



Universidad de Valladolid

TRABAJO DE FIN DE GRADO:

El Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad.

Su comprensión e intervención en la escuela

Facultad de Educación

Grado en Educación Infantil

Curso académico: 2016-2017

Presentado por **María Garrido Callejón**

Tutor académico: **Andrés Palacios Picos**, Departamento de Psicología

RESUMEN

El presente Trabajo Fin de Grado aborda por un lado el conocimiento y comprensión del Trastorno por Déficit de Atención/ Hiperactividad (TDA/H) y por otro la intervención educativa, proporcionando ciertas pautas con el fin de ayudar a los maestros a facilitar a los alumnos con este trastorno, el transcurso del día a día escolar.

El TDA/H se trata de uno de los trastornos más habituales en la infancia, por lo que es frecuente encontrarlo en las aulas. Es imprescindible que los maestros sepan cómo actuar en el caso de encontrarse con un niño con TDA/H en su aula. En el trabajo que nos ocupa encontraremos pautas y medidas de atención a la diversidad para la intervención escolar.

Los maestros, en la mayoría de casos, son los que van a detectar en primer lugar el TDA/H en alumnos de sus aulas. Para facilitar esta primera detección, los maestros deben poseer un conocimiento y comprensión del trastorno (sus síntomas, evaluación, diagnóstico, tratamiento, etc.) y de las estrategias y técnicas de intervención en la escuela. De esta manera los maestros estarán capacitados para detectar precozmente el TDA/H, facilitando así una atención temprana y evitando que los síntomas se agraven y deriven en otros trastornos asociados.

Los maestros deben ser parte activa en la intervención asociada al TDAH y en la normalización de este trastorno en la escuela, mejorando así la vida de sus alumnos.

Palabras clave: Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDA/H), atención a la diversidad, educación, educación infantil, intervención educativa y niños.

ABSTRACT

The current graduate dissertation deals on one hand with the knowing and understanding of ADHD (Attention Deficit and Hyperactivity Disorder), and on the other hand it deals with its intervention in a school context. Hereby we provide teachers with some guidelines in order for them to help students with this condition throughout the day.

ADHD is one of the most common childhood disorders, and that makes it quite pervasive at school. It is essential that teachers know how to deal with such cases in the event they have a student with this condition in their classroom. This essay will show guidelines and the care measures for adequate school intervention.

Teachers will be, in most instances, those who will first spot ADHD cases among their students. In order to make this first detection easier, teachers need to have a knowledge and an understanding of the disorder (its symptoms, evaluation, diagnosis, treatment, etc.) They also need to be aware of the strategies and techniques to intervene at school. This way teachers will be able to identify ADHD at its early stages; allowing such an early detection can provide early intervention, thus avoiding that symptoms worsen and then lead to other associated disorders.

Teachers should be an active part in this early intervention that is associated to ADHD and also in the normalization of this disorder at school, hence improving the life of their students.

Keywords: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD), attention to student diversity, education, early education, school intervention and children.

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	6
2	JUSTIFICACIÓN	8
3	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	9
3.1	DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE TDA/H	11
3.2	CAUSAS Y NATURALEZA DEL TDA/H	12
3.2.1	Las funciones ejecutivas y la autorregulación	14
3.3	SÍNTOMAS, TIPOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO	16
3.3.1	Síntomas	16
3.3.1.1	Evolución de los síntomas en el tiempo	19
3.3.2	Diagnóstico y tipología atendiendo a los síntomas del TDA/H	21
3.3.2.1	Tipología	24
3.4	INTERVENCIÓN EN NIÑOS CON TDA/H	24
3.4.1	Tratamiento farmacológico	27
3.4.1.1	Efectos secundarios	28
3.4.2	Tratamiento no farmacológico	29
3.4.2.1	Tratamiento psicológico	30
3.4.2.2	Tratamiento psicopedagógico	32
3.4.3	Tratamiento multimodal	33
3.5	FALSOS MITOS DEL TDA/H	34
4	EL TDA/H EN LA ESCUELA	35
4.1	NECESIDADES EDUCATIVAS DEL ALUMNADO CON TDA/H	35
4.1.1	Dificultades escolares en niños con TDA/H	36
4.1.2	Atención a la diversidad	37
4.2	ESTRATEGIA Y METODOLOGÍA DOCENTE: MEDIDAS ORDINARIAS DE ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD	38
4.2.1	Herramientas docentes para el control del comportamiento	39
4.2.1.1	Modificación de conducta	42
4.2.1.2	Entrenamiento en auto-instrucciones y autocontrol	43

