transportador de dopamina DAT1 en el cromosoma 4, la variante alélica del gen receptor D4 de dopamina en el cromosoma 11, el gen transportador de noradrenalina NET1 y el gen receptor D1 de dopamina DRD1.

Según manifiestan Herreros et al. (2002) el gen DRD4 es el más implicado en el trastorno, este se encarga de producir el receptor D4 del neurotransmisor dopamina, es defectuoso en un 30% en la población en general y en un 50-60% en personas con TDAH.

4.2.2 Estudios de neuroimagen y neurotransmisores

Herreros et al. (2002) encontraron déficits cognitivos y alteraciones conductuales en menores con TDAH, similares a adultos con daños en el lóbulo frontal, coincidiendo ambos casos con las funciones ejecutivas y memoria de trabajo. Los estudios apuntan a que existe un síndrome frontosubcortical. Según el artículo publicado por Etchepareborda y Díaz (2009c.p. López y Romero, 2013) actualmente se apuesta por las funciones primarias de la dopamina y noradrenalina en el TDAH. Existen anormalidades en la hipoactivación de regiones subcorticales y sobreactividad en regiones subcorticales. (Castellanos, 1997; Roth y Elsworth, 1995 c.p. López y Romero, 2013). Estos estudios son costosos e invasivos, por estos motivos las pruebas son mínimas y según Barkley (1998c.p. López y Romero, 2013) se cuestiona su representatividad.

4.2.3 Neuroanatomía

Según Soutullo y Díez (2007, citado por López y Romero, 2013) los grupos de neuronas y circuitos encargados de controlar la atención son menos activos y más pequeños en los menores con TDAH. Los circuitos de la memoria a largo plazo y memoria de trabajo en estas personas son deficientes, compensando esta situación el cerebro enciende otras zonas provocando un procesamiento defectuoso y lento.

Siguiendo a Overmeyer et al. (2001, c.p. López y Romero, 2013) afirman que a nivel de los ganglios basales se observa bilateralmente un núcleo putamen más disminuido al igual que el globo pálido derecho. Son muchos los circuitos y áreas implicadas en el TDAH en el anexo 1, podemos ver un resumen de todos ellos.

4.2.4 Factores ambientales y psicosociales

Los factores ambientales pueden influir biológicamente en el TDAH. Factores como la toxemia, eclampsia, prematuridad, infecciones neonatales o partos prolongados, no son concluyentes para Barkley (1998c.p. López y Romero, 2013) pero sí que pueden ser factores predisponentes para sufrir TDAH. Zuluaga (2009) afirma que son factores de riesgo el consumo de alcohol y tabaco. Es decir todos estos factores nombrados anteriormente pueden entenderse como predisponentes. Para Mena et al. (2006) el TDAH no viene causado por alergias alimentarias, malos docentes o problemas en las familias.

Los factores psicosociales que pueden afectar biológicamente al TDAH, son: “Los ambientes de pobreza, malnutrición, exclusión social, malos cuidados pre y post natales, problemática familiar y violencia en el hogar favorecen la aparición de los síntomas y contribuyen a su desarrollo y perpetuación” (p. 80). (Hechtman, 1996, c.p. López y Romero, 2013).

La hiperactividad puede ser causada por un estilo parental coercitivo, con mucho control, castigos y pocas recompensas (Battle y Lacey, 1972 c.p. López y Romero, 2013).

4.2.5 Modelos psicológicos

Factores cognitivos de control de funciones ejecutivas

Déficit en inhibición atencional: Para Barkley (1998, 2005c.p. López y Romero, 2013) es válida la hipótesis de que el déficit de desarrollo de procesos de inhibición, es el desencadenante de posteriores problemas de autocontrol y demora de gratificación.

Déficit en autorregulación: Barkley (1998, 2005c.p. López y Romero, 2013) parte de que existe un retraso en el desarrollo de los procesos de inhibición y considera que la inhibición conductual es esencial para un correcto funcionamiento de las funciones ejecutivas, así mismo del sistema motor. Los elementos fundamentales de su modelo son: desinhibición conductual: incapacidad para inhibir respuestas prepotentes, mantenimiento de respuestas, pobre control de interferencia, déficit en funciones

ejecutivas: frágil memoria de trabajo, retraso en internalización del habla, inmadurez en autorregulación y problemas para sintetizar acontecimientos.

Factores motivacionales y de regulación emocional

Regulación emocional y funciones ejecutivas: para Brown (2003,2005 c.p. López y Romero, 2013) hay seis bloques que forman el sistema de función ejecutiva; activación, concentración, esfuerzo, emoción, memoria y acción, todos ellos trabajando forma conjunta y continua.

Regulación emocional y control de la frustración: Green (2003) afirma que existe dificultad para el control de la frustración, siendo inflexibles e incapaces de pensar con claridad, estas personas tienden a “explotar”. Según este autor estos menores tienen una dificultad evolutiva para ser flexibles, son rígidos en sus ideas, simplistas, lo que les produce frustración ante cambios. La estrategia que propone, es que reconozcan las explosiones emocionales y enseñarles a prevenirlas.

4.3 PREVALENCIA/ COMORBILIDAD

4.3.1 Prevalencia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992 c.p. López y Romero, 2013), un 8% de la población infantil y un 5% de la adulta tienen TDAH. Existen numerosos estudios sobre la prevalencia de este trastorno y utilizando criterios DSM-IV-TR (1994 c.p. López y Romero, 2013), la prevalencia es del 7-8% en edad escolar y de 2-8%. En España la estimación es de un 3 y un 10% de la población infantil, porcentajes que aumentan constantemente. Existe gran variabilidad en cifras de prevalencia, y hay discrepancias entre; terminología, definición del trastorno, puntos de corte, criterios y diferencias en la delimitación de muestras para realizar el diagnóstico.

En cuanto a la prevalencia según el género Barkley (1996b); López-Soler y Martínez-Núñez (1999b) dan el predominio a los chicos, en proporción niño a niña de 2:1 y 6:1. Para el subtipo inatento, 2:1 y para hiperactivo-impulsivo 4:1 según Amador, Forns, Guardia y Perú (2006); Biederman et al, (2002); Lahey y Loeber (1994).

Para Rucklidge y Tannock (2001); Silverthorn, Frick, Kuper y Ott (1996) las niñas suelen mostrar de forma menos severa la hiperactividad, tienen menos problemas de conducta y más deficiencias intelectuales en comparación con los niños.

Como afirman Barkley (1990); Hinshaw (1994); Weiss y Hechatman (1993), el TDAH es crónico y no disminuye a lo largo de la vida. Por este motivo es vital una identificación temprana e intervenciones efectivas, y tener en cuenta las diferentes etapas de la vida.

El trastorno negativista desafiante (TND) suele aparecer de forma progresiva dentro de la familia a la edad de 8 años, mientras que los trastornos de comportamiento (TC) aparece en la adolescencia o preadolescencia y su desarrollo no es estático. Frick y Kimonis (2005) afirman que los problemas de conducta se sostienen a lo largo de la vida.

4.3.2 Comorbilidad

Según Rubia, Taylor, Smith, Oksannen, OverMeyer y Newman (2001) el TDAH presenta comorbilidad con otros trastornos. Para Arnold y Jensen (1995) dos tercios de menores con TDAH enviados para su evaluación, sufren otro trastorno asociado. Como podemos ver en la tabla tomada de Sotullo y Díez (2007 c.p. López y Romero, 2013), anexo 2, existen muchos trastornos asociados, siendo los más comunes, con más de un 50%; el trastorno negativista desafiante (TND) y el trastorno de conducta (TC). La presencia de otros trastornos asociados, puede tener gran influencia en el tratamiento y desarrollo de los menores, por este motivo es de vital importancia su identificación y diagnóstico.

Comorbilidad con psicopatología externalizante e internalizante: según Jesen et al. (1999) es habitual tener altos niveles de comorbilidad en psicopatología externalizante, como puede ser; agresividad, problemas de conducta o internalizante; como depresión, ansiedad etc. La relación más usual entre TDAH y problemas externalizantes son: agresividad, comportamiento antisocial, problemas de conducta. En cuanto a la relación con problemas internalizantes, autores como Jesen, Martin y Cantwell (1997) y Kitchens, Rosen y Braaten (1999) afirman que entre un 30% y 50% de niños que padecen TDAH, también sufren trastornos emocionales como depresión o ansiedad.

Comorbilidad según subtipos de TDAH: tomando como referencia los subtipos establecidos por el DSM-IV (1994 c.p.López y Romero, 2013) encontramos; tipo combinado (TDAH-C), predominantemente hiperactivo-impulsivo (TDAH-HI) y predominantemente inatento (TDAH-I). Barkley (1990); Biederman y Steingard (1989)

afirman que existe una asociación entre trastornos internalizantes e hiperactividad-impulsividad. Sin embargo Barkley (1990) sostiene que el subgrupo impulsivo-hiperactivo tiene más comorbilidad con trastornos externalizantes.

Comorbilidad según edad: algunas investigaciones apoyan la relación entre edad de inicio de TDAH y la sintomatología comórbida, por el contrario, autores como Applegate et al. (1997); Wilens, Biederman y Spencer (2002) no encuentran diferencias en comorbilidad según la edad de inicio.

Comorbilidad con problemas de aprendizaje: Lamminäki, Ahonen, Naerhi, Lyytinen y Todd (1995) y Lahey et al. (1994) afirman que el grupo TDAH-C y TDAH-I sufren más problemas académicos en comparación con el grupo TDAH-HI. Para Pliszka (2003) el grupo de los TDAH-I muestra más problemas en la lectura, el grupo de los TDAH-C muestra dificultades en matemáticas, mientras que los TDAH que cumplen criterios de TC; tienen el doble de probabilidad de tener dificultades para leer, y poseen mayor peligro de padecer problemas sociales y emocionales. En cuanto al subgrupo de TND caracterizado por conductas disruptivas, para Hinshaw y Anderson (1996) poseen un bajo rendimiento académico.

4.4 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

El TDAH habitualmente se define como un patrón de comportamiento desadaptado y desproporcionado para la edad de menores con síntomas de hiperactividad, impulsividad y/o inatención, presentes generalmente desde antes de los 7 años de edad, en más de un ambiente (casa, colegio, etc.) y que originan problemas importantes desde el punto de vista escolar, familiar o social (p.99). (López, Alcántara Fernández y Romero, 2013)

Existen varios criterios de clasificación; el CIE-10, (2003 c.p. López y Romero, 2013) que suele ser utilizado por servicios públicos de salud mental y el DSM-V (2013) más utilizado en el ámbito universitario y de investigación. En el anexo 3 podemos ver los criterios diagnósticos del DSM-V (2013 c.p. López y Romero, 2013), en el que se considera que es un trastorno del neurodesarrollo y que se proporcionan más recomendaciones específicas para el diagnóstico entre otros cambios.

Variaciones de síntomas con la edad: las manifestaciones varían a lo largo del desarrollo, más del 80% de los menores mantendrá el trastorno en la adolescencia entre un 30-65%. Hasta los 5 años son descritos como inquietos, tienen un inicio temprano de

deambulaci3n, sienten gran curiosidad, son opositoristas y desafiantes (Joselevich, 2000). En la edad escolar normalmente se detecta el trastorno, comienzan a tener problemas en adquisici3n y lectoescritura. Miranda, Amado y Jarque (2001) indican que en torno a un 21% de hiperactivos reciben sesiones de educaci3n especial, un 42% han repetido y un 81% necesitan apoyos diarios para hacer tareas escolares. En la adolescencia un 70% continúan teniendo problemas de atenci3n e impulsividad (Barkley, 1995).

Es de gran importancia el diagn3stico diferencial, saber separar el trastorno principal de otros, por este motivo es necesario conocer muy bien los trastornos psiquiátricos que pueden confundirse con el TDAH. En cuanto al proceso del diagn3stico, se ha de discernir perfectamente entre ni1os con TDAH y sin 3l, no adelantar diagn3sticos y evaluar en funci3n a criterios establecidos. Adem3s de un buen diagn3stico tambi3n se debe de tener en cuenta la presencia de otros trastornos como: ansiedad, trastornos del estado de 3nimo, trastornos de conducta o de aprendizaje, en el anexo 4 encontramos la comorbilidad en el TDAH.

Es vital el diagnostico precoz, con signos de alerta como los nombrados en la tabla del anexo 5.

4.5 CARACTERÍSTICAS COGNITIVO-EMOCIONALES

Siguiendo a L3pez-Soler y Mart3nez-Nu1ez (1999a) los problemas en atenci3n, control de impulsos, bajo rendimiento escolar y problemas a la hora de relacionarse con los dem3s, pueden estar determinados por fallos en los procesos de orden superior, es decir en los metaprosesos, los encargados de regular el funcionamiento psicol3gico.

4.5.1 Deficiente aprendizaje del autocontrol

Los menores con TDAH presentan baja tolerancia a la frustraci3n.

Características del autocontrol.

Para Barkley (1982 c.p. L3pez y Romero, 2013) el fallo en personas con TDAH se encuentra en el autocontrol, desencadenando este d3ficit, los problemas de atenci3n. Las personas que tienen control de s3 mismas no necesitan est3mulos externos que les den la orden o les digan lo que hay que hacer en cada situaci3n, porque han interiorizado y valorado las diferentes fases. Se cree que en alguna de las fases del autogobierno, hay un fallo, o del entorno social o con base neurofisiol3gica, como

describen López-Soler y Martínez-Núñez (1999b) se muestren inestables, caprichosos o lábiles.

Dificultades para retardar la gratificación y tolerar la frustración

Los menores impulsivos eligen antes refuerzos inmediatos a refuerzos demorados pero mejores o más gratificantes que los inmediatos, esto responde a un proceso básico que es la habilidad de demora, por este motivo los menores son incapaces de retardar la gratificación, aunque esta sea mayor. Así no son capaces de mantener su esfuerzo ante una actividad que con el tiempo les va a aportar recompensas. Para ayudarlos podemos modificar el contexto; eliminando distractores, quitando de su vista la recompensa o imaginando esa recompensa como si fuera un objeto. Según López-Soler y Martínez-Núñez (1999b) modificando las características mentales de la recompensa y sustituyendo por aspectos negativos, ayudamos al retardo de la gratificación, mejorando condiciones de espera y disminuyendo la frustración. López-Soler y Martínez-Núñez (1999b) señalan la facilidad para retrasar la gratificación en la infancia tiene relación con las características de la personalidad, comportamientos sociales, actitudes agresivas, insatisfacción laboral y dificultades en relaciones interpersonales en la adolescencia. Barkley (2008) propone que el objetivo final a largo plazo se divida en metas más cortas, para mantener el esfuerzo y la motivación.

Falta de autocontrol y problemas de autorregulación

Barkley (2005) las personas que padecen TDAH tienen conocimientos y habilidades, pero el problema reside en su autorregulación, que les dificulta aplicar estos anteriores cuando es necesario. Para que consigan aplicar esos conocimientos en los momentos correctos, han de enseñar habilidades específicas, señales y recordatorios externos, acompañado siempre de motivación, también es necesario proporcionar recompensas positivas para que vean resueltas las expectativas, así podrán poco a poco mejorar sus guías internas de autorregulación.

4.5.2 Alteraciones en funciones ejecutivas

Las Funciones Ejecutivas (FE) según Barkley (1996b); Pennington y Ozonoff (1996); (c.p. López y Romero 2013) son los procesos de control mental y habilidades para activar y mantener un conjunto de comportamientos apropiados para conseguir una meta. Integran y coordinan procesos como: la sensación, percepción, aspectos del lenguaje, memoria, atención, además de otros como motivación o afecto. Las FE

implican procesos afectivos, comportamentales y cognitivos. Trujillo y Pineda (2008) afirman que en niños con TDAH existen problemas en los procesos neurocognitivos que son los encargados de mantener la secuencia de habilidades para conseguir la meta.

Luria (1930b) cree imprescindible incorporar programas de lenguaje interior en el tratamiento de menores con TDAH. López-Soler y Martínez-Núñez (1999b) aseveran que las personas con TDHA sufren un déficit fuerte en todas las formas de inhibición, provocando problemas en; memoria de trabajo, autorregulación de afecto-motivación-arousal, interiorización de discurso o lenguaje y reorganización.

4.5.3 Problemas de autoestima y autoeficacia

Los mensajes que se reciben de personas adultas influyen en el comportamiento y desarrollo de la autoestima o lo sentido de posturas o gestos (López-Soler y Martínez-Núñez, 1999b). Las valoraciones de los adultos hacia los niños van a ir creando las teorías implícitas del menor, es decir, lo que él va a creer que puede hacer o no, por este motivo es vital cuidar la información que damos y cómo actuamos, porque estamos provocando el efecto Pigmalión. Es importante enseñar habilidades para ayudar a construir seguridad a través de logros positivos.

Se ha detectado que los menores con TDAH tienen una sobrevaloración del rendimiento o autoconcepto positivo ilusorio. Ohan y Johnston (2002); citados en Romero-Ayuso (2006) afirman que esta sobrevaloración podría servirles para proteger una imagen positiva de sí mismos.

Garza-Morales, Núñez-Villaseñor y Vladimírsky-Guiloff (2007) realizaron un estudio del que se puede afirmar que existe una relación positiva del locus de control externo y el TDAH, además de que las puntuaciones del autoconcepto eran menores en menores con TDAH y que autoestima y locus de control son independientes.

Los menores con TDAH tienen problemas en el área social, les cuesta identificar emociones en los demás y en ellos mismos, interrumpen conversaciones, les cuesta expresar ideas, reconocer consecuencias de sus actos y modificar su conducta ante una respuesta no adecuada.

En el anexo 6 podemos ver un resumen de las dificultades que encuentran los niños y niñas con TDAH en varios ámbitos.

4.6 TRATAMIENTO /INTERVENCIÓN

Murphy, Barkley y Bush (2002) afirman que sufrir uno de los trastornos del comportamiento comórbidos (TOD/TC), dificulta el diagnóstico y posterior tratamiento, además de agravar el pronóstico. Siendo los menores con trastorno oposicionista desafiante y trastorno de conducta los que presentan menos satisfacción en el trabajo, dificultades en la vida adulta y son más vulnerables a abandonar estudios, que los niños que no tienen trastornos asociados. Debido a la complejidad de estos trastornos, se hace evidente que es necesario un buen diagnóstico y tratamiento, para avanzar lo mejor posible. De esta manera la Asociación Americana de Psiquiatría de Infancia y Adolescencia (AACPA) (1997) plantea que cualquier menor que presente síntomas de TDAH y TC/TOD, sea correctamente evaluado y que las familias sean conscientes de que necesitarán ayudas especiales y apoyos, ya que la convivencia es complicada.

4.6.1 Intervención en el contexto familiar y escolar

Contexto familiar

Entrenamiento a los padres: siguiendo a Farley et al. (2005) utilizar programas estandarizados de entrenamiento como pueden ser: ignorar/extinguir respuestas, atención positiva, castigos, economía de fichas, pautas o el tiempo fuera (time out), estos programas son mediaciones a corto plazo, que muestran a los padres estrategias para que sepan enfrentarse a problemas de comportamiento. Para casos severos de TC podrían utilizarse terapias multisistémicas (familia y comunidad).

Existe la terapia de interacción entre padres e hijos, en la que a los padres se les enseñan técnicas de control de conducta y a reforzar la relación con sus hijos. Esta técnica es eficaz para menores que sufren TOD y TDAH. El diagnóstico e intervención son fundamentales, pero que en la familia se respire un clima tranquilo, organizado, que los padres hablen con especialistas dentro y fuera del centro escolar, resulta indispensable.

Resolución cooperativa de problemas: Greene et al. (2004) afirman que esta técnica parece efectiva para niños con TDAH y TOD; en ella se enseña a los menores y adolescentes a controlar la frustración y a aprender a ser flexibles y adaptables, los padres también participan, padres e hijos aprenden a dar ideas para solucionar problemas, negociar y resolver desacuerdos. Según Miranda (2000) este tratamiento es

eficaz, pero resulta mucho más efectivo en menores que únicamente tienen TDAH, que en los menores del subgrupo agresividad, en el que resultan eficaces, pero en menor medida.

Terapia familiar: consiste en terapias para toda la familia, para mejorar el ambiente y las relaciones dentro de la misma, ya que con frecuencia se observa que las familias de menores con TDAH o problemas de conducta suelen tener otras dificultades; problemas matrimoniales, las madres se muestran más deprimidas y los hermanos pueden desarrollar problemas de conducta.

Contexto educativo: desde los centros educativos también se puede influir mediante programas de apoyo conductual positivo; programas que tratan de fomentar comportamientos sociales adaptados y resultados académicos exitosos, están formados por; 1) consecuencias claras y rígidas para conductas no apropiadas, 2) contingencias positivas para conductas adecuadas 3) equipos para estudiantes con necesidades más específicas. Las sesiones de este programa pueden ofrecerse en tutorías; en las que según Stayhorn y Bickel (2002) los síntomas de los menores con TDAH y síntomas de oposición, son menores que dentro del aula, también se puede hacer la intervención dentro del aula; ofreciendo apoyo de instrucción para disminuir conductas revoltosas.

4.6.2 Tratamiento psicológico del TDAH

Según un estudio publicado por García, Santed, Cerdán y Alda (2007) los tratamientos actuales logran una mejoría al 80-90%, pero que en un 10-20% de los casos la mejoría es imperceptible. Los tratamientos suelen implicar intervenciones; médicas, educativas, de comportamiento y tratamientos multidimensionales (farmacológico, educación familiar, psicoterapia cognitivo-conductual, adaptaciones etc.)

El enfoque cognitivo-conductual, según López-Soler, (2005 c.p. López y Romero, 2013) es muy efectivo, ya que implanta cambios en patrones de conducta entre padres e hijos, se divide en tres fases; 1) Modificación de conducta, utilizando técnicas como reforzamiento diferencial de tasas bajas, el coste de respuesta, la extinción, la restitución y el tiempo fuera o programas como el de los contratos de contingencias o economía de fichas. 2) Intervención cognitiva, utilizarían técnicas como; modelos o autoinstrucciones. Camp y Bach (1998) proponen programas como el de pensar en voz

alta, entre otros. 3) Intervención a nivel físico, incluye ejercicios de relajación y psicomotricidad.

Para menores con; TDAH, inatentos, con baja impulsividad y sin comorbilidad, es aconsejable el tratamiento con medicación, para niños con TDAH, TND es recomendable tratamiento farmacológico acompañado de psicoterapia y en menores con; TDAH y trastornos de ansiedad, con psicoterapia acompañada de medicación tras finalizar la psicoterapia. El tratamiento debe ser adaptado a las necesidades y características de cada niño y de su familia. En el anexo 7, podemos ver algunos procedimientos y enfoques, para el tratamiento del TDAH

Según el Grupo Europeo Interdisciplinar para la Calidad en el TDAH (EINAQ) (2003 c.p. López y Romero, 2013) los objetivos a perseguir en el tratamiento son: reducir síntomas del TDAH y los comórbidos, disminuir riesgo de dificultades, educar a la familia y al menor, adaptar el entorno a las necesidades, favorecer habilidades de afrontamiento y transformar percepciones desadaptativas.

El primer objetivo del tratamiento psicológico es el de informar a la familia y al menor sobre el trastorno, se continuará con un entrenamiento a padres y educadores, en el que aprendan a manejar conductas y adaptarse a las características del menor, al mismo tiempo se trabaja con el niño, presentándole habilidades para que se comporte de manera más adaptativa. El tratamiento a seguir sería: intervenciones que estructuren el ambiente, facilitar un sistema de contingencias y suministrar puntos de motivación externa (premios).

Según Barkley (1998) los tratamientos eficaces son: el entrenamiento a padres controlando contingencias (parents training), el farmacológico, las técnicas de control de contingencias en el aula, programas de educación especial y procedimientos multidimensionales.

Los principales tratamientos utilizados: en la infancia y adolescencia; mediación, terapia cognitivo-conductual y psicoeducación (autoinstrucciones), con los padres; psicoeducación y entrenamiento en manejo conductual, y con los profesores; psicoeducación, apoyo pedagógico y manejo de conducta.

4.6.2.1 Principales intervenciones y objetivos

Conductual: persigue formar a padres y docentes sobre el TDAH y proporcionar técnicas de modificación de conducta (derivadas del condicionamiento operante) y como afirman Weiss y Hetchtman (1992) que lleguen a comprender mejor al menor y sepan dirigir correctamente. Esta intervención se combina con medicación y programas para padres, en ella se utilizan programas de contingencias, economía de fichas, con el fin de que el niño aprenda que recibirá más atención por buenas conductas que por malas y que los padres fijen más su atención en las conductas bien realizadas.

Cognitiva: trata de enseñar a los menores técnicas de autocontrol y resolución de problemas, según Meichenbaum y Goodman (1971) las técnicas más utilizadas son; técnicas para aumentar la autorregulación, autoinstrucciones y administración de autorrecompensas. Además se trabajan las habilidades sociales y role-playing.

Cognitivo-conductual: entrena a los menores a identificar emociones y posteriores respuestas, se utilizan técnicas como la relajación y la propuesta por Schneider y Robin (1973 c.p. López y Romero, 2013) la técnica de la tortuga y técnicas de resolución de problemas. En esta intervención se toma como referencia la autoeficacia de Bandura (1997 c.p. López y Romero, 2013) comportamientos meta, describir modelos que lo han conseguido, convencer que se puede y la activación emocional.

4.6.2.2 Enfoque psicoeducativo

Se centra en los ambientes en los que el menor se desarrolla, este enfoque trata de hacer ver a padres, hijos y docentes, lo que es el TDAH y qué medidas se pueden adoptar. Dependiendo del enfoque que se siga (conductual, cognitivo o cognitivo-conductual) se trabajaran unos aspectos u otros, en la tabla del anexo 8, podemos ver de forma esquemática los conceptos de este enfoque. Con padres de menores con TDAH, se pueden realizar consultas individuales o grupales, también tienen la posibilidad de informarse en asociaciones, ya que estas realizan actividades, talleres, campamentos y allí pueden encontrarse con familias con problemas similares a los suyos. El estilo educativo de los padres tiene influencia directa en los hijos así; Raya-Trenas, Herreruzo-Cabrera y Pino-Osuna (2008) en su estudio sobre crianza parental y relación con la hiperactividad, indicaron que, el modelo permisivo es un factor determinante en la predicción de hiperactividad, así como el modelo democrático es el más beneficioso. Este estudio nos da alguna de las claves para poner en práctica en el día a día como

pueden ser: establecer unas normas claras y asegurarse del cumplimiento de las mismas, haciendo que toda la familia se implique.

Se puede afirmar que las intervenciones cognitivo-conductuales con padres y docentes, complementadas con entrenamiento específico con el menor, mejoran significativamente las conductas de estos últimos, y que la aplicación de intervenciones multicomponentes resulta conveniente, dado que el problema tiene carácter multicausal. El programa EDUCA está destinado a padres de menores con problemas de conducta y desobedientes, en él se busca un cambio de actitud y proporcionar estrategias, este programa según Díaz, Comeche y Díaz (2011) ha surgido efecto positivo en variables como: hiperactividad, satisfacción familiar, agresividad organización etc.

Intervenir en el ámbito escolar desde el enfoque psicoeducativo, supone un conocimiento exhaustivo del trastorno, ya que los docentes juegan un papel fundamental en la detección, evaluación e intervención del TDAH, por esta razón es necesario tener formación específica y conocimientos sobre atención a la diversidad, para responder adecuadamente a las necesidades que se presenten. Los docentes remiten a evaluaciones específicas del TDAH a los menores e intervienen en el diagnóstico, ya que aportan información válida acerca de los comportamientos del menor.

Según Vereb y DiPerna (2004) existe una relación positiva entre la eficacia de intervenciones y los conocimientos sobre el TDAH de los profesores, el feedback que se establece es de gran utilidad, además las estimaciones sobre conducta de los menores son de gran relevancia a la hora de ajustar la medicación, y cambiar aspectos de intervenciones psicopedagógicas (objetivos, estrategias etc). Por todas estas razones los docentes son pieza elemental en los procesos de evaluación y tratamiento.

Barkley (2008) propone una serie de consejos para ayudar a los niños con TDAH; la especialización de profesores, no hacerles repetir curso, establecer normas y que sepan quién es el que dirige la clase, fraccionar el trabajo y acompañarlo de descansos, colocarles en las primeras filas, mandar deberes para casa al principio de semana, enseñarles utilizando la herramienta de tutorías de grupo (niños haciendo de profesores), dejarles libertad de movimientos y ejercicio físico, proporcionarles organización, fomentar la enseñanza participativa y dejarles que se muevan mientras que aprenden, ser cercanos con el menor. Para menores sin medicar es aconsejable

colocar asignaturas más complicadas al principio de la jornada y fijar metas en cada clase, para mejorar su motivación podemos utilizar un sistema de premios, externalizando marcadores de comportamiento (con señales o pegatinas) y por último los castigos, que deben de tener recompensas y ser inmediatos.

4.6.2.3 Tratamientos multimodales

Desde este tratamiento se aborda al TDAH, desde diferentes componentes como: la educación familiar, tratamiento farmacológico, psicoterapia cognitivo-conductual o de apoyo, psicoterapia conductual, adaptación a la escuela y terapia conyugal-familiar. Este tipo de multiintervenciones multicomponentes, resultan eficaces ya que implican a muchos contextos del menor, pero según Arco y Fernández-Balboa (2003) requieren una gran red de organización y recursos económicos por parte del sistema educativo que actualmente no se tienen.

4.6.2.4 TIC en el TDAH

Desde que Rizzo et al. (2001) elaboró un software llamado “Aula Virtual”, las nuevas tecnologías han supuesto una avance en los tratamientos. Los niños se sienten más atraídos por tareas que se les presentan de esta forma, porque disminuyen la sensación de fatiga y maximizan la eficacia de tratamientos, además de mejorar la capacidad de atención e impulsividad. Este es un camino aún por descubrir, que puede aportar grandes resultados.

4.6.3 Tratamiento cognitivo-conductual para padres y menores (PSICOHAEM-VAR)

(PSICOeducación, Habilidades de manejo y Expresión eMocional-Valores, Autocontrol y Relajación). Este protocolo de tratamiento está diseñado para padres y menores con TDAH y TND e incluso a menores con TD no grave. Consiste en dividir en grupos a padres, menores y grupo mixto, en cada uno de ellos se pasan una serie de pruebas psicológicas como WISC-R, EL TEST DE LA TORRE DE LONDRES, EDAH o ECI (López y Romero, 2013). Se formaron subgrupos: VAR de menores; PSICOHAEM de padres y PSICOHAEM+VAR en los que realizaban sesiones sólo con padres, con menores o mixtas. Tras la aplicación del tratamiento llegaron a estas conclusiones: el módulo VAR, fomenta habilidades de planificación, organización, el

módulo PSICOHAEM fomenta habilidades en padres para regular y poner límite a comportamientos de menores y la modalidad mixta es la que consideran más adecuada.

4.6.4 Tratamiento farmacológico

Los tratamientos farmacológicos son efectivos en un 70-80% de los casos, existen varios tipos de fármacos, divididos en tres grandes grupos.

Los que actúan preferentemente sobre vías dopaminérgicas: estos actúan en las vías noradrenérgicas y dopaminérgicas, mejorando la función alterada. El tratamiento más utilizado es el metilfenidato (MTF), ya que es uno de los que mayores resultados provocan. Este impide la recaptación de dopamina en la neurona presináptica, ayudando así al mantenimiento de la atención. Este fármaco es eficaz en más de un 75%, no presenta diferencias entre sexos, es efectivo en sus diferentes formas; liberación inmediata, liberación controlada, aplicación de parches de liberación transdérmicos, siendo la liberación inmediata la más utilizada. Presenta inconvenientes: efecto de duración de 3-4 horas forzando a más tomas al día. Barkley, McMurray, Edelbrock y Robins (1990) apuntan que también provoca cefalea, dolor abdominal, ansiedad, irritabilidad etc. Caine, Ludlow, Polinsky y Ebert (1984); Gadow, Nolan y Sverd (1992) afirman que pueden agravar tics o provocarlos. Siguiendo a Johnston, Pelma, Hoza y Sturges (1988) el efecto rebote se da a las 3-4 horas en un tercio de los menores. El MTF puede empeorar aspectos como la ansiedad, depresión, la dosis recomendada de MTF está entre 0,5-1 mg/kg/día variando en cada caso, hasta un máximo de 50 mg.

Los que actúan preferentemente sobre vías noradrenérgicas: una de las causas del TDAH puede ser por la deficiencia en las vías noradrenérgicas, provocando síntomas como déficit de atención, en memoria de trabajo, problemas de concentración, fatiga etc. El uso de reboxetina es eficaz para depresión, apatía, fatiga y TDAH. Este tratamiento no debe ser el único que se le ofrezca al menor, según Papazian, Alfonso, Luzondo y Araguez (2009) también se debe acompañar de tratamiento psicológico, técnicas de rehabilitación cognitiva, además de una coordinación entre padres, profesores y médicos. La reboxetina y la atomoxetina son dos fármacos que se administran dependiendo de las características o dificultades que se encuentren.

Otros fármacos que se han utilizado en el tratamiento del TDAH: como los que podemos ver en la tabla del anexo 9 estos fármacos no estimulantes, tardan entre 2-5 semanas en ser eficaces y los efectos secundarios más comunes son; sequedad,

estreñimiento aumento de peso etc. Uno de los más graves el escaso margen terapéutico, con riesgo de muerte por ingesta accidental.

Existen fármacos en fase de investigación, como la desregulación nicotínica, que puede ayudar a la fisiopatología del TDAH, se está estudiando el interés que puede tener la nicotina en el tratamiento de este trastorno.

Aunque muchos de los fármacos son realmente eficaces, el tratamiento farmacológico, no debe de ser exclusivo, debe existir un abordaje psicológico, psicoeducativo y combinado con técnicas de rehabilitación cognitiva, además de una coordinación entre doctores, profesores y familia.

5. CONTEXTO

El contexto en el que se enmarca esta propuesta es un contexto tipo. Está diseñada y pensada para un caso en concreto, con características y ambientes determinados, es posible ponerlo en práctica para el resto de alumnado, no necesariamente diagnosticados con déficit de atención.

Se desarrolla en un centro escolar concertado que cuenta con especialistas y docentes, toda una comunidad educativa implicada en el proceso de enseñanza-aprendizaje de sus alumnos y que apuestan por una educación inclusiva.

Los objetivos de esta propuesta son mejorar dos aspectos concretos; la atención e impulsividad.

Para esta intervención se ha tenido como referencia a un niño con las características descritas de forma más explícita en el apartado de síntesis del informe psicopedagógico; un niño diagnosticado de Trastorno por Déficit de Atención y con problemas de impulsividad.

Para la puesta en práctica se requiere un contexto favorable; implicación por parte de docentes, predisposición al trabajo y constancia, puesto que precisa de tiempo para su explicación, desarrollo y evaluación. Requiere de tiempo puesto que la atención e impulsividad demandan de un entrenamiento constante y las actividades propuestas suponen una supervisión continua y un trabajo diario.