4.2.1.3 Estrategias para mejorar sus habilidades sociales y autoestima	45
4.3 ESTRATEGIA Y METODOLOGÍA DOCENTE: NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES DEL ALUMNADO CON TDA/H	46
4.4 ESTRATEGIA Y METODOLOGÍA DOCENTE: INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN INFANTIL.....	46
5 REFLEXIÓN FINAL	49
5.1 CONCLUSIONES	49
5.2 POSICIONAMIENTO.....	50
6 REFERENCIAS.....	52
7 ANEXOS.....	57

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Componentes de la evaluación diagnóstica (adaptada de Soutullo y Díez, 2007).	23
Tabla 2: Intervenciones psicológicas del TDA/H. Adaptado de PANDAH, 2013 y CADAH, 2017.....	31
Tabla 3: Medidas de atención a la diversidad. Basada en: LOE, 2006 y Orden EDU 5/2006.....	38

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura 1. Evolución del TDA/H.....	20
Figura 2: Tratamiento multimodal.....	33

1 INTRODUCCIÓN

El trabajo que presentamos a continuación es una investigación sobre el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDA/H) relacionado con la escuela, con el objetivo de informar sobre este gran ámbito y las diferentes estrategias para abordar este trastorno en la escuela, buscando una educación lo más normalizada e integradora posible.

El Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad , según la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH, 2017), se trata de un trastorno biológico, de origen neurológico, causado por un desequilibrio entre dos neurotransmisores cerebrales que afectan a las áreas del autocontrol y de la inhibición del comportamiento inadecuado. El TDA/H provoca en el niño alteraciones en su conducta: hiperactividad, impulsividad e inatención, aunque no siempre están presentes conjuntamente. Aunque existan multitud de definiciones e investigaciones diferentes del TDA/H, no concuerdan en una causa única y exacta.

Hace quince años el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDA/H) era prácticamente un desconocido para la mayoría de maestros, en cambio, hoy en día es uno de los trastornos del desarrollo y dificultades de aprendizaje más común en las aulas y uno de los más estudiados por la medicina, psicología y la ciencia actual (Soutullo, 2008; FEAADAH, 2017). Hoy en día se da una atención más individualizada en las escuelas, por lo que el TDA/H se ha convertido en un tema actual de preocupación por parte de toda la comunidad educativa.

Debido a este gran aumento de casos y su creciente presencia en las aulas, el sistema educativo reflexiona y tiene en cuenta el TDA/H en las aulas, creando medidas para poder responder, siguiendo el principio de igualdad de oportunidades, a la gran diversidad encontrada en el aula y con el fin de que los niños con TDA/H tengan un desarrollo escolar con las mismas oportunidades que el resto. La Ley Orgánica para la

Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE) reconoce el TDA/H como necesidad específica de apoyo educativo en el artículo 71.2:

Corresponde a las Administraciones educativas asegurar los recursos necesarios para que los alumnos y alumnas que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, TDA/H, por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo, o por condiciones personales o de historia escolar, puedan alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y, en todo caso, los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado (LOMCE, 2013, p.37).

Además, en la LOMCE se ha incluido un nuevo artículo, el artículo 79 bis, en el que reconoce la importancia de una intervención temprana en los alumnos con necesidades educativas especiales. El artículo 79 bis está redactado de la siguiente manera: “la identificación, valoración e intervención de las necesidades educativas de este alumnado se realizará de la forma más temprana posible, en los términos que determinen las Administraciones educativas” (LOMCE, 2013, p.38).

En el portal de educación de Castilla y León podemos encontrar el Protocolo de coordinación para la Atención a los Trastornos por Déficit de Atención/Hiperactividad en el que se propone un trabajo conjunto y coordinado entre los profesionales de los servicios sanitarios, educativos y la familia del niño que presenta TDA/H para su correcta intervención y mejor desarrollo a lo largo de todo el proceso.

En este Trabajo de Fin de Grado nos vamos a centrar en este trastorno principalmente por su gran aumento de casos y popularidad en los últimos años. Trataremos de investigar e indagar sobre este trastorno con el objetivo de mejorar los resultados sociales y educativos de los niños que presentan TDA/H, así como conseguir una correcta atención a estos niños comprendiendo sus propias necesidades educativas y su completa integración en la escuela.

2 JUSTIFICACIÓN

El tema escogido para este Trabajo Fin de Grado es el TDA/H en la escuela. Se trata de un tema de actualidad, elegido principalmente por su aumento de casos y su consecuente presencia en las aulas. Se trata de un trastorno muy frecuente que sufren entre un 5 y un 10 por ciento de la población infantil-juvenil (ADANA, 2017), por lo que es de gran importancia que los maestros tengan la información y técnicas necesarias para atender a las necesidades de los niños que presentan TDA/H.

Existe una gran disparidad de planteamientos entre los profesionales, en sus enfoques y formas de entender el TDA/H. En un extremo encontramos los profesionales que defienden la relación de este trastorno con los genes, aportando datos científicos y en el extremo opuesto encontramos los profesionales que defienden que el TDA/H es un producto de la industria farmacéutica y que realmente no existe (Guerrero, 2016). Pretendo concluir este Trabajo Fin de Grado siendo capaz de posicionarme ante tantas interpretaciones y enfoques diferentes.

Es preocupante como este trastorno se ha utilizado en los últimos años como un “cajón de sastre”, ya que muchos niños han sido etiquetados como TDA/H por su comportamiento “movido e inatento” en clase (Guerrero, 2016; ADANA, 2017). Por esta razón me interesa investigar e indagar sobre el TDA/H e intentar mejorar su intervención educativa, en particular en la escuela, evitando así las etiquetas innecesarias y erróneas.

El presente trabajo trata principalmente de un trabajo de indagación sobre el TDA/H, realizando una recopilación de datos útiles, dirigidos a los maestros, con el fin de que sean capaces de enfrentarse a niños con TDA/H en las aulas, respondiendo correctamente a sus necesidades y mejorando notablemente su vida escolar y social. Investigaremos sobre la evolución del TDA/H, sus causas (la naturaleza del TDA/H,

investigando sobre las funciones ejecutivas y la autorregulación), sus síntomas, su diagnóstico, sus tratamientos más habituales, etc.

Por otro lado propondremos una parte educativa que tratará de mejorar las condiciones de estos alumnos en las aulas. Aportaremos diferentes herramientas didácticas para que los maestros sepan responder a las dificultades de aprendizaje más frecuentes encontradas en estos alumnos con necesidades educativas.

Trataremos el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad en Educación Infantil, investigando sobre el comportamiento de estos niños en la etapa de Infantil, con el fin de detectar este trastorno e intervenir lo antes posible.

3 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDA/H), es un tema de actualidad y relevancia pero no se trata de un trastorno nuevo, sino que es un trastorno conocido desde hace años, en los que ha tenido diferentes denominaciones (De Dios & Gutiérrez, 2008).

Still en 1902 publicó un artículo en la revista “The Lancet” describiendo a veinte niños que presentaban síntomas similares a lo que hoy llamamos TDA/H y describió este trastorno como un defecto del “control moral” en los niños que no tenían la capacidad cognitiva para distinguir entre lo bueno y lo malo. Además Still llegó a la conclusión de que se trataba de una enfermedad neurológica, producto de una herencia biológica o de una lesión en el momento del nacimiento (Guerrero, 2016; De Dios & Gutiérrez, 2008; Soutullo et al., 2013; INTEF, 2017).

El los años veinte se observó que los niños que habían superado la epidemia de encefalitis o los niños que habían sufrido alguna lesión cerebral presentaban síntomas similares a los descritos por Still, por lo que esta sintomatología pasó a llamarse “Daño Cerebral Mínimo” y después, “Disfunción Cerebral Mínima”. Clements elaboró en

1962 unos criterios de diagnóstico de la llamada Disfunción Cerebral Mínima (DCM) (INTEF, 2017).

En 1968 ya se hablaba de hiperactividad e impulsividad y apareció por primera vez el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (denominación actual del trastorno) en la segunda edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-II), presentada por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y continuó apareciendo en los consiguientes manuales, DSM-III, DSM-IV y en el actual DSM-5. Además aparece también en la clasificación estadística internacional de enfermedades de la OMS : CIE-9 y CIE-10. La descripción, causas, diagnóstico, tratamiento y la categorización del TDA/H en estos manuales es la conocida actualmente (Soutullo et al., 2013; INTEF, 2017; CADAH, 2017).