Descripción del contexto educativo

El centro se encuentra en una zona urbana, cerca del centro de la ciudad. Se trata de un colegio concertado, en el que el contexto sociocultural es diverso y cada vez existe una multiculturalidad más visible, el nivel socioeconómico de las familias es medio-alto. Cuenta con profesionales de educación especial y audición y lenguaje, un gimnasio grande y sala de psicomotricidad, un gran patio, una sala de profesores-biblioteca, un comedor, aseos, salón de actos y una sala de informática. El horario del colegio es de jornada partida. El centro imparte las etapas de educación infantil, educación básica, ESO y Bachillerato. Ofrece servicios como comedor, madrugadores y extraescolares de deporte e idiomas. Todos los docentes están muy implicados, son dinámicos y ponen en práctica técnicas y consejos que les proporcionan otros especialistas.

Descripción del contexto sociofamiliar.

El contexto familiar es favorecedor, la familia es consciente de las dificultades e intenta proporcionar el máximo apoyo posible. El niño es hijo único y sus padres están muy implicados en su educación. Hay buena colaboración con el centro. La familia participa en actividades que se proponen desde el centro escolar y tratan de llevar a cabo todas las pautas que se les dan desde asociaciones y desde el mismo colegio, donde se intenta trabajar al unísono y de forma coordinada. El nivel cultural de la familia es medio-alto. El entorno de la vivienda dispone de amplios recursos socioeducativos, como instalaciones deportivas y lúdicas, centro cívico, etc.

A continuación se expone la **Síntesis del informe psicopedagógico**, del alumno tipo.

Datos previos de interés

Historia escolar: comenzó su escolarización, en una escuela infantil a los 18 meses. En la etapa de infantil ya comenzaron a realizarle numerosas pruebas e iniciaron un recorrido de médicos y psicólogos. A la edad de 7 años, se le diagnosticó TDA, continuó en el mismo centro escolar, y comenzó a salir a clases de apoyo.

Desarrollo general: es un alumno de 9 años diagnosticado con Trastorno por Déficit de Atención, sin antecedentes familiares del trastorno. Presenta impulsividad y algunos problemas sociales derivados de su trastorno además de dificultades en la expresión oral.

Aspectos de adaptación y relación social: Buena conducta, pero poca capacidad atencional, lo que le provoca perderse constantemente, problema agravado por su

impulsividad. Nivel de desarrollo adaptativo personal y social correcto, pero últimamente presenta problemas con compañeros. Sociable y le gusta participar, evita hablar en público por su dificultad en la expresión oral.

Estilo de aprendizaje: Aprendizaje no autónomo. Sigue instrucciones, por lo que trabaja mejor de manera individual, aunque le gusta trabajar en grupo. Muy baja capacidad atencional. Su estilo de aprendizaje es por ensayo-error y con repeticiones claras y ordenadas.

6. DISEÑO DE LA PROPUESTA

6.1 INTRODUCCIÓN

En esta propuesta se exponen pequeñas actividades para mejorar su atención y enseñarle autoinstrucciones para controlar su impulsividad a través de actividades cortas y divertidas.

Descripción del alumno

Se trata de un niño de 9 años, que lleva un diagnóstico de trastorno por déficit de atención y gran impulsividad, se encuentra escolarizado en un centro concertado y sigue un tratamiento farmacológico, del que ya está adaptado y resulta muy beneficioso.

No tiene asociado ningún otro trastorno y por lo general su desarrollo es el correspondiente a su edad cronológica. Es sociable y en el grupo clase se integra perfectamente, se adapta a las situaciones, aunque le cuesta mucho trabajo terminar actividades o seguir explicaciones. Acude a aulas de apoyo con especialistas de educación especial y audición y lenguaje, donde principalmente trabajan matemáticas y lengua. Presenta dificultades en la expresión oral, puesto que trata de explicarse y rápidamente pierde el hilo de la conversación, por este motivo también acude a un logopeda fuera del horario escolar, donde está avanzando mucho. A demás tiene problemas de habilidades sociales con algunos de sus compañeros, debido a su impulsividad, este aspecto lo está tratando el psicólogo al que acude fuera del horario escolar.

Identificación de las NEE

Podemos resaltar unas necesidades educativas especiales para el alumno. Entre estas cabe destacar:

Necesita adquirir diferentes hábitos, rutinas y ambientes estructurados.

Necesita potenciar su nivel de atención.

Necesita adquirir y consolidar habilidades sociales.

Necesita desarrollar conductas adecuadas.

Necesita potenciar el aprendizaje de forma estructurada y clara.

Necesita un clima afectivo.

Necesita estrategias para controlar la impulsividad.

Áreas/ Materias objeto de intervención

No hay unas áreas concretas o determinadas para trabajar lo que se pretende en esta propuesta, puesto que son actividades de corta duración, que se pueden realizar al comienzo de una clase.

Duración prevista

La propuesta tiene una duración de 18 sesiones, pero el tiempo puede ser modificado. Cada ficha tiene una duración diferente, estando todas entre los 7-10 minutos.

Medidas de acceso

No precisa de medidas de accesibilidad física, Sistemas alternativos y aumentativos de comunicación (SAAC) ni de Medios técnicos.

En cuanto a los recursos materiales: serán necesarios diferentes materiales didácticos adaptados a sus necesidades. Además, cada profesional implicado en la intervención utilizará los materiales que consideren oportunos para su aprendizaje. En esta propuesta se facilitan las fichas que realiza el alumno.

Programación de aula

Se presenta una propuesta con materiales sencillos para trabajar la atención e impulsividad. Está dividida en dos grandes bloques; fichas de diferentes formatos para fomentar la atención y fichas para entrenar en planificación. Estas pequeñas actividades se pueden aplicar en todas las áreas de trabajo.

Se facilitan pautas de trabajo para que apliquen con el menor, uniformizando así el trabajo de todos y haciéndolo más estable para el niño. Conjuntamente existe un trabajo continuo por parte del logopeda y la especialista en audición y lenguaje, que trabajan mucho la expresión oral, además de los contenidos establecidos en el currículo, pero realizan actividades en las que se refuerce la expresión oral en grupos o mediante juegos. La PT del centro, se encarga del razonamiento y comprensión y es una de las más implicadas en el desarrollo de esta propuesta.

Aspectos organizativos

Se trabajará de forma global durante toda la jornada escolar, prefiriendo las primeras horas de la mañana antes del recreo.

Una de las premisas de esta propuesta es la del trabajo conjunto entre familia, docentes y otros especialistas como son; medico, psicólogo, logopeda ya que todos ellos influyen en el aprendizaje y desarrollo del niño, se busca una actuación al unísono, para que todos exijan un mismo nivel de tareas, o responsabilidades en todos los ámbitos.

Se trabajará con materiales ordinarios, pero realizando adaptaciones, como por ejemplo pequeños esquemas de lo aprendido o resúmenes. Por último, estará integrado en todas las actividades de grupo que le puedan resultar motivadoras e interesantes para su proceso de enseñanza-aprendizaje, aprovechando que su respuesta social es favorable y fomentando así sus habilidades sociales con los compañeros. Además se procurará realizar actividades visuales en las que las partes estén claras y él pueda interactuar. Como no tiene un aprendizaje autónomo precisa de mucha atención, además el profesorado tiene que estar de forma continua atento de que siga instrucciones para la realización de actividades. Por esta razón, se aconseja seguir meticulosamente las pautas establecidas en cada ficha, pues las instrucciones deben de estar claras para el alumno.

6.2 OBJETIVOS GENERALES

- Fomentar la atención.
- Promover las autoinstrucciones como herramienta para el control de impulsividad.
- Poner en práctica una/la metodología específica.
- Apostar por las relajaciones en las aulas.
- Impulsar hábitos de trabajo, ambientes y contextos favorecedores para este niño.

- Utilizar materiales sencillos y prácticos.

6.3 METODOLOGÍA

Metodología general

- 1- Dividir una actividad larga, en pequeñas partes.
- 2- Al conseguir objetivos, por pequeños que sean reforzar positivamente y felicitarle.
- 3- No cambiar demasiado la rutina establecida en el aula.
- 4- Dejar que el niño verbalice las tareas que va a realizar.
- 5- Utilizar la técnica de resolución cooperativa de problemas.
- 6- Establecer normas claras y asegurarse de su cumplimiento.
- 7- Tratar que los contenidos que se explican le motiven o presentarlos de tal manera que le parezca interesante.
- 8- Dejar que algunos contenidos se expliquen de igual a igual, adquiriendo el rol de profesor.
- 9- Seguir las pautas establecidas en cada actividad.
- 10- Ser conscientes y responsables del problema que tienen estos niños para trabajar de forma constante.
- 11- Evaluar actividades y conductas, en registros.
- 12- Modificar aspectos de la propuesta en función de los resultados que se obtengan.

Metodología fichas atención

- 1- Correcta explicación por parte del profesorado.
- 2- Ambiente adecuado, que predisponga al trabajo.
- 3- Evaluación de resultados tanto por parte del alumno como del profesor.
- 4- Constancia, trabajo y métodos adecuados.
- 5- Normas claras.
- 6- Asimilación de los objetivos de cada tarea.

Metodología fichas entrenamiento

Procedimiento a seguir para utilizar autoinstrucciones

- 1- Elige algunas actividades.

- 2- Realiza la más sencilla delante del niño y verbaliza las autoinstrucciones del comic
- 3- En la siguiente actividad el adulto verbaliza las autoinstrucciones y el niño realiza la actividad.
- 4- Dejamos al niño realizar la tarea verbalizando él mismo las autoinstrucciones.
- 5- Continúa realizando tareas pero susurrando las autoinstrucciones.
- 6- Por ultimo dejamos al niño que realice las actividades, guiándose mentalmente las autoinstrucciones.

Estrategias durante la realización de actividades

- 1- Leer enunciado fragmentándolo y asegurarnos de que lo entiende.
- 2- Localizar en el laberinto la entrada y salida.
- 3- Adelantarse con la vista hasta la primera intersección y dibujar el camino hasta ahí.
- 4- Mirar a ambos lados y elegir el siguiente tramo con salida.
- 5- Pararse otra vez en la siguiente intersección.
- 6- Observar posibilidades de salida.

Estrategias en entrada sin salida.

- 1- Volver hasta la intersección anterior y buscar en todas las direcciones, el camino libre.

6.4 RECURSOS

Ambientales: Aulas de apoyo, aulas ordinarias, hogar.

Materiales: Fichas de trabajo, ficha instrucciones, fichas de autoevaluación, ficha de registro y diploma.

Personales: Familia, docentes, médico, psicólogo y logopeda.

En la intervención general participan diferentes personas que se han de tener en cuenta, como la familia, o diferentes profesionales. En la figura 1 podemos ver información de gran utilidad, ya que nos permite contextualizar y conocer que otros aspectos se están mejorando.

PROFESIONAL	FUNCIONES
Logopeda	Lleva a cabo un programa de intervención logopédica,

	fuera del horario escolar. Trabaja principalmente la expresión oral.
Orientador/Psicólogo	Se encarga de realizar los programas específicos incidiendo en habilidades sociales. Orienta al resto de profesionales sobre aspectos relativos a habilidades sociales. Colabora con la PT para mejorar sus capacidades cognitivas y de atención.
Especialista en pedagogía terapéutica	Está desarrollando un programa específico de intervención para trabajar habilidades cognitivas de aprendizaje, adaptando los contenidos y la metodología a sus necesidades e intereses. También asesora al resto de profesionales.
Especialista en audición y lenguaje	Está trabajando la expresión oral dentro del aula y la comprensión.

Figura 1: Profesionales implicados.

6.5 ACTIVIDADES

Todas las sesiones siguen la misma estructura:

Se comienza la sesión con una relajación de unos 5 minutos; música tranquila y envolvente y para finalizar respiraciones profundas.

A continuación se realizarán las fichas propuestas y luego hará las actividades ordinarias de aula, por último se cumplimenta la autoevaluación de la sesión.

En todas ellas se utiliza la metodología general. Para las sesiones de atención (1-2-3-4-5-6-7-8-9) se tendrán también en cuenta las indicaciones metodológicas especificadas.

Para las sesiones de entrenamiento (10-11-12-13-14-15-16-17-18) se tendrán en cuenta las indicaciones y estrategias metodológicas especificadas.

Todas las figuras que se muestran a continuación son de elaboración propia.

Sesión 1: Unir siluetas. Anexo 10.
Objetivos: potenciar la atención y relacionar siluetas semejantes.
Contenidos: relación entre siluetas.

Criterios de evaluación: relación correcta de siluetas.
Instrumentos de evaluación: ficha.
Material utilizado: ficha y lápiz.
Temporalización: 5 minutos.
Desarrollo: Se deben unir las figuras que tengan la misma silueta.

Figura 2: Explicación Sesión 1.

Sesión 2: Discriminación visual de láminas.
Objetivos: potenciar la atención y discriminar dibujos.
Contenidos: discriminación de dibujos.
Criterios de evaluación: identificación correcta de pajaritos.
Instrumentos de evaluación: ficha.
Material utilizado: ficha y lápiz de color.
Temporalización: 5 minutos.
Desarrollo: Se deben rodear con un círculo de color rojo, los pajaritos intrusos.

Figura 3: Explicación Sesión 2.

Sesión 3: Laberintos secretos.
Objetivos: potenciar la atención, seguir instrucciones y colorear cuadrículas.
Contenido: seguimiento de instrucciones y colorear.
Criterios de evaluación: llegar hasta la prenda correcta.
Instrumentos de evaluación: ficha.
Material utilizado: ficha y pinturas.
Temporalización: 5 minutos.
Desarrollo: Se debe adivinar qué ropa se pondrá Elena siguiendo las instrucciones y coloreando los cuadraditos, hasta llegar a la prenda. Cuando lo haya hecho, se le entregará la solución, para que él mismo compruebe.

Figura 4: Explicación Sesión 3.

Sesión 4: Encuentra diferencias entre conjuntos, color o tamaño.
Objetivo: potenciar la atención, identificar diferencias entre conjuntos.
Contenido: capacidad de atención y observación, discriminación.

Criterios de evaluación: identificar las 8 diferencias.
Instrumentos de evaluación: ficha.
Material utilizado: ficha y lápiz.
Temporalización: 5 minutos.
Desarrollo: Se deben identificar las 8 diferencias entre conjuntos de; orientación, color, forma y tamaño.
<p>Metodología: - Que se observe de forma general la ilustración.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comience comparando por partes: se fije en una parte del dibujo y seguidamente en la misma parte del otro dibujo. - Seguir fijándose en partes de la ilustración siguiendo un orden establecido. Por ejemplo, comenzando de izquierda a derecha o de arriba hacia abajo. - Marcar cada diferencia que se encuentre en el dibujo con una línea o cruz. - Para terminar contar el número de diferencias encontradas para asegurarse de haberlas encontrado todas.

Figura 5: Explicación Sesión 4.

Sesión 5: Mariposas simétricas.
Objetivos: potenciar la atención, orientación.
Contenido: colorear puntos y conteo.
Criterios de evaluación: dibujar y colocar correctamente todas las manchas.
Instrumentos de evaluación: ficha.
Material utilizado: ficha y lápiz.
Temporalización: 5 minutos.
Desarrollo: Se deben dibujar de forma simétrica las mismas manchitas y posiciones de cada insecto. Esta actividad exige; capacidad de atención y un método en su análisis y observación.
<p>Metodología: - Que se observe de forma general la ilustración.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comience comparando por partes: se fije en una parte del dibujo y seguidamente en la misma parte del otro dibujo. - Seguir fijándose en partes de la ilustración siguiendo un orden establecido. Por ejemplo, comenzando de izquierda a derecha o de arriba hacia abajo. - Marcar cada diferencia que se encuentre en el dibujo con una línea o cruz.

- Pare terminar contar el número de diferencias encontradas para asegurarse de haberlas encontrado todas.

Figura 6: Explicación Sesión 5.

Sesión 6: Matrices de letras.
Objetivo: potenciar la atención y dominar el conteo y discriminación.
Contenido: letras del abecedario.
Criterios de evaluación: identificar y contar correctamente las letras.
Instrumentos de evaluación: ficha.
Material utilizado: ficha y lápiz.
Temporalización: 5 minutos.
Desarrollo: Se debe contabilizar las veces que aparecen las letras del abecedario en la tabla.

Figura 7: Explicación Sesión 6.

Sesión 7: Fichas ¿qué hora es? Analógico y digital.
Objetivo: potenciar la atención y convertir las horas analógicas en digitales.
Contenido: horas.
Criterios de evaluación: convertir correctamente las horas.
Instrumentos de evaluación: ficha.
Material utilizado: ficha y lápiz.
Temporalización: 5 minutos.
Desarrollo: Se debe escribir la hora que aparece en formato analógico, en formato digital.

Figura 8: Explicación Sesión 7.

Sesión 8: Sopas de letras.
Objetivo: potenciar la atención y discriminación.
Contenido: animales.
Criterios de evaluación: ficha.
Instrumentos de evaluación: señalar palabras de la lista correctamente.
Material utilizado: ficha.

Temporalización: 5 minutos.
Desarrollo: Se deben encontrar y señalar todas las palabras de la lista: águila, jirafa, leopardo, pantera, perro, antílope, león, lince, pelicano y tigre. Se ha de tener en cuenta que pueden aparecer en horizontal, vertical y diagonal.

Figura 9: Explicación Sesión 8.

Sesión 9: Bingos cruzados.
Objetivo: potenciar la atención.
Contenido: identificación de dibujo.
Criterios de evaluación: identificar correctamente la fila y columna.
Instrumentos de evaluación: ficha.
Material utilizado: ficha y lápiz.
Temporalización: 3 minutos.
Desarrollo: Se debe señalar la fila y la columna donde se encuentra el cocodrilo.