En 1980, en el DSM-III aparece el Trastorno por Déficit de Atención, definiendo dos tipos de trastorno: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA+H) y Trastorno por Déficit de Atención sin Hiperactividad(TDA-H). Fue en el año 1987 cuando se decidió eliminar el TDA-H, unificándose así los dos tipos de trastorno previamente mencionados y adquiriendo el nombre de Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad, término utilizado hasta la actualidad. En 1994 aparece en el DSM-IV el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (Soutullo et al., 2013; Guerrero, 2016; Soutullo, 2008).

En el CIE-10 el TDA/H se engloba dentro del grupo de trastornos de comportamiento y de las emociones y en el actual DSM-5 se encuentra dentro de los trastornos del desarrollo neurológico (CIE-10, 1992).

Hoy en día se sigue investigando sobre este trastorno y tras informarnos a través de diversas fuentes sobre el TDA/H podemos confirmar que al ser un tema de gran relevancia existe una polémica, en la que encontramos diferentes teorías sobre su naturaleza, sus causas, su diagnóstico y tratamiento y su enfoque educativo.

3.1 DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE TDA/H

Según el DSM-IV y DSM-5, publicados por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), el TDA/H o Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad está encuadrado como un trastorno del neurodesarrollo. En el DSM-IV se define el TDA/H como un “trastorno neurobiológico de carácter crónico, sintomáticamente evolutivo y de probable transmisión genética que afecta entre un cinco y un diez por ciento de la población infantil, llegando incluso a la edad adulta en el 60% de los casos” (CADAH, 2017, p.1).

Según el DSM-5 (2013), actualmente un 5% de la población infantil y un 2,5% de la población adulta presenta TDA/H, se da en todas las culturas, en todo el mundo por igual.

Dicho trastorno es cuatro veces más frecuente en el sexo masculino que en el femenino (Soutullo, 2008).

Los síntomas de este trastorno aparecen muy temprano, en todos los casos aparecen antes de los 12 años de edad. (CADAH, 2017).

Según la asociación FEAADAH el TDA/H se trata de un trastorno biológico causado por una mala conexión entre dos neurotransmisores cerebrales que afectan a las áreas encargadas del autocontrol y de la inhibición del comportamiento inadecuado (2017).

Gamo (2014), director del Centro de Atención a la Diversidad Educativa (CADE) y además diagnosticado de TDA/H, señala que las personas TDA/H viven en un “presente continuo” y encuentran dificultades a la hora de planificarse y anticiparse a los acontecimientos, así como encuentran dificultades para aprender y actuar según situaciones pasadas y consecuencias ya vividas.

Los principales síntomas de este trastorno son: inatención, hiperactividad e impulsividad (Soutullo, 2008). A continuación vamos a definir estos síntomas:

- Inatención: incapacidad para mantener su atención en algo durante un periodo de tiempo prolongado (Orjales, 1998). Es la necesidad de cambiar de foco de atención a algo más relevante/motivante para ellos en ese momento y la incapacidad de concentración en tareas que les resultan aburridas y poco motivantes para ellos. En cambio sí son capaces de mantener su atención en algo que realmente les motive (Soutullo, 2008 & Soutullo et al., 2013).
- Hiperactividad: según la Real Academia de la lengua Española (RAE, 2017), el término hiperactividad se refiere a un exceso de actividad. Generalmente nos referimos a hiperactividad cuando un niño se mueve excesivamente, dándose un movimiento mayor que lo común: un niño con TDA/H se mueve más que un niño sin TDA/H en la misma situación. Esta hiperactividad significa que no son capaces de estar quietos y tranquilos cuando la actividad que estén realizando lo requiera (Orjales, 1998).
- Impulsividad: el término impulsividad se refiere a la persona que suele hablar o proceder sin reflexión ni cautela, dejándose llevar por la impresión momentánea (RAE, 2017). Esto significa que son incapaces de esperar algo, de planificarse y organizarse, ya que viven y se guían por el presente. Actúan según el momento presente y no son capaces de actuar según consecuencias pasadas; esto ocurre por un problema que presentan los niños con TDA/H en su memoria operativa (Gamo, 2014).

Según el DSM-IV y 5 distinguimos tres subtipos atendiendo a estos síntomas principales: TDA/H predominantemente inatento, TDA/H predominantemente hiperactivo-impulsivo y TDA/H combinado (CADAH, 2017).

3.2 CAUSAS Y NATURALEZA DEL TDA/H

A pesar de las múltiples investigaciones sobre las posibles causas del TDA/H no existe una sola causa exacta. El TDA/H es causado por una serie de condiciones genéticas junto a diversos factores ambientales. Se ha demostrado que tiene influencia genética,

tiene carácter hereditario, siendo más frecuente la aparición de este trastorno cuando uno de los progenitores lo posee, aunque no siempre que los progenitores padezcan este trastorno, los hijos lo padecerán. Además este trastorno hereditario no está ligado al sexo, aunque es cierto que estadísticamente se da predominantemente en varones (Soutullo et al., 2013).

Algunos autores como Barkley y Soutullo afirman que el origen del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad es neurobiológico y genético.

Según Soutullo y Díez (2007) si un niño padece TDA/H, el 76 por ciento se explica por factores genéticos. A pesar de este porcentaje, no existe una acción genética directa, lo que significa que si un padre padece TDA/H, su hijo no tiene por qué padecerlo, pero sí existe una mayor probabilidad.

Se conoce que en las personas con TDA/H se da una producción insuficiente de dos neurotransmisores: la dopamina y la noradrenalina (neurotransmisores pertenecientes al grupo de catecolaminas) (CADAH, 2017).

Según Rafael Guerrero, en los casos de TDA/H existe una hipofunción catecolaminérgica, es decir, la liberación de dopamina y noradrenalina en el cerebro de estos niños se da por debajo del normal esperado para la edad del niño (Guerrero, 2016).

Los neurotransmisores son los compuestos químicos encargados de transmitir la información a través del sistema nervioso, de neurona a neurona, por el organismo. La dopamina es el neurotransmisor relacionado con las funciones motoras, la atención y la memoria, además regula la motivación y el deseo. La noradrenalina es el neurotransmisor relacionado con el aprendizaje, la memoria y la sociabilidad (CADAH, 2017).

Según la asociación TDAH Y TU (2017), diversos estudios indican que el TDA/H produce problemas en los circuitos reguladores que comunican dos áreas cerebrales: el córtex prefrontal y los ganglios basales. Estas dos áreas están comunicadas a través de

la dopamina y la noradrenalina, y al existir una menor liberación de estas, se altera la neurotransmisión, afectando a la atención, al estado de alerta, a la memoria de trabajo (memoria a corto plazo) dificultando así la inhibición y el control ejecutivo.

El área prefrontal (afectada por el TDA/H) tiene la función de inhibir las respuestas, filtrar el ruido de fondo y como consecuencia de las dos funciones anteriores, se encarga de la concentración. Gracias a esta zona somos capaces de filtrar lo que queremos responder a una pregunta, antes de responder lo primero que se nos pase por la cabeza.

También en los niños con TDA/H, los circuitos y los grupos de neuronas que controlan la atención son de menor tamaño y menos activos (hipofunción neuronal). En las personas con TDA/H, al presentar esta función deficiente en estos circuitos, el cerebro compensa activando otras zonas (zonas emocionales, zonas motoras), lo que hace que el procesamiento de los datos sea defectuoso (Soutullo y Díez, 2007).

3.2.1 Las funciones ejecutivas y la autorregulación

El doctor Russell A. Barkley, profesor en el departamento de Psiquiatría y Pediatría en la universidad de Carolina del Sur y una de las figuras más relevantes en el campo del TDA/H, defiende la relación del TDA/H con las funciones ejecutivas y la autorregulación.

Las funciones ejecutivas, según el INTEF (2017) son las encargadas de ayudarnos a:

- Establecer un objetivo deseado.
- Planificarnos para conseguir dicho objetivo.
- Organizar y administrar las tareas.
- Seleccionar las conductas necesarias.
- Ser capaces de comenzar, desarrollar y finalizar las acciones necesarias.
- Evitar las distracciones por estímulos sin relevancia.
- Inhibir las conductas automáticas.
- Supervisar si se está haciendo bien o no y ser conscientes de los errores cometidos.