Figura 10: Explicación Sesión 9.

Sesión 10: Cómic autoinstrucciones. Anexo 11.
Objetivos: entender autoinstrucciones y comprender dinámica de ejercicios.
Contenido: autoinstrucciones.
Criterios de evaluación: comprobar si comprende las autoinstrucciones.
Instrumentos de evaluación: observación.
Material utilizado: ficha y lápiz.
Temporalización: 20 minutos.
Desarrollo: Explicación comic de autoinstrucciones y realización de ejemplo (nivel 1) por parte del profesor (siguiendo las indicaciones de realización de fichas y con las estrategias que en ellas aparecen)

Figura 11: Explicación Sesión 10.

Sesión 11: Pirata.
Objetivos: seguir autoinstrucciones y encontrar salida del laberinto.
Contenidos: orientación y discriminación.
Criterios de evaluación: seguir autoinstrucciones y realizar correctamente laberinto.
Instrumentos de evaluación: ficha.

Material utilizado: ficha y lápiz.
Temporalización: 10 minutos.
Desarrollo: Ficha nivel 1. Debe ayudar al pirata a encontrar su tesoro.

Figura 12: Explicación Sesión 11.

Sesión 12: Hormigas.
Objetivo: seguir autoinstrucciones y encontrar salida del laberinto.
Contenido: orientación y discriminación.
Criterios de evaluación: seguir autoinstrucciones y realizar correctamente laberinto.
Instrumentos de evaluación: ficha.
Material utilizado: ficha y lápiz.
Temporalización: 10 minutos.
Desarrollo: Ficha nivel 1. Debe ayudar a las hormigas obreras a encontrar el camino de vuelta al hormiguero.

Figura 13: Explicación Sesión 12.

Sesión 13: Monedas.
Objetivos: seguir autoinstrucciones, encontrar salida del laberinto y recordar números.
Contenidos: orientación, discriminación y números.
Criterios de evaluación: seguir autoinstrucciones y realizar correctamente laberinto.
Instrumentos de evaluación: ficha.
Material utilizado: ficha y lápiz.
Temporalización: 10 minutos.
Desarrollo: Ficha nivel 2. Debe ayudar a guardar las monedas en la caja fuerte, para ello debe fijarse en el número secreto y recordar que no puede pasar por el mismo sitio.

Figura 14: Explicación Sesión 13.

Sesión 14: Submarino.
Objetivo: seguir autoinstrucciones, encontrar salida del laberinto y construir título de libro.
Contenido: orientación, discriminación y literatura.
Criterios de evaluación: seguir autoinstrucciones y realizar correctamente laberinto.

Instrumentos de evaluación: ficha.
Material utilizado: ficha y lápiz.
Temporalización: 10 minutos.
Desarrollo: Ficha nivel 2. Debe ayudar al submarino a encontrar el camino correcto. Construyendo el título de un libro de Julio Verne.

Figura 15: Explicación Sesión 14.

Sesión 15: Corresponsal.
Objetivo: seguir autoinstrucciones, orden de ciudades y encontrar salida del laberinto.
Contenido: orientación, discriminación y ciudades europeas.
Criterios de evaluación: seguir autoinstrucciones y realizar correctamente laberinto.
Instrumentos de evaluación: ficha.
Material utilizado: ficha y lápiz.
Temporalización: 10 minutos.
Desarrollo: Ficha nivel 2. Debe ayudar al corresponsal a obtener las mejores fotografías de Pisa-Roma-Londres-Estambul-Atenas, sin pasar por el mismo sitio.

Figura 16: Explicación Sesión 15.

Sesión 16: De vacaciones.
Objetivo: seguir autoinstrucciones, encontrar salida del laberinto y sortear mochilas.
Contenido: orientación y discriminación.
Criterios de evaluación: seguir autoinstrucciones y realizar correctamente laberinto.
Instrumentos de evaluación: ficha.
Material utilizado: ficha y lápiz.
Temporalización: 10 minutos.
Desarrollo: Ficha nivel 3. Debe guiar al tren desde la ciudad hasta la playa, por el camino deberá recoger 24 maletas, evitando las mochilas.

Figura 17: Explicación Sesión 16.

Sesión 17: Figuras geométricas.
Objetivo: seguir autoinstrucciones, encontrar salida del laberinto y seguir condiciones.
Contenido: orientación, discriminación, figuras geométricas.

Criterios de evaluación: seguir autoinstrucciones y realizar correctamente laberinto.
Instrumentos de evaluación: ficha.
Material utilizado: ficha y lápiz.
Temporalización: 10 minutos.
Desarrollo: Ficha nivel 3. Debe atravesar el laberinto de figuras geométricas, saltando figura a figura en movimientos horizontales o verticales. Puede saltar de una figura a otra si tiene el mismo número de lados o distinto color o si es del mismo color y tiene un lado más o un lado menos. Se le presenta un ejemplo para que lo comprenda.

Figura 18: Explicación Sesión 17.

Sesión 18: Barco y Diploma.
Objetivo: seguir autoinstrucciones, encontrar salida del laberinto y seguir condiciones.
Contenido: orientación y discriminación.
Criterios de evaluación: seguir autoinstrucciones y realizar correctamente laberinto.
Instrumentos de evaluación: ficha.
Material utilizado: ficha y lápiz.
Temporalización: 10 minutos.
Desarrollo: Ficha nivel 3. Debe ayudar a que cojan el barco, pasando por tiendas de campaña y rodeando canguros, sin levantar el lápiz. Entrega de diploma y evaluación.

Figura 19: Explicación Sesión 18.

6.6 EVALUACIÓN

La evaluación de la propuesta es conjunta; está basada en registros y observaciones por parte de los docentes y en las autoevaluaciones por parte del alumno.

Los registros se pueden observar en el anexo 10, donde cada día el docente puntúa de forma objetiva los aspectos que se indican. Además podrá anotar cualquier otro aspecto que considere relevante para la evaluación.

Con las autoevaluaciones del niño podemos ver la percepción que tiene de sí mismo y observar su avance con el paso del tiempo.

Esta evaluación nos servirá para comprobar si se están mejorando los objetivos que se plantean (mejorar la atención y controlar la impulsividad), en el supuesto de que se

vieran mejoras se continuaría con más actividades. En el caso de que no se vieran avances, se podrían cambiar los aspectos que se consideraran necesarios.

Realiza correctamente la relajación	
Realiza correctamente las fichas	
Se muestra relajado durante los ejercicios	
Muestra interés por aprender	
Precisa de movimiento continuo	
Comprende lo que hay que hacer en los ejercicios	
Se distrae varias veces al realizar el ejercicio	
Completa los ejercicios	
Sigue autoinstrucciones para realizar ejercicios	

Figura 20: Registro docentes.

7. CONCLUSIONES

Tras la realización de este Trabajo de Fin de Grado se ha tratado de profundizar sobre el tema de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y los diferentes tratamientos que se llevan a cabo para mejorar todos los ámbitos en los que influye. Actualmente se trata de un tema que está presente en todos los centros escolares y que a pesar de su extensión aún, en algunos aspectos es un gran desconocido, es muy importante que en el ámbito de la educación se conozcan rasgos esenciales como; síntomas, características principales y también los tratamientos que se llevan a cabo, para así asegurar una respuesta educativa adecuada e individualizada, que responda a las necesidades de cada alumnado.

Como profesores de educación especial, no podemos olvidar dos de los principios pedagógicos que regulan el proceso educativo de atención a la diversidad, como son: la individualización y la normalización. Debemos prestar e invertir nuestro tiempo y dedicación a conocer a nuestros alumnos y alumnas, ver lo que realmente les interesa, cuáles son sus estrategias de aprendizaje y cómo, cuándo y con qué condiciones trabajan mejor. Debemos de actuar con naturalidad, comprensión y objetividad, tenemos que dar normalidad a situaciones que se producen de forma diaria en nuestra sociedad, o en el propio centro educativo. Además se debe cuidar la forma en

la que se verbalizan las expectativas que se tienen sobre los menores, ya que como López-Soler y Martínez-Núñez (1999b) explican, los mensajes que los menores reciben influyen en el comportamiento y desarrollo de la autoestima. Por este motivo creo vital cuidar las expresiones, gestos, posturas o expectativas antes estos menores.

Con la realización de este trabajo he podido entender muchos de los comportamientos de estos niños y niñas, sus reacciones o simplemente su relativa ausencia en determinadas clases, hacer una revisión teórica me ha servido de guía, para poder conocer todas las características, tratamientos e intervenciones que se pueden poner en práctica.

El hecho de realizar prácticas en un aula de apoyo me ha sido de gran utilidad, ya que los aspectos o características que afirmaban diferentes autores, se podían observar en el aula al día siguiente. En el aula de apoyo la gran mayoría tenían dificultades de atención y este problema fue el que me hizo centrar mi propuesta de intervención en este aspecto.

La propuesta está basada en un estudio de caso, sobre un niño diagnosticado de TDA y que sigue un tratamiento farmacológico, pero que aún así tiene serios problemas de atención e impulsividad. Se trabajan estos dos aspectos de forma continua, ya que en el día a día del aula son imprescindibles para un aprendizaje adecuado y eficaz. Se han tratado de seguir pautas como las que propone Barkley (2008) como son: una mayor especialización de profesores, establecimiento de normas, el trabajo con descansos, colocarles en las primeras filas, enseñarles utilizando la herramienta de tutorías de grupo, que están integradas por completo en la propuesta.

Barkley (2005) indica que los menores que padecen TDAH tienen capacidad y habilidades suficientes, pero que sufren un problema de autorregulación, por este motivo se plantea el entrenamiento de autoinstrucciones, para que estos menores consigan aplicar sus conocimientos en momento concretos, controlando su impulsividad.

Se ha querido remarcar de forma especial la colaboración de todos los profesores, ya que es de gran importancia que todo el profesorado esté implicado no sólo con la propuesta, sino también en que se impliquen con la metodología a seguir.

Creo de especial importancia que la sociedad conozca este trastorno y no se juzgue sin conocer o saber lo que estas personas sufren y más aún en el ámbito educativo, en el que se busca una escuela que eduque en conocimientos, pero también en valores y desde la que se faciliten las oportunidades a aquel alumnado que precise de más atención o estrategias más específicas.

8. REFERENCIAS

- Amador, J. A., Forns, M., Guardia, J. y Peró, M. (2006). DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder symptoms: agreement between informants in prevalence and factor structure at different ages. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 28, 23-32.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Washington, DC: APA (trad. cast.: DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995).
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (1997). Practice parameters for the psychiatric assessment of children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (10), 4S-20S.
- Applegate, B., Lahey, B., Hart, E., Bierderman, J., Hynd, Barkley, R. A., Ollendick, T., Frick, P. J., Greenhili, L., Mcburnett, K., Newcorn, J. H., Kerdyk, L., Garfinkel, B., Waldman, I. y Shaffer, D. (1997). Validity of the age-of-onset criterion for ADHD: A report from the DSM-IV field trials. *Journal of American Academy of Child & Adolescents Psychiatry*, 36, 1161-1318.
- Arco, J. L. y Fernández-Balboa, J. M. (2003). Some barriers to school reforms in Spain. *International Review of Educations*, 46 (6), 580-600.
- Arnold, L. E. y Jensen, P.S. (1995). *Attention-deficit disorders*. En H. I. Kaplan y B. J. Sadock (eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*, vol. 2, 6.^a ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Barkley, R. A. (ed.) (1990). *AttentionDeficitHyperactivityDisorder.A Handbook for Diagnosis and Treatment*. Nueva York: Guilford.

- Barkley, R. A. (1995). *Taking charge of ADHD. The complete, authoritative guide for parents*. Nueva York: Guilford Press (trad. cast.: *Niños hiperactivos*. Buenos Aires: Paidós, 1999).
- Barkley, R. A. (1996b). Linkages between attention and executive functions. En G. R. Lyon y N. A. Krasnegor (eds.), *Attention, memory, and executive function* (pp. 307-326). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Barkley, R. A. (2008). El manejo del TDAH en el aula: estrategias para el éxito. En L. Rojas, M. Lázaro y M. del Fresno (eds.), *Hiperactivos. Estrategias y técnicas para ayudarlos en casa y en la escuela* (pp. 38-64). Madrid: Lo que no existe.
- Barkley, R. A., Grodzinsky, M. y Gail, M. (1999). Predictive Power of Frontal Lobe Test in the Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The Clinical Neuropsychologist*, 13 (1), 12-21.
- Barkley, R. A., McMurray, M. B., Edelbrock, C. S. y Robins, K. (1990). Side effects of methylphenidate in children with attention deficit hyperactivity disorder: a systemic, placebo-controlled evaluation. *Pediatrics*, 86, 184-192.
- Biederman, J. y Steingard, R. J., Wright, V. et al. (1993). A double-blind placebo controlled study of desipramine in the treatment of attention deficit disorder, III: lack of impact of comorbidity and family history factors on clinical response. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 32, 199-204.
- Caine, E. D., Ludlow, C. L., Polinsky, R. J. y Ebert, M. H. (1984). Provocative drug testing in Tourette's syndrome: d- and l-amphetamine and haloperidol. *J. Am. Acad. Child. Psychiatry*, 23, 147-152.
- Camp, B. W. y Bash, M. A. (1998). *Piensa en voz alta. Un programa de resolución de problemas para niños*. Valencia: Promolibro. CINTECO.
- CHADD (Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) (2005). *National Resource Center on AD/HD Children and Adults with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder. El TDAH y los Trastornos del comportamiento Perturbador*, pp. 1-6. www.help4adhd.org.
- Díaz-Sibaja, M. A., Comeche, M. I. y Díaz-García, M. I. (2011). Programa EDUCA.

- Escuela de padres para el tratamiento de los trastornos del comportamiento perturbador. *Apuntes de Psicología*, 29 (2), 243-258.
- Faraone, S. V. y Biederman, J. (1994). Genetics of attention-deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. North Am.*, 3, 285-302.
- Farley, S. E., Adams, J. S., Lutton, M. E. et al. (2005). What are effective treatments for oppositional and defiant behaviors in preadolescents? *Journal of Family Practice*, 54 (2), 162-165.
- Frick, P. J. y Kimonis, E. R. (2005). Externalizing disorders of childhood and adolescence. En J. E. Maddux y B. A. Winstead (eds.), *Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding*. Mahwah, NJ: LEA.
- Gadow, K. D., Nolan, E. y Sverd, J. (1992). Methylphenidate in hyperactive boys with comorbid tic disorder: II. Short-term behavioral effects in school settings. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 31, 462-471.
- García-Campayo, J., Santed-Germán, M. A., Cerdán-Lanero, C. y Alda Díez, M. (2007). Tratamiento del Trastorno por déficit de atención. *Atención Primaria*, 39, 671-674.
- Garza-Morales, S., Núñez-Villaseñor, P. S. y Vladimírsky-Guiloff, A. (2007). Autoestima y locus de control en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.*, 64, 231-239.
- Green, R. W. (2003). *El niño insoportable*. Barcelona: Ediciones Medici.
- Greene, R. W., Ablon, J. S., Goring, J. C. et al. (2004). Effectiveness of collaborative problem with solving in effectively dysregulated children with oppositional-desafiant disorder: initial findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (6), 1157-1164.
- Herreros, O., Rubio, B., Sánchez, F. y Gracia, R. (2002). Etiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Rev. Psiquiatr. Infanto-Juv.*, 19 (1), 82-88.
- Hinshaw, S. P. (1994). *Attention deficit and hyperactivity in children*. Londres: SAGE.

- Hinshaw, S. P. y Anderson, C. A. (1996). Conduct and oppositional defiant disorders. En E. J. Mash y R. A. Barkley (eds.), *Child psychopathology* (pp. 113-149). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Jensen, P. S., Martin, D. y Cantwell, D. P. (1997). Comorbidity in ADHD: implications for research, practice, and DSMIV. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (8), 1065-1079.
- Jensen, P. S., Rubio-Stipec, M., Canino, G., Bird, H., Dulcan M. K., Scwab-Stone, M. E., Lahey, B. B. (1999). Parent and Child Contributions to Diagnosis of Mental Disorder: Are Both Informants Always Necessary? *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1469-1616.
- Johnston, C., Pelma, W. E., Hoza, J. y Sturges, J. (1988). Psychostimulant rebound in attention deficit disorder boys. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 27, 806-810.
- Joselevich, E. (comp.) (2000). *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Kazdin, A. E. y Buela-Casal, G. (1999b). Diagnóstico y Evaluación. En A. E. Kazdin y G. Buela-Casal (eds), *Conducta antisocial. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia* (pp.65-94). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Kitchens, S. A., Rosen, L. A. y Braaten, E. B. (1999). Differences in anger, aggression, depression, and anxiety between ADHD and non-ADHD children. *Journal of Attention Disorders*, 3, 77-83.
- Lahey, B. B., Applegate, B., Barkley, R. A., Garfinkel, B., McBurnett, K., Kerdyk, L., Greenhill, L., Hynd, G. W., Frick, P. J. y Newcorn, J. (1994). DSM-IV field trials for oppositional defiant disorder and conduct disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1163-1171.
- Lamminäki, T., Ahonen, T., Naerhi, V., Lyytinen, H. y Todd, H. (1995). Attention Deficit Hyperactivity Disorder subtypes: are there differences in academic problems? *Developmental Neuropsychology*, 11, 297-310.