- Prever las consecuencias y otras situaciones inesperadas.
- Cambiar los planes para rectificar los fallos.
- Controlar el tiempo y alcanzar la meta en el tiempo previsto.

Todas estas funciones podrían resumirse en dos grandes áreas: la inhibición y la meta-cognición. Según Barkley (2011) el comportamiento hiperactivo característico de los niños con TDA/H está unido a las funciones cognitivas, en concreto, formaría parte de la inhibición. Los síntomas de inatención encontrados en los diagnosticados de TDA/H, constituirían un conjunto de síntomas de déficits meta-cognitivos, por lo que los dos síntomas del TDA/H podrían ser parte de las dos áreas principales de las funciones ejecutivas. (Barkley, 2011).

Barkley (2011) parte de que la inhibición está compuesta por tres procesos:

1. Capacidad de inhibir el principal impulso o la respuesta automática.
2. Capacidad para eliminar un comportamiento que no resulta efectivo para la consecución de un objetivo propuesto.
3. Capacidad de concentración y no dar respuesta a estímulos que suponen una distracción.

Las personas con TDA/H tienen problemas en las tres capacidades descritas anteriormente (Barkley, 2011):

- Para regular los impulsos e inhibir la respuesta principal y dominante.
- A la hora de conseguir un objetivo futuro y cambiar un comportamiento, relacionado con ese objetivo, cuando observan que ese comportamiento no resulta efectivo.
- Para centrarse obviando los estímulos externos.

Las funciones ejecutivas son una forma de autorregulación del propio organismo. La autorregulación consiste en regular nuestros comportamientos siempre dirigiéndose hacia un momento futuro. Las personas con TDA/H tienen problemas a la hora de

autorregularse, ya que no son capaces de mantener un objetivo futuro, viven en un presente continuo respondiendo a lo que ocurre a su alrededor en todo momento (Barkley, 2011).

Barkley concluye definiendo el TDA/H como un déficit ejecutivo que afecta a las funciones ejecutivas. Compara los síntomas del TDA/H con los del TFED (Trastorno de las Funciones Ejecutivas Deficitarias) y llega a la conclusión de que el TDA/H podría ser un TFED ya que “cuando los ajustamos a los conceptos adecuados, los síntomas de uno son prácticamente iguales a los del otro” (Barkley, 2011, p.17).

Además Barkley cree que el TDA/H tiene una denominación que no hace justicia a sus síntomas porque no se trata simplemente de un déficit de atención e hiperactividad sino que este trastorno va mucho más allá. El nombre que propone Barkley (2011) en vez de TDA/H es: “Trastorno por Déficit de Autorregulación”. En el apartado 3.3.1 veremos los síntomas del TDA/H.

Aunque tengamos todos estos datos y la relación entre TDA/H y las funciones ejecutivas parezca evidente, todavía no existe ninguna evidencia científica que confirme esta relación. Se desconoce, también, si estas incapacidades (relacionadas con las funciones ejecutivas) son síntomas propios del TDA/H o consecuencias del mismo (INTEF, 2017).

3.3 SÍNTOMAS, TIPOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO

3.3.1 Síntomas

Como ya he mencionado anteriormente los tres síntomas principales del TDA/H son los siguientes:

- Déficit de atención. Distracción constante.
- Hiperactividad. Movimiento excesivo.
- Impulsividad, tanto cognitiva (pensamientos) como conductual (a la hora de reaccionar y comportarse ante una situación). Incapacidad de inhibición.

Según el DSM-5 (citado por CADAH, 2017), el sistema internacional de clasificación de los Trastornos Mentales de psiquiatría, los sub-síntomas o consecuencias encontrados dentro de los tres síntomas principales son los siguientes:

- Déficit de atención:
 - No prestar atención suficiente.
 - Incapacidad para mantener la atención.
 - Dificultad para seguir instrucciones o finalizar tareas.
 - Dificultad en la organización y planificación de tareas y actividades.
 - Dificultad en tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
 - Usual pérdida de objetos necesarios para actividades.
 - Distracción a causa de estímulos irrelevantes.
 - Falta de cuidado en actividades rutinarias.
- Hiperactividad:
 - Movimiento excesivo de pies y manos.
 - Incapacidad para estar sentados un tiempo prolongado.
 - Dificultades para dedicarse a actividades de ocio.
 - Continuo movimiento, actúan como si “tuvieran un motor”.
 - Dificultad para mantener silencio.
- Impulsividad:
 - Precipitación constante, antes de terminar la pregunta ya están respondiendo.
 - Incapacidad para guardar su turno.
 - Interrumpen las actividades de otros.