- López-Soler, C. y Martínez-Núñez, M. (1999b). Déficit atencional e hiperactividad: psicopatología, evaluación y tratamiento. En C. Perpiñá (comp.), *Déficit atencional e hiperactividad: psicopatología, evaluación y tratamiento* (pp. 95-96). Madrid: Universidad Nacional de Educación a distancia (UNED).
- López-Soler, C. y Martínez-Núñez, M.(1999a). Características cognitivo-emocionales. En C. Perpiñá (comp.), *Déficit atencional e hiperactividad: psicopatología, evaluación y tratamiento* (pp.53-68). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- López Soler, C., & Romero Medina, A. (2013). *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia :Clínica, diagnóstico, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Luria. A. R. (1930b). *The speech and intellect of urban, rural, and neglected children*. Moscú.
- Marsellach, G. (2005). La hiperactividad en los niños. Artículo publicado en: www.psicooactiva.com.
- Meichenbaum, D. y Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: a mean of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-126.
- Mena Pujol, B., Nicolau Palou, R., SalatFoix, L., Tort Almeida, P. y Romero Roca, B. (2006). *El alumno con TDAH. Guía práctica para educadores*, cap. 4, <Causas del TDAH>, p. 7. Barcelona: Mayo.
- Miranda, A. (2000). Efectos de un tratamiento cognitivo-conductual en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, agresivos y no agresivos. Cambio clínicamente significativo. *Infancia y Aprendizaje*, 23 (4), 51-70 (20).
- Miranda, A., Amado, L. y Jarque, S. (2001). Trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Málaga: Aljibe.
- Moreno, I. (1999). *Hiperactividad. Prevención, evaluación y tratamiento en la infancia*. Madrid: Pirámide.

- Muñoz-Yunta, J. A., Palau, M. y Salvadó, B. (2006). Neurobiología del TDAH. *Acta Neurológica Colombiana*, 22, 184-189.
- Murphy, K. R., Barkley, R. A. y Bush, T. (2002). Adultos jóvenes que padecen trastorno por déficit de atención con hiperactividad: diferencias de subtipo en la comorbilidad, y en la historia educativa y clínica. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 190 (3), 147-157.
- Ohan, J. L. y Johnston, C. (2002). Are the performance over-estimates given by boys with ADHD self-protective? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 320-241.
- Orjales Villar, I., & de Miguel Durán, M. (2007). *Programa de entrenamiento en planificación : Especialmente indicado para niñas y niños impulsivos o con déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- Orientación Andújar.*”(n.f.)” “Recuperada” 22/05/2014,de <http://www.orientacionandujar.es/fichas-mejorar-atencion>
- Overmeyer, S., Bullmore, E. T., Suckling, J. et al. (2001). Distributed grey and white matter deficits in hyperkinetic disorder: MRI evidence for anatomical abnormality in a attentional network. *Psychol. Med.*, 31, 1425-1435.
- Papazian, O., Alfonso, I., Luzondo, R. J. y Araguez, N. (2009). Entrenamiento de la función ejecutiva en preescolares con TDAH combinado: estudio prospectivo, controlado y aleatorizado. *Rev. Neurol.*, 48, supl. 2, S119-S122.
- Pliszka, S. R. (2003). Psychiatric comorbidities in children with attention deficit hyperactivity disorder: implications for management. *PaediatricDrugs*, 5, 741-750.
- Raya-Trenas, A. F., Herreruzo-Cabrera, J. y Pino-Osuna, M. J. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema*, 20 (4), 691-696.
- Rief, S. (1999). *Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e*

hiperactividad. Técnicas, estrategias e intervenciones para el tratamiento del TDAH. Buenos Aires: Paidós.

- Rizzo, A. A., Buckwalter, J. G., Bowerly, T., Humphrey, L. A., Neumann, U., Rooyen, A. y Kim, L. (2001). The virtual classroom: a virtual reality environment for the assessment and rehabilitation of attention deficits. *Revista Española de Neuropsicología*, 3 (3), 11-37.
- Romero-Ayuso, D. M. (2006). Revisiones: la motivación y el rendimiento ocupacional en niños con TDAH. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional de la APGTO*, 4.
- Rubia, K., Taylor, E., Smith, A. B., Oksannen, H., OverMeyer, S. y Newman, S. (2001). Neuropsychological analyses of impulsiveness in childhood hyperactivity. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 138-143.
- Rucklidge, J. J. y Tannok, R. (2001). Psychiatric, psychosocial, and cognitive functioning of female adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 530-540.
- Safer, D. J. y Allen, R. (1976). *Hyperactive Children: Diagnosis and Management*. Baltimore University Park Press (trad. cast.: *Niños hiperactivos: diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Santillana, 1979).
- Silverthorn, P., Frick, P. J., Kuper, K. y Ott, J. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder and sex: a test of two etiological models to explain the male predominance. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 52-59.
- Soutullo, C. (2004). *Atención a la comorbilidad del TDAH por el pediatra de Atención Primaria. Bases de la entrevista Psiquiátrica*. Curso de actualización Pediatría (Madrid). Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. www.aepap.org.
- Stayhorn, J. M. y Bickel, D. D. (2002). Reduction in children`s symptoms of attention defecity hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder during individual tutoring as compared with classroom instruction. *Psychology Rep.*, 91 (1), 69-80.

- Tdahytu. (2014)“Recuperada” 15/05/2014, de <http://www.tdahytu.es/manual-para-diagnosticar-el-tdah-dsm-5/>
- Trujillo, N. y Pineda, D. A. (2008). Función ejecutiva en la investigación de los trastornos del comportamiento del niño y del adolescente. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8, 1, 77-94.
- Vaquerizo-Madrid, J. y Cáceres-Marzal, C. (2006). El trastorno por déficit de atención e hiperactividad: guía pediátrica. *VoxPaediatrica*, 14, 2, 22-23.
- Vereb, R. L. y DiPerna, J. C. (2004). Teacher`s Knowledge of ADHD, treatments for ADHD and treatment acceptability: An initial investigation. *School Psychology Review*, 33, 421-428.
- Weiss, G. y Hechtman, L. T. (1992). *Hyperactivity Children Grown Up*. Nueva York: Guilford Press.
- Weiss, G. y Hechtman, L. T. (1993). *Hyperactive children grown up: ADHD en children, adolescents and adults*. Nueva York: Guilford.
- Wilens, T. E., Biederman, J. y Spencer, T. J. (2002). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder across the lifespan. *Annual Review of Medicine*, 53, 113-131.
- Zuluaga-Valencia, J. B. (2009). Evolución en la atención, los estilos cognitivos y el control de la hiperactividad en niños y niñas con diagnóstico de trastorno deficitario de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (3), 481-496.

9. ANEXOS

Anexo 1

Etiología / 79

TABLA 4.3
Aproximación neuroanatómica de dominios y funciones psicológicas, cognitivas y motoras
(Soutullo y Díez, 2007)

Regulación emocional	Memoria de trabajo	Atención y cognición	Percepción y motricidad
Circunvolución frontal superior			
Circunvolución frontal media			
		Circunvolución frontal inferior	
Circunvolución orbitofrontal			
Circunvolución temporal superior			
	Circunvolución temporal media		
Circunvol. temporal inferior			
Ínsula			
Circunvolución cingulada			
			Circunvolución precentral
			Circunvolución poscentral
		Lóbulo parietal superior	
		Lóbulo parietal inferior	
		Cuneus	
Precuneus		Precuneus	
			Circunvolución occipital

FUENTE: Malhi, Cahill, Ivanovski y Lagopoulos (2006, citado por Soutullo y Díez, 2007).

Anexo 2

Prevalencia/comorbilidad del TDAH / 41

TABLA 2.2
Comorbilidad del TDAH (tomado de Soutullo y Díez, 2007)

<p><i>Muy frecuentes (más del 50%)</i></p> <ul style="list-style-type: none">— Trastorno negativista desafiante (desobediencia y hostilidad a figuras de la autoridad, a veces a consecuencia de frustraciones).— Trastorno de la conducta (conductas inadaptadas que violan normas, reglas y los derechos de los demás. Mayor riesgo de desajuste y rechazo social. Mayor riesgo de abuso de sustancias y problemas legales). <p><i>Frecuentes (hasta el 50%)</i></p> <ul style="list-style-type: none">— Trastornos de ansiedad: por separación, fobias.— Trastornos del desarrollo de la coordinación: hipotonía generalizada, torpeza en la psicomotricidad fina.— Trastornos específicos del aprendizaje: problemas de lectura (dislexia), en la escritura (disgrafía), alteraciones del cálculo matemático (discalculia), del lenguaje con pocas habilidades narrativas, etc. <p><i>Menos frecuentes (del 20%)</i></p> <ul style="list-style-type: none">— Trastorno de tics.— Trastorno del humor.— Depresión mayor y enfermedad bipolar. <p><i>Infrecuentes</i></p> <ul style="list-style-type: none">— Trastorno del espectro autista (trastornos generalizados del desarrollo).— Retraso mental (CI —cociente intelectual— menor de 70).
--

Anexo 3

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el DSM-5

A- Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. Inatención

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

NOTA: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).

- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad e Impulsividad

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

NOTA: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

- a. Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.).
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Con frecuencia está “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor” (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- f. Con frecuencia habla excesivamente.
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola).
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen los otros).

B- Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, en el colegio o el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

En función de los resultados se podrán clasificar las siguientes presentaciones:

Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 pero no se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

Diferencias entre el DSM-IV y el DSM-5

Los criterios diagnósticos del DSM-V son muy similares a los del DSM-IV. Se mantienen los 18 síntomas divididos entorno a dos categorías principales: inatención e hiperactividad-impulsividad.

Las principales novedades que se han incorporado son:

1. Se han incluido ejemplos para facilitar el reconocimiento de los síntomas en diferentes etapas de la vida.
2. Los criterios deben estar presentes antes de los 12 años en lugar de los 7.
3. Los subtipos de TDAH han sido reemplazados por “Presentaciones” que se corresponden con esos subtipos anteriores.
4. Incluye el diagnóstico de comorbilidad del TDAH con el espectro autista.
5. Se ha limitado a 5 la presentación de síntomas en la edad adulta, en lugar de los 6 que se exigen para la infancia, tanto en déficit de atención como en hiperactividad-impulsividad.
6. Se ha incluido el TDAH dentro del capítulo de “Trastornos del neurodesarrollo”

Anexo 4

TABLA 5.7
Comorbilidad en el TDAH (Fernández- Pérez y López-Benito, 2006)

Trastorno	Problemas comórbidos que se asocian al TDAH		
	Similar al TDAH	No propio de TDAH	Problema diagnóstico
Trastornos del aprendizaje y lectoescritura.	<ul style="list-style-type: none"> — Bajo rendimiento escolar. — Comportamiento perturbador en clase. — Negativa a realizar las tareas escolares y a emplear el material. 	<ul style="list-style-type: none"> — Bajo rendimiento y comportamiento anormal sólo en el contexto académico, no en otros entornos o actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> — Puede resultar difícil saber si se debe evaluar primero un trastorno del aprendizaje o un TDAH (actuar según importancia de síntomas).
Trastorno negativista desafiante (TND).	<ul style="list-style-type: none"> — Comportamiento perturbador, sobre todo con respecto a las normas. — Incapacidad para cumplir órdenes. 	<ul style="list-style-type: none"> — Rebeldía en lugar de incapacidad para cooperar. 	<ul style="list-style-type: none"> — Frecuentemente hay mayor actividad motora. — Es difícil determinar los esfuerzos por obedecer cuando la relación con padres o profesores es mala.
Trastorno de conducta (TOD y TD).	<ul style="list-style-type: none"> — Comportamiento perturbador. — Problemas con los otros y con la ley. 	<ul style="list-style-type: none"> — Ausencia de remordimientos. — Intención de dañar. — Agresión y hostilidad. — Conducta antisocial. 	<ul style="list-style-type: none"> — Las peleas o la huida pueden ser razonables ante situaciones sociales adversas.
Ansiedad (por separación, trastorno obsesivo compulsivo, estrés postraumático).	<ul style="list-style-type: none"> — Falta de atención. — Inquietud. — Dificultades con los cambios. 	<ul style="list-style-type: none"> — Preocupación excesiva o miedos. — Obsesiones o compulsiones. — Pesadillas. 	<ul style="list-style-type: none"> — La ansiedad puede causar una elevada actividad y falta de atención.
Depresión.	<ul style="list-style-type: none"> — Irritabilidad. — Impulsividad reactiva. — Desmoralización. 	<ul style="list-style-type: none"> — Sentimientos generalizados y persistentes de irritabilidad o tristeza. 	<ul style="list-style-type: none"> — Puede ser difícil diferenciar depresión ante fracasos repetidos por un TDAH.
Trastorno bipolar.	<ul style="list-style-type: none"> — Falta de atención. — Hiperactividad. — Impulsividad. — Irritabilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> — Estado de ánimo expansivo. — Grandiosidad. — Naturaleza maniaca. 	<ul style="list-style-type: none"> — Puede ser difícil diferenciar TDAH grave de un trastorno bipolar de inicio precoz.
Trastorno de tics.	<ul style="list-style-type: none"> — Falta de atención. — Acciones verbales o motoras impulsivas. — Actividad perturbadora. 	<ul style="list-style-type: none"> — Movimientos repetitivos motores o fonatorios. 	<ul style="list-style-type: none"> — Los tics pueden no ser evidentes para el paciente, su familia o un observador.

FUENTE: modificado de Rappley (2005).

Anexo 5

TABLA 5.9

Descripción clínica de la hiperactividad en el niño preescolar (Vaquerizo y Cáceres, 2006): nueve signos de alerta evolutivos en preescolares TDAH (de 3 a 5 años)

<ul style="list-style-type: none">— Pobre desarrollo del juego social (asociativo-cooperativo).— Estilo de juego: preferencia por los juegos de ejercicio (deportivos) con los que «descargar» energía sobre los educativos.— Actitud «desmontadora» ante los juguetes. Pobre interés sostenido por el juego con juguetes.— Retraso en el lenguaje.— Retraso en el desarrollo de la motricidad fina adaptativa: TORPEZA.— Dificultades para el aprendizaje de los colores, los números y las letras.— Dificultades en el desarrollo gráfico y comprensión de la figura humana en el dibujo.— Labilidad e inmadurez emocional.— Rabiets y accidentes en el hogar o en el parvulario.

Anexo 6

TABLA 3.3

Problemas derivados del déficit de atención e hiperactividad (Lora-Espinosa, 2004)

<p><i>En habilidades cognitivas</i></p> <ul style="list-style-type: none">— Ausencia, reducción o retraso de verbalizaciones internas o «discurso privado».— Dificultades para pararse a pensar antes de actuar, esperar su turno, trabajar por recompensa a largo plazo en lugar de inmediata.— Se muestran poco hábiles a la hora de pensar alternativas para resolver problemas, resolviéndolos de forma rápida y poco reflexiva. <p><i>En el control de las emociones</i></p> <ul style="list-style-type: none">— Dificultades para ejercer control sobre la intensidad de sus reacciones emocionales, son rápidamente alterables y fácilmente frustrables por los acontecimientos.— Dificultad para encontrar motivación intrínseca que le ayude a realizar tareas poco atractivas o sin recompensa inmediata. <p><i>En memoria</i></p> <ul style="list-style-type: none">— Su déficit de atención hace que no reciba y no almacene la información adecuadamente; la recuperación, por tanto, es inadecuada. <p><i>En variabilidad temporal</i></p> <ul style="list-style-type: none">— Variabilidad en la calidad, cantidad y rapidez de su trabajo de un día a otro. <p><i>En rendimiento escolar</i></p> <ul style="list-style-type: none">— Aprendizajes incompletos o incorrectos de habilidades básicas para un buen rendimiento académico como la lectura comprensiva, acumulando retrasos que pueden conducir sin ayuda a un fracaso escolar.

TABLA 7.3

Marco general de la intervención: entrenamiento y práctica continua (López-Soler, 2005)

Autorregulación de la conducta mediante lenguaje:

- 1.º Externo.
- 2.º Interno.

Técnicas de autocontrol

Establecimiento de límites:

- Aplicación de contingencias eficaces.
- Mejora de relación afectiva.

Mejora autoeficacia personal:

- Logros ejecución.
- Persuasión verbal.
- Aprendizaje vicario.
- Activación emocional.

TABLA 7.4
Conceptos del enfoque de la psicoeducación de padres sobre TDAH

Conceptos principales	Conceptos auxiliares
Visitas iniciales.	
No es culpa suya.	El tratamiento tiene varias partes: apoyo escolar, psicoeducación, tratamiento conductual y medicación.
Es un problema psiconeurológico.	La medicación es segura y eficaz: los efectos secundarios más frecuentes son generalmente leves y transitorios.
Tiene solución.	Algunos síntomas mejoran antes (decrecer hiperactividad, disminuir inatención, aumentar control impulsividad). Otros síntomas mejoran más tarde (no tener amigos, sacar malas notas, llevarse mal en casa). La medicación debe tomarse todos los días durante un tiempo prolongado, si se ha prescrito por el especialista y está controlada. Hay una parte del cerebro que controla la planificación y la impulsividad que no está funcionando adecuadamente. La medicación activa esa parte del cerebro. La rutina y la planificación reducen los errores y proporcionan marcadores útiles.
Visitas de seguimiento.	
No es culpa suya.	Es importante mantener los componentes del tratamiento.
Es un problema neuropsicológico.	Si baja de peso o se duerme un poco más tarde, hay que hablar con el psiquiatra. Los efectos secundarios pueden ser manejables.
Tiene solución.	Los padres no deben poner normas contradictorias. Si no ha mejorado, hay que ajustar la dosis. Si es necesario, hay que añadir nuevos componentes en terapia cognitivo-conductual. Hay que trabajar conjuntamente con los profesores.

TABLA 7.16

*Otros fármacos no estimulantes que se han utilizado en el tratamiento del TDAH
(adaptada de Artigas-Pallarés, 2004)*

— Antidepresivos tricíclicos:

- Nortriptilina.
- Desipramina.

— Antidepresivos no tricíclicos:

- Inhibidores de la recaptación de dopamina y noradrenalina.
- Bupropión.
- Inhibidores de la monoaminooxidasa.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
- Venlafaxina.

— Antipsicóticos atípicos.

— Agonistas alfa-noradrenérgicos.

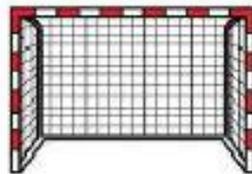
— Antagonistas beta-noradrenérgicos.

— Buspirona.

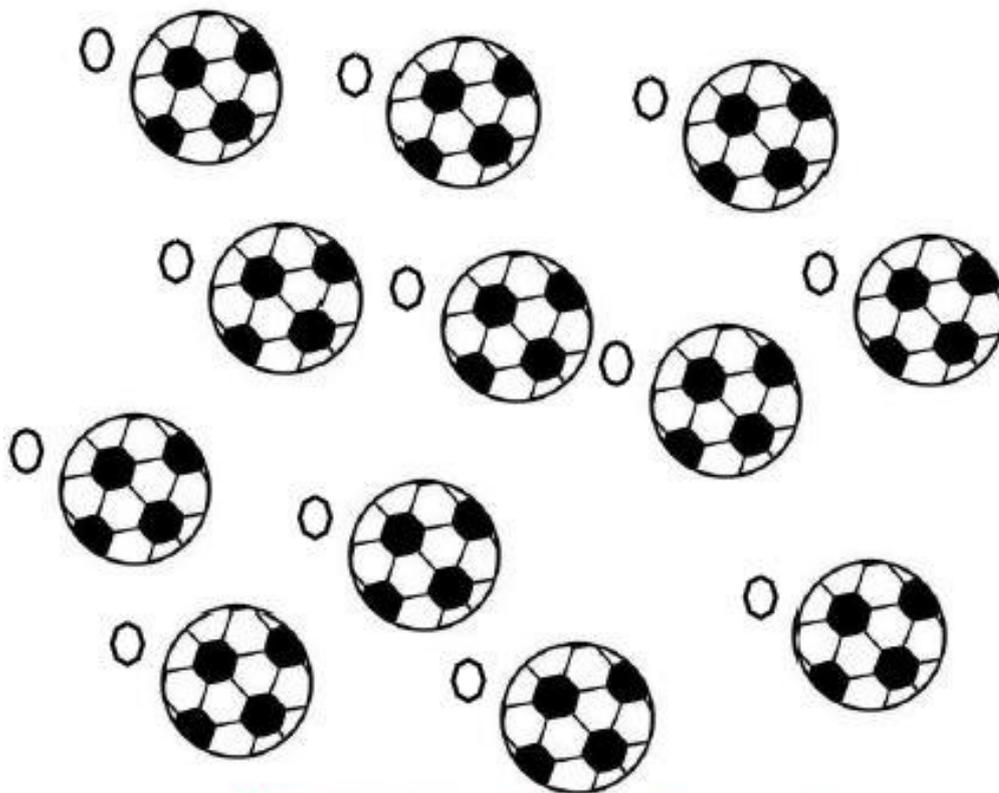
— Antiepilépticos:

- Carbamacepina.
- Topiramato.

Valoro mi trabajo



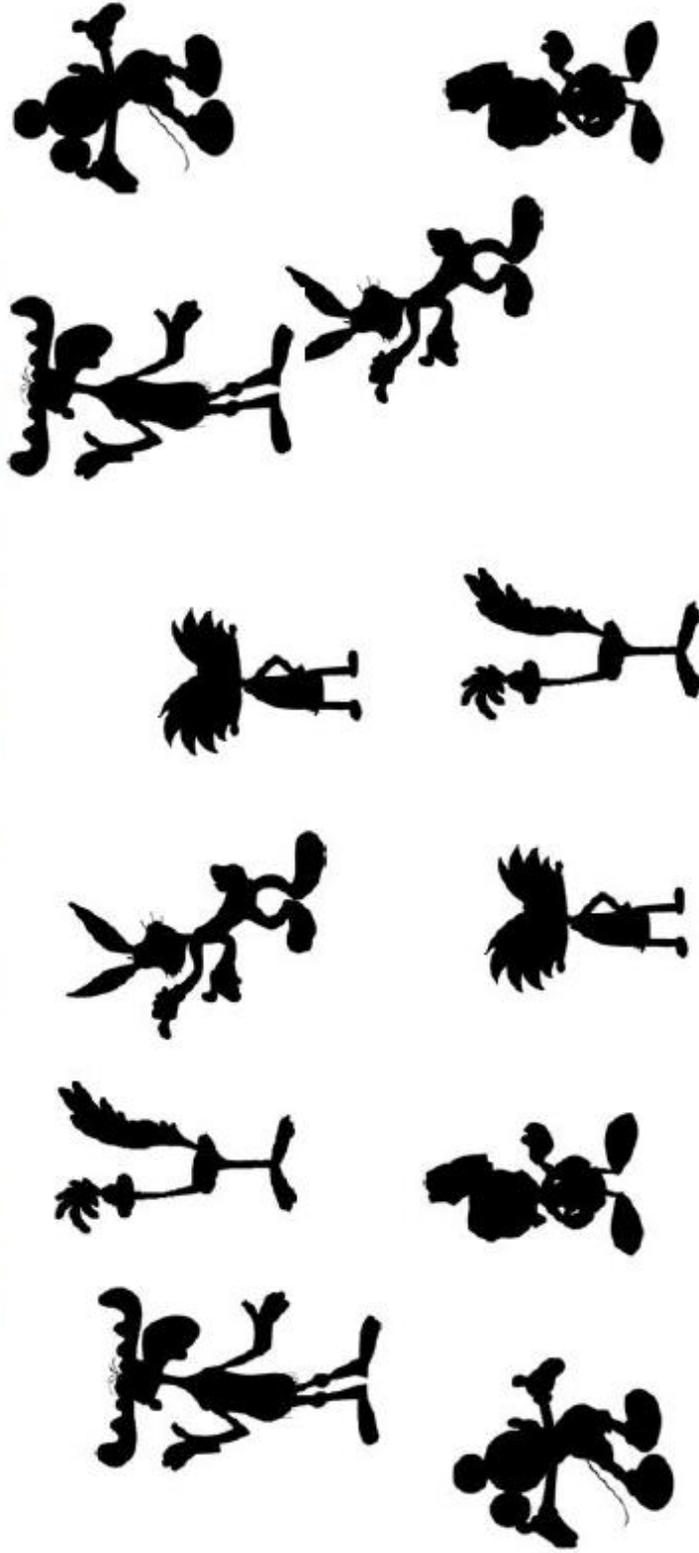
Después de cada sesión, recojo un balón, haciendo una cruz dentro del círculo, por cada quince minutos que he trabajado con atención y sin distraerme.



<http://orientacionandujar.wordpress.com/>

Atención con siluetas

Une las siluetas que representan al mismo dibujo animado



Discriminación visual de láminas y atención



Rodea con un círculo rojo los pajaritos intrusos

Laberintos secretos

*Averigua que ropa se pondrá hoy Elena
coloreando los cuadritos:*

INSTRUCCIONES

Tres abajo.

Cinco izquierda.

Dos abajo

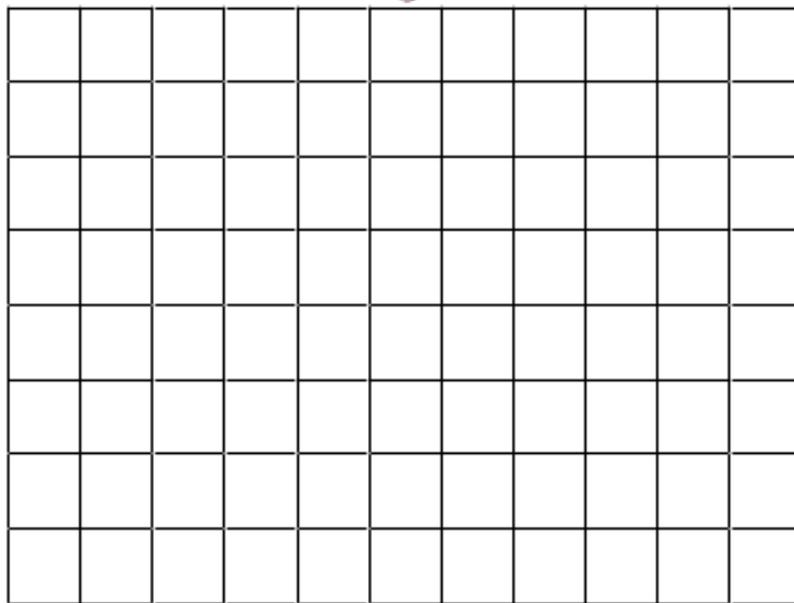
Cuatro derecha.

Uno abajo.

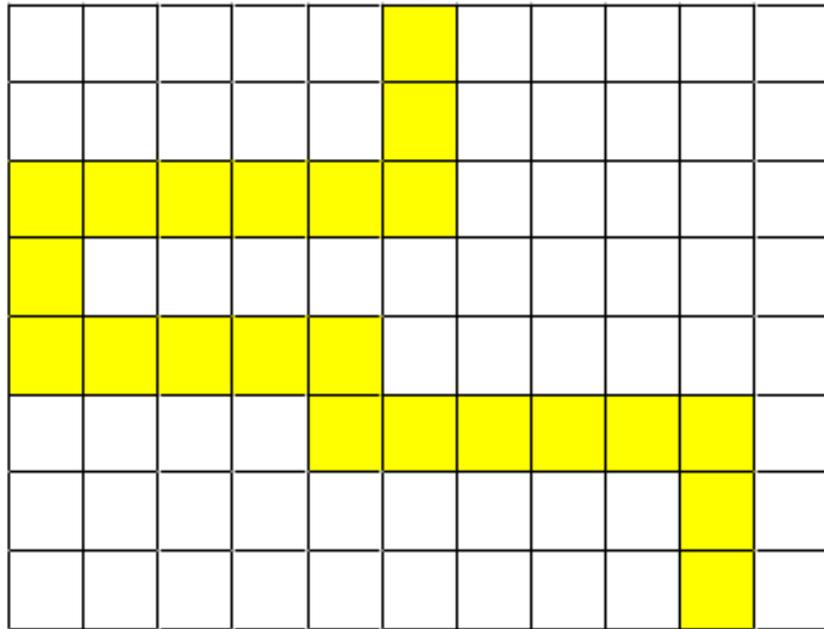
Cinco derecha.

Dos abajo

Laberintos secretos



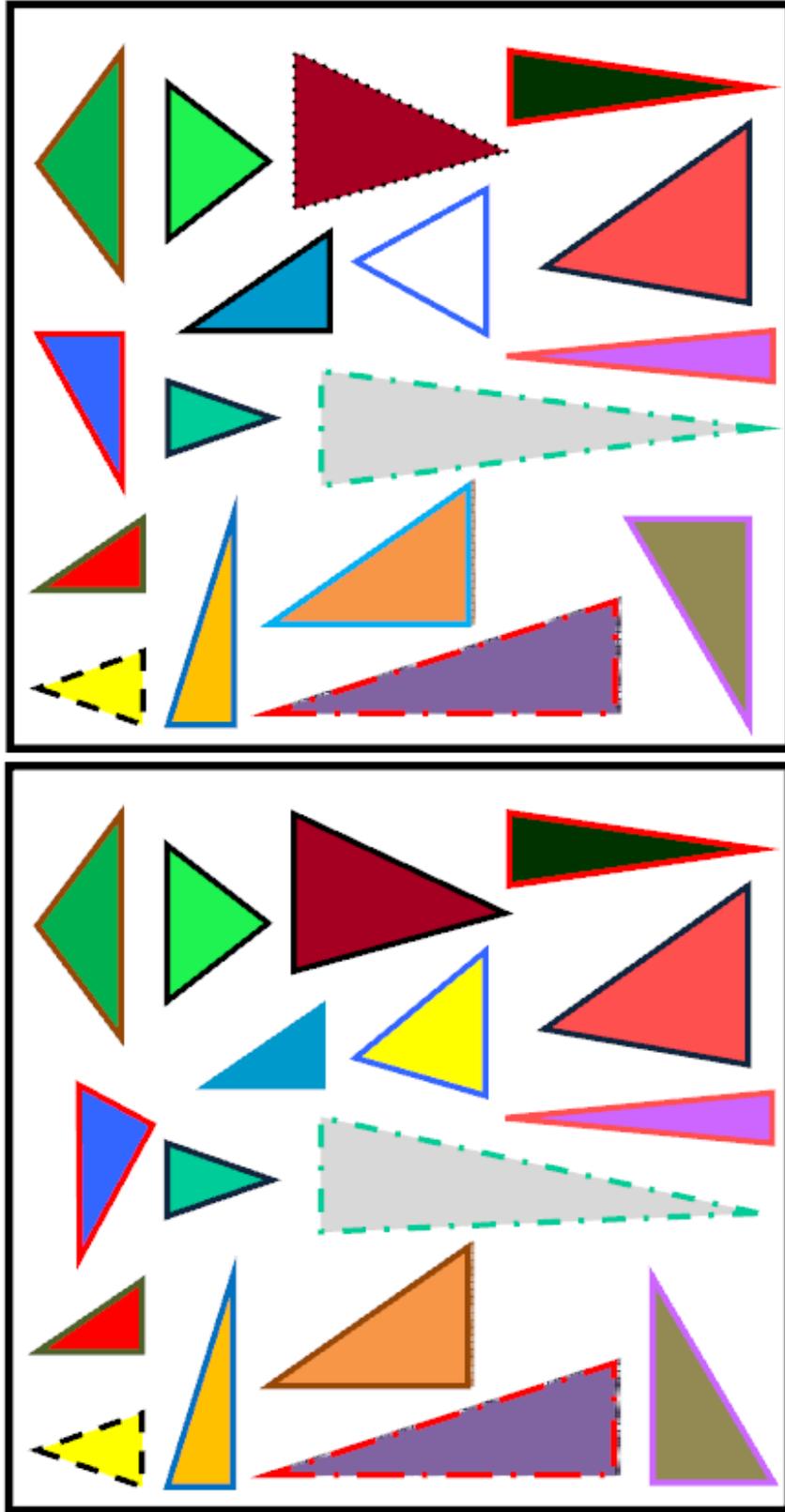
Laberintos secretos



SOLUCIÓN



Encuentra las 8 diferencias pueden ser de tamaño, color y orientación



LAS MARIPOSAS SIMÉTRICAS

Por el mismo número de manchitas, del mismo tamaño y en el mismo lugar en el lado izquierdo de la mariposa. Después coloréala como más te guste.



Cuántas manchitas tiene la mariposa.

© Orientación Andujar 2010
<http://orientacionandujar.wordpress.com>

SUPERMATRIZ DE LETRAS

NIVEL EXPERTO

p	h	l	g	t	a	r	s	v	n	b
w	j	v	i	d	w	p	g	h	v	ñ
o	n	k	o	y	t	u	g	k	b	j
p	z	c	a	i	q	q	y	l	c	x
s	n	n	d	t	r	p	g	ñ	x	h
u	h	h	o	f	s	s	q	z	j	m
p	m	j	q	p	u	u	y	b	z	c
e	j	v	q	o	r	a	u	h	m	x
t	ñ	b	q	t	i	w	g	x	n	x
i	n	b	i	t	u	g	g	c	b	h
f	c	z	d	e	f	g	s	h	n	m
p	l	b	y	s	g	a	g	v	ñ	c
r	m	m	f	t	f	d	i	v	x	j
p	m	ñ	f	q	o	d	g	x	b	l
w	h	n	w	q	a	u	g	h	l	n
w	x	v	d	f	r	t	r	c	n	h
r	x	x	w	t	o	g	o	h	z	l

Contabiliza las letras de la tabla

a	b	c	d	e	f	g	h	i

j	k	l	m	n	ñ	o	p	q

r	s	t	u	v	w	x	y	z

¿Qué hora es?



Encuentra y señala todas las palabras de la lista situada abajo. Ten en cuenta que las palabras pueden aparecer en horizontal, vertical y diagonal.



agulla
antlope

jirafa
leon

leopardo
lince

pantera
pelicano

perro
tigre



BINGO CRUZADO ANIMALES

CRUZADOS	C1	C2	C3
F1			
F2			
F3			

Señala la fila y la columna donde está el:



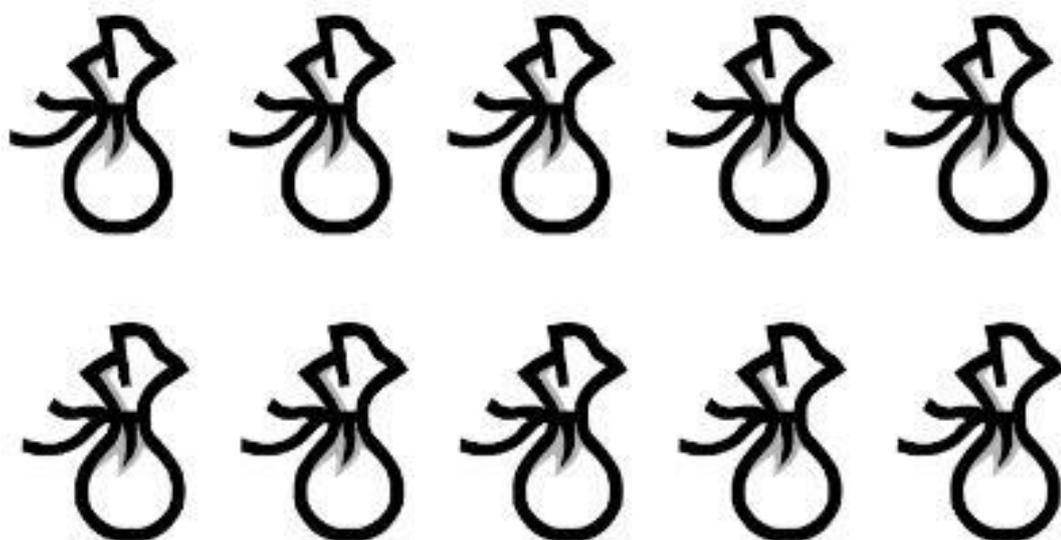
Fila: **F** Columna: **C**

Anexo 11. Fichas sesiones (10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 18)

Valoro mi trabajo

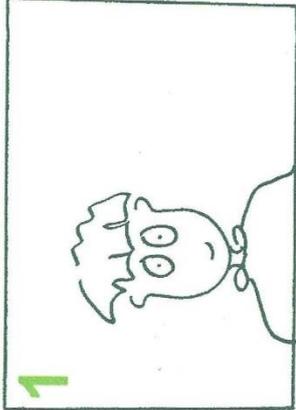
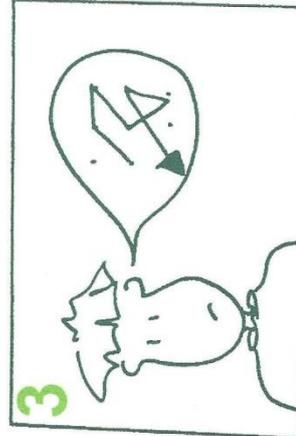
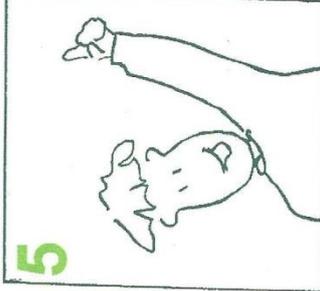
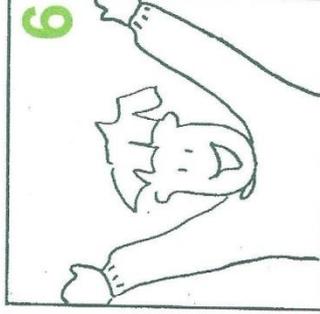


Después de cada sesión, hago un círculo en cada una de las bolsas de recompensa, por cada actividad en la que he trabajado correctamente.



<http://orientacionandujar.wordpress.com/>

Esquema de autoinstrucciones de Orjales (2004) modificado a partir del entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum (1976).

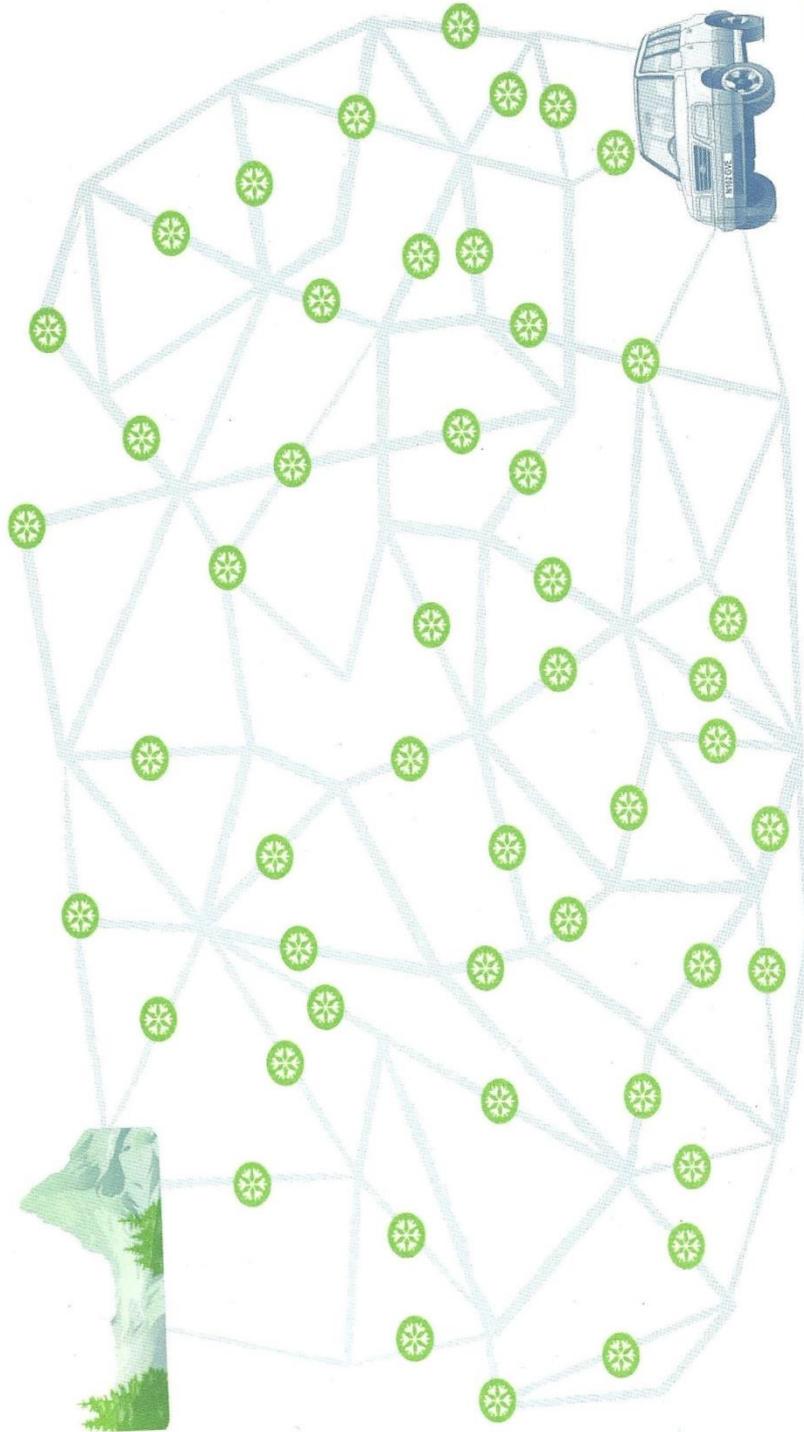
<p>1</p> 	<p>2</p> 	<p>3</p> 
<p>Primero, miro y digo todo lo que veo</p>	<p>¿Qué es lo que tengo que hacer?</p>	<p>¿Cómo lo voy a hacer?</p>
<p>4</p> 	<p>5</p> 	<p>6</p> 
<p>Tengo que estar muy atento (y ver todas las posibilidades de respuesta)</p>	<p>Ya puedo hacerlo</p>	<p>¡Genial! Me ha salido bien</p>
<p>No me ha salido bien ¿POR QUÉ? (Repaso todos los pasos) ¡Ah! ¡era por eso! Bien, la próxima vez no cometeré ese error</p>		

En el cuadro siguiente se recogen las autpreguntas de Meichenbaum, modificadas por Orjales, y los objetivos de entrenamiento:

Autoinstrucciones y objetivo a conseguir	
 1. Miro y digo todo lo que veo	<p>Este paso obliga al niño a rastrear visualmente la información que tiene delante antes de abordar la tarea. Le permite recoger información que complete la que ofrece el enunciado. De este modo el niño puede percatarse del número de ejercicios que tiene que hacer, la disposición de las piezas, la presencia de un ejemplo-modelo aclaratorio o las pistas gráficas que se dan en la tarea. En muchos casos, proporciona información relevante para elaborar una hipótesis de lo que se le va a pedir que realice.</p>
 2. ¿Qué es lo que tengo que hacer?	<p>Permite que el niño se asegure de que ha entendido correctamente lo que se demanda en la tarea, contrastando la información con la hipótesis que previamente elaboró tras realizar el paso anterior.</p>
 3. ¿Cómo lo voy a hacer?	<p>Fomenta la flexibilidad cognitiva y la planificación. El niño debe verbalizar, antes de iniciar la tarea, las estrategias que cree que le llevarán al éxito.</p>
 4. Tengo que estar muy atento y ver todas las posibilidades de respuesta.	<p>Este paso alerta sobre posibles errores por falta de atención y asegura un análisis más reflexivo en el caso de que la tarea implique elegir una opción entre varias posibilidades de respuesta.</p>
 5. Ya puedo hacerlo	<p>En este momento es cuando el niño puede comenzar a realizar la tarea.</p>
 6. ¡Genial! Me ha salido bien	<p>Si la tarea se realiza con éxito: Esta autoinstrucción permite que el niño practique el "auto-refuerzo", felicitándose a sí mismo por el trabajo bien realizado y no dependiendo tan estrechamente, como antes, de la aprobación del adulto.</p>
 No me ha salido bien ¿Por qué? (reviso todos los pasos) ¡Ah! ¡era por esto! Bien, la próxima vez no cometeré ese error	<p>Si la tarea tuvo fallos: Esta otra autoinstrucción, obliga al niño a revisar cada uno de los pasos anteriores, para determinar en cuál de ellos se centró el fallo y hacerse el propósito consciente de no cometerlos de nuevo en el futuro.</p>

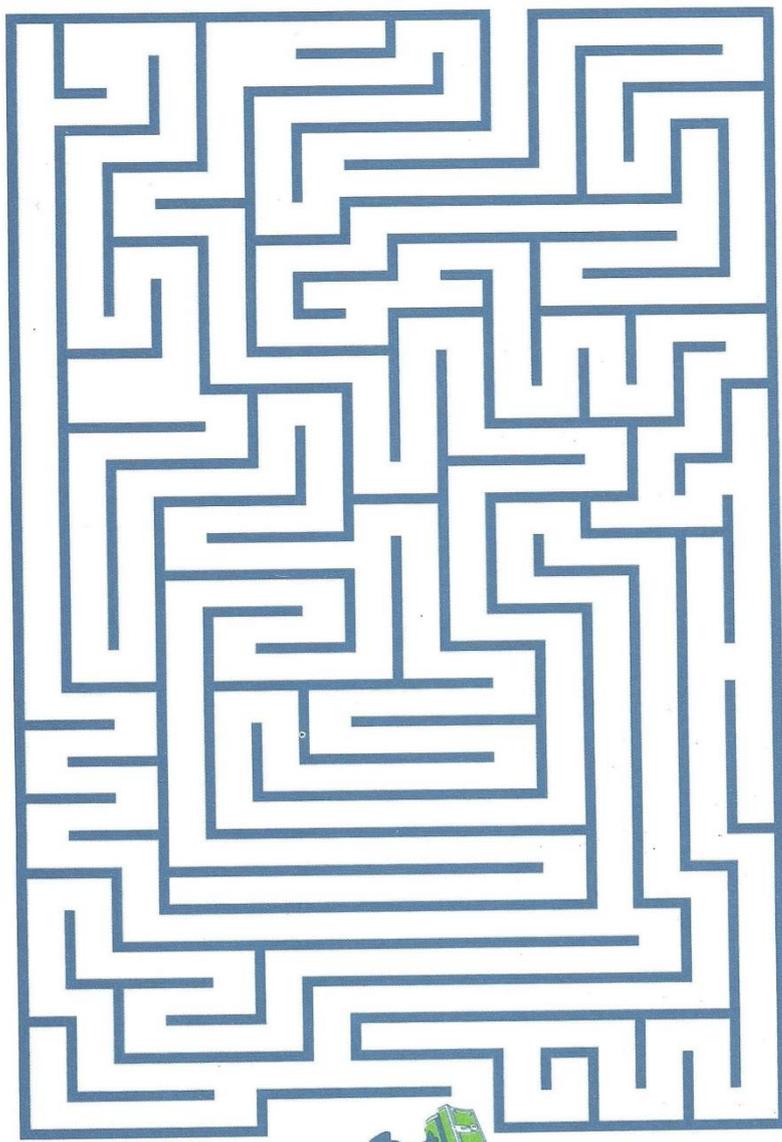
Ficha 19

Kitín, el aventurero intrépido, quiere llegar al campamento base para subir a la montaña más alta de la cordillera. Se ha encontrado con una ventisca de nieve y la mayoría de las carreteras están cerradas. Ayúdale a encontrar el camino para llegar. Recuerda que no puedes retroceder en el camino hacia la montaña.



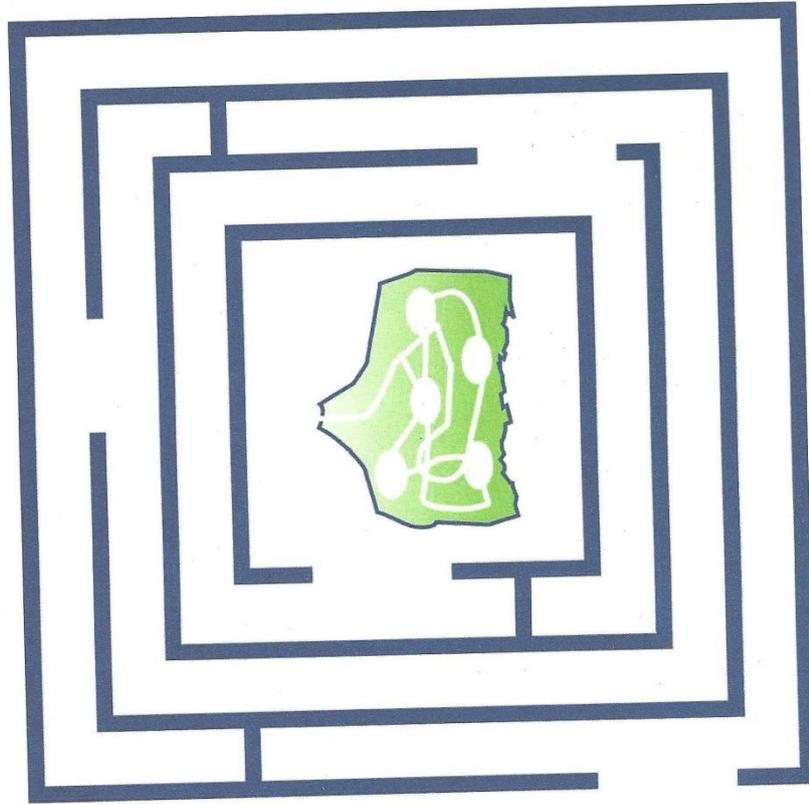
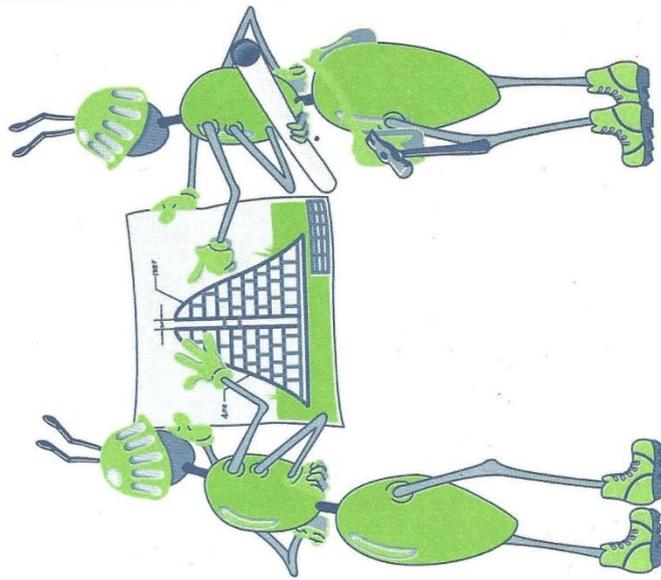
Ficha 6

El pirata Little John necesita encontrar el camino hacia el barco para llevar su tesoro.



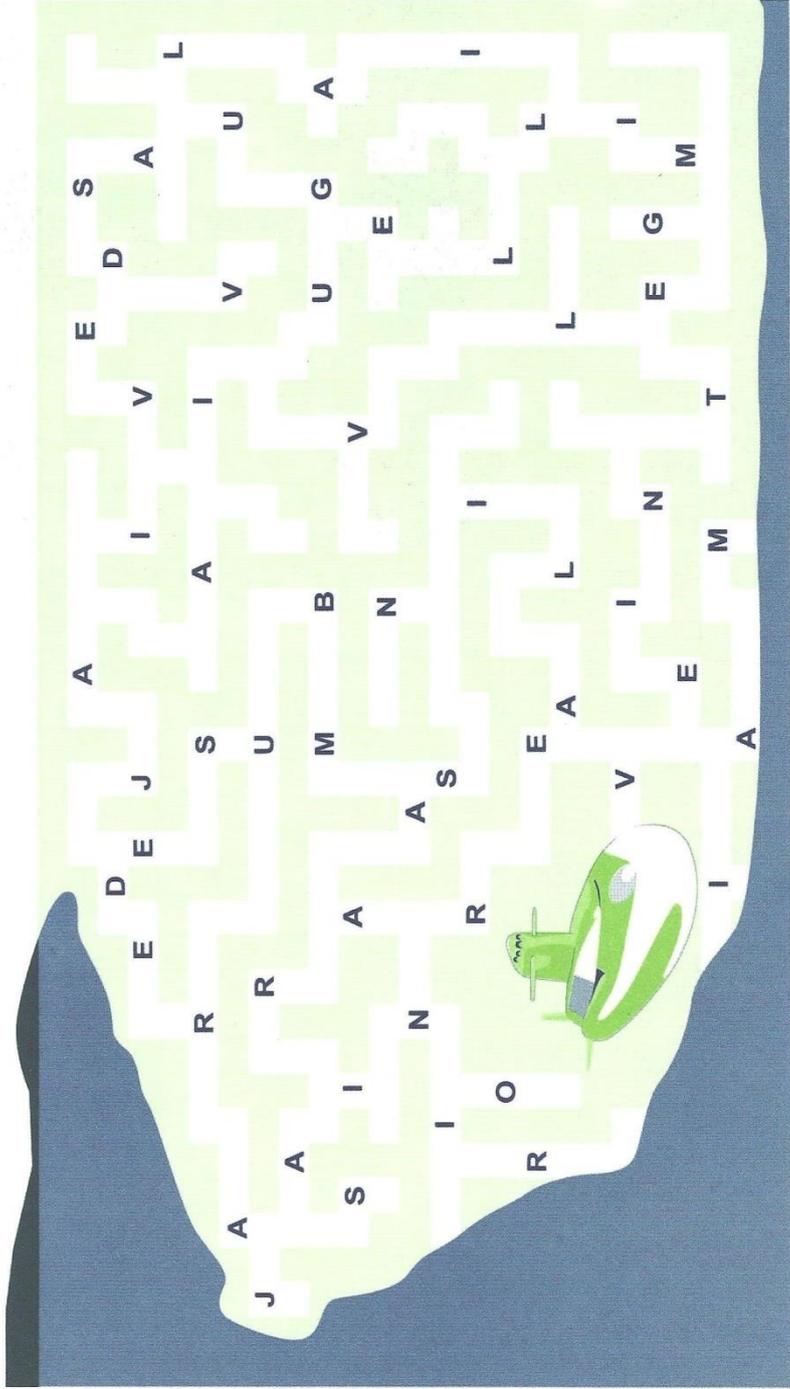
Ficha 1

Las hormigas obreras tienen un problema, encontrar el camino de vuelta al hormiguero. ¡Ayúdalas!



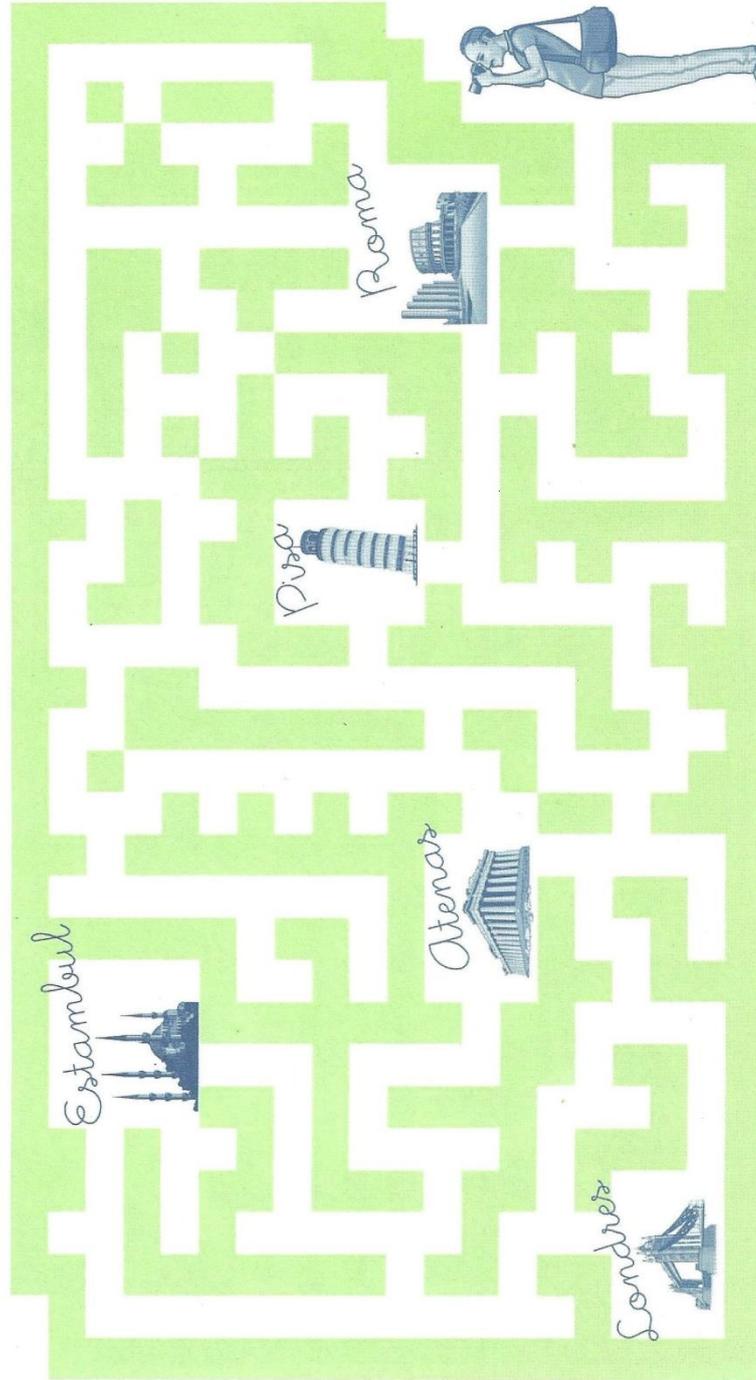
Ficha 7

Ayuda al submarino a encontrar el camino correcto construyendo el título de un libro de Julio Verne.



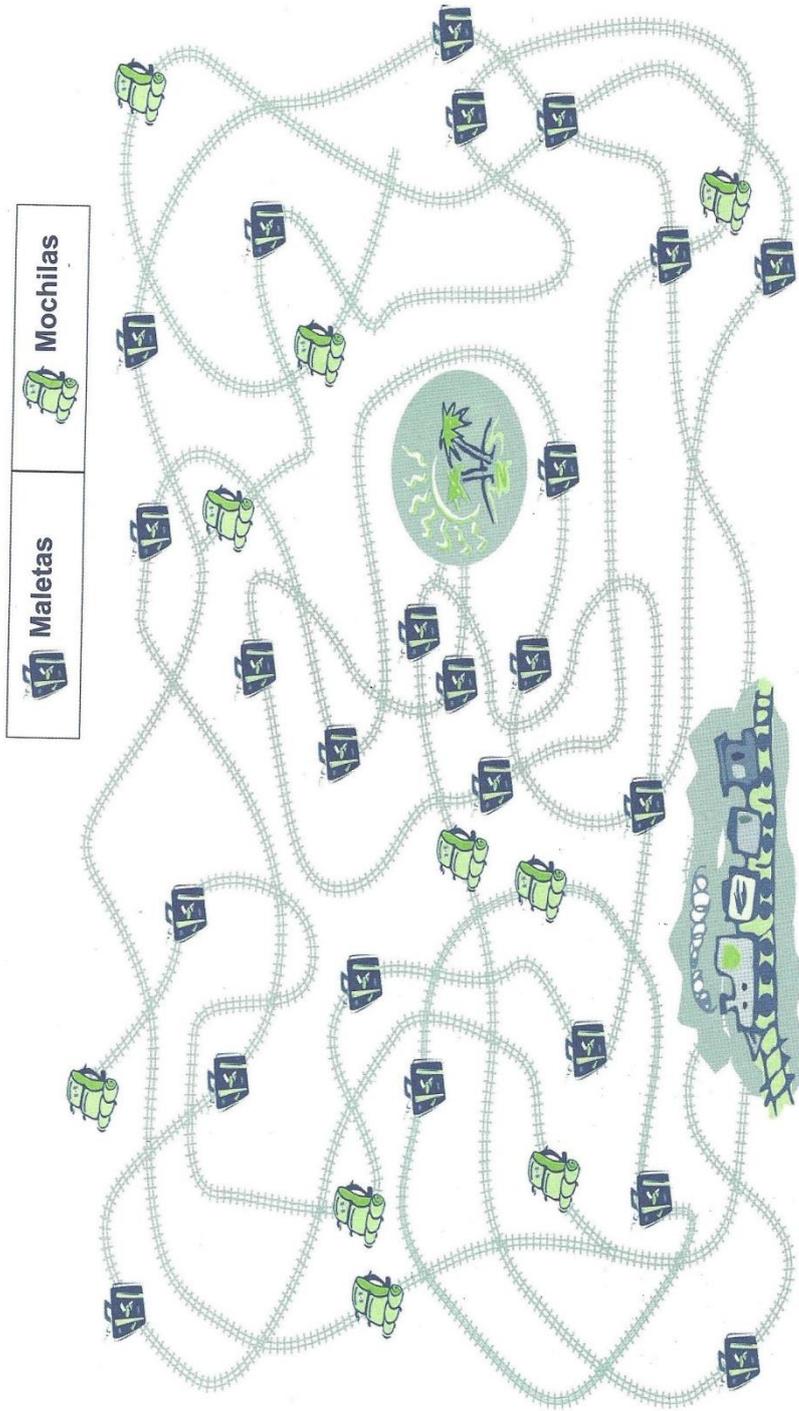
Ficha 1

Ayuda a nuestro corresponsal a obtener las mejores fotografías de Pisa - Roma - Londres - Estambul - Atenas en este mismo orden y sin poder pasar por el mismo sitio más de una vez.



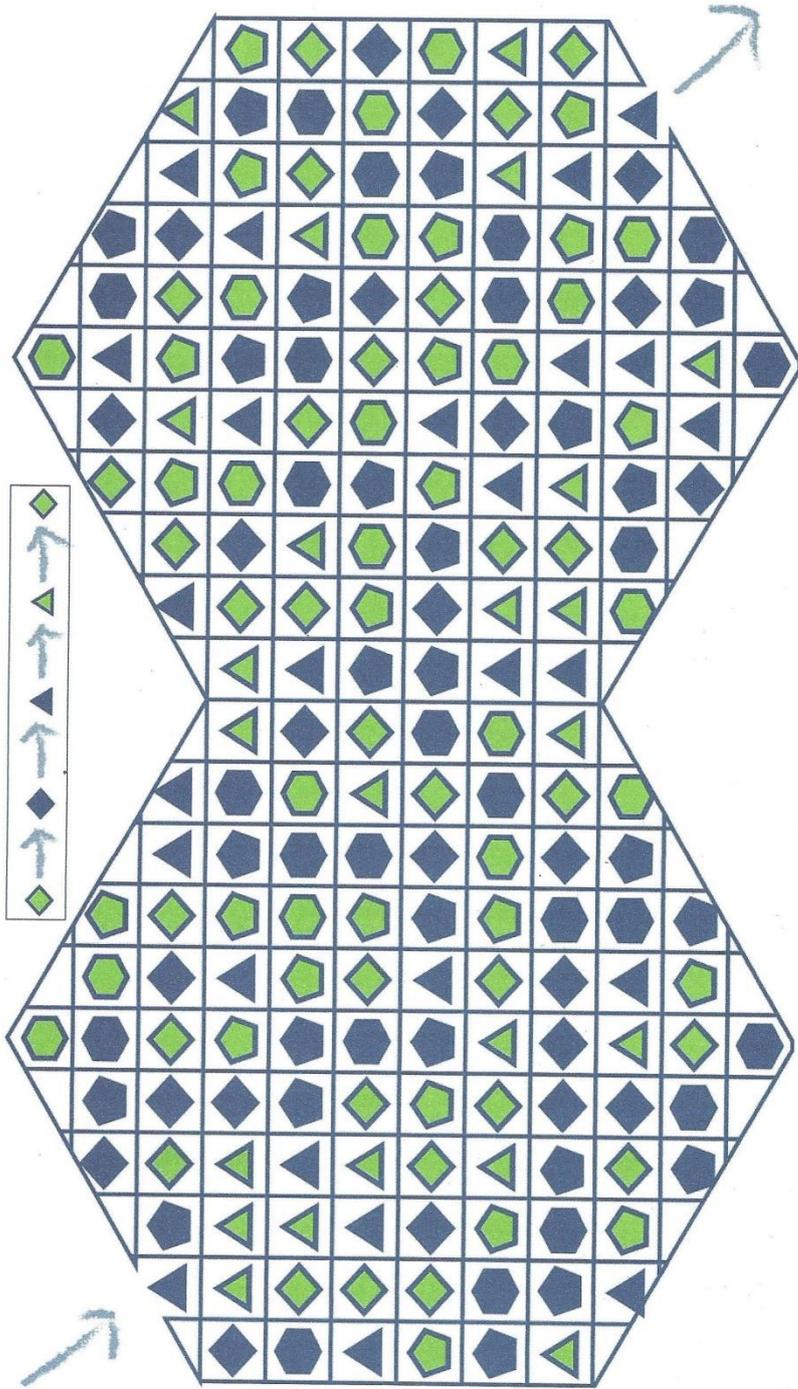
Ficha 18

Un año más llega el verano y el tren de la costa parte desde la ciudad hacia la playa. Ayúdale a llegar recogiendo las 24 maletas que encuentres por el camino evitando la trayectoria donde están las mochilas, otro tren las recogerá.



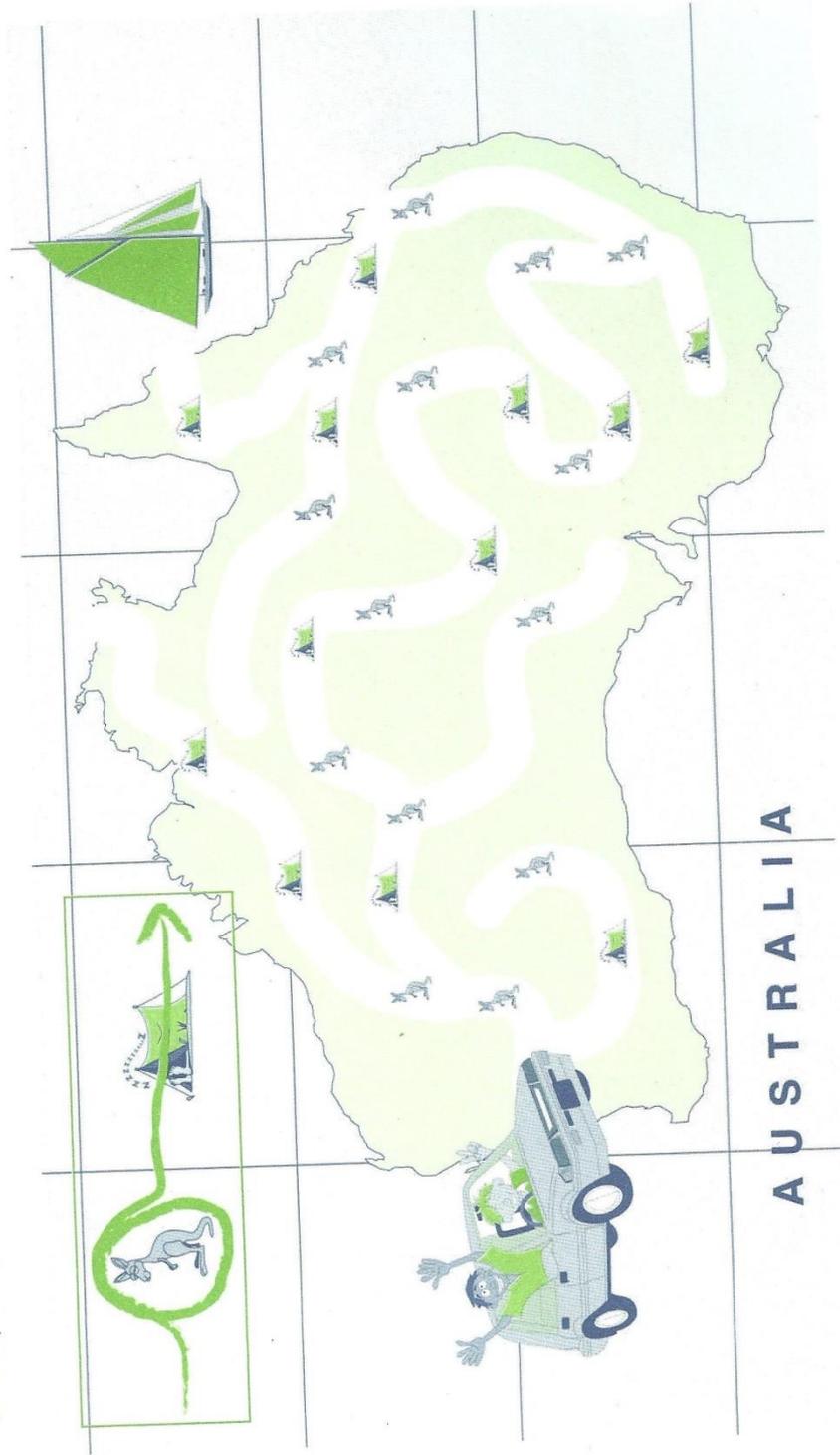
Ficha 16

Atraviesa este laberinto de figuras geométricas. Para ello tendrás que ir saltando de figura en figura en movimientos horizontales o verticales. Pero recuerda, de una figura puedes ir a otra si es del mismo número de lados y distinto color o bien, es el mismo color y tiene un lado más o un lado menos. Mira este ejemplo:



Ficha 5

Nuestros amigos deben coger el barco cuanto antes. Ayúdales a encontrar el camino cruzando por las tiendas de campaña y rodeando a los canguros, sin levantar el lápiz del papel. ¡Mira el ejemplo!



DIPLOMA A LA constancia



Nombre: _____

**El presente diploma se entrega por la
constancia del alumno en sus tareas
de clase**

Profesor/a:
____ de _____ de _____



Registro alumno

Puntúa de 1 al 5 los siguientes aspectos. (Siendo 1 la menor puntuación y 5 la máxima)

Realiza correctamente la relajación	
Realiza correctamente las fichas	
Se muestra relajado durante los ejercicios	
Muestra interés por aprender	
Precisa de movimiento continuo	
Comprende lo que hay que hacer en los ejercicios	
Se distrae varias veces al realizar el ejercicio	
Completa los ejercicios	
Sigue autoinstrucciones para realizar ejercicios	