Según Orjales (1998) y Guerrero (2016), las personas con TDA/H pueden tener problemas, a lo largo de su vida, en los siguientes ámbitos:

- En la concentración. Los niños que presentan TDA/H tienen dificultad para concentrarse, pero si algo les motiva y llama la atención pueden llegar a concentrarse en ello un tiempo elevado.
- En la planificación y organización de tareas. Presentan una dificultad para la planificación de tareas futuras y consecución de objetivos futuros, ya que tienen la característica de que viven en un continuo presente.
- En el autocontrol: inhibición de pensamientos y conductas. A causa de un problema en las funciones ejecutivas tienen un menor autocontrol e inhibición de comportamientos y pensamientos.
- En la memoria operativa. A causa de su constante cambio de foco de atención tienen una menor capacidad de memoria operativa.
- En el reconocimiento e identificación de emociones.
- En el control interno del tiempo. Normalmente subestiman el tiempo en que van a realizar una actividad y por ejemplo tienen dificultades a la hora de estimar la hora que es.
- En la auto monitorización. Tienen dificultad para ser conscientes de sus propios actos y de esta manera realizar una autoevaluación de sus acciones.
- En la perseverancia y capacidad de esfuerzo. Tienen una gran capacidad para distraerse por lo que les resulta complicado el esfuerzo y perseverancia para conseguir un objetivo lejano.
- En la automotivación. Para Barkley uno de los grandes problemas de las personas con TDA/H es que tienen una falta de motivación intrínseca, por lo que la motivación de estas personas debe ser extrínseca.
- En la capacidad de aprender de experiencias pasadas. A causa de su escaso control interno, necesitan de más ensayos para aprender de sus experiencias y necesitan un control externo.
- En la interacción social. Los niños con TDA/H suelen tener dificultades en la escuela, con sus compañeros y maestros, por su falta de control, inhibición, falta de atención...

3.3.1.1 Evolución de los síntomas en el tiempo

Los síntomas aparecen antes de los 12 años y es recomendable que el diagnóstico se realice a partir de los 6 años, aunque en la mayoría de los casos ya existen síntomas de este trastorno desde edades más tempranas. En el 60% de los casos, los síntomas perduran en la edad adulta aunque, según van pasando los años (a partir de la adolescencia), los síntomas van disminuyendo (CADAH, 2017).

Normalmente entre los 4 y 6 años ya se dan síntomas de este trastorno y se habla de un niño demasiado movido (hiperactivo) y desobediente (falta de atención e inhibición). Los niños con TDA/H a estas edades se distraen mucho, tienen problemas con sus iguales y dificultades a la hora de seguir normas. Presentan un desarrollo motor temprano (Gordo, 2010; Guerrero, 2016; De Dios y Gutiérrez, 2008).

Entre los 7 y 12 años, además de los síntomas dichos anteriormente, los niños comienzan a tener dificultades en su aprendizaje. La relación con sus compañeros puede ser mala como hemos dicho anteriormente o por el contrario puede tener el rol de “líder” del aula, ya que sus compañeros pueden ver sus comportamientos como “divertidos”. A esta edad es probable que la autoestima y motivación de estos niños disminuya (Gordo, 2010; Guerrero, 2016; De Dios & Gutiérrez, 2008).

En la adolescencia los niños cambian de intereses y se trata de una etapa complicada para ellos y para los que les rodean. En los niños que presentan TDA/H, esta etapa se caracteriza por el carácter desafiante de los niños. La relación con los padres suele empeorar. En esta etapa los adolescentes con TDA/H son más propensos a tener problemas ya que no son capaces de anticiparse a las consecuencias de sus actos, ni de aprender de experiencias pasadas. Suele disminuir la hiperactividad del niño (CADAH, 2017; Gordo, 2016; Guerrero, 2016; De Dios & Gutiérrez, 2008).

En la Figura 1 veremos representada la evolución de los síntomas propios del TDA/H, relacionada con la edad de los niños.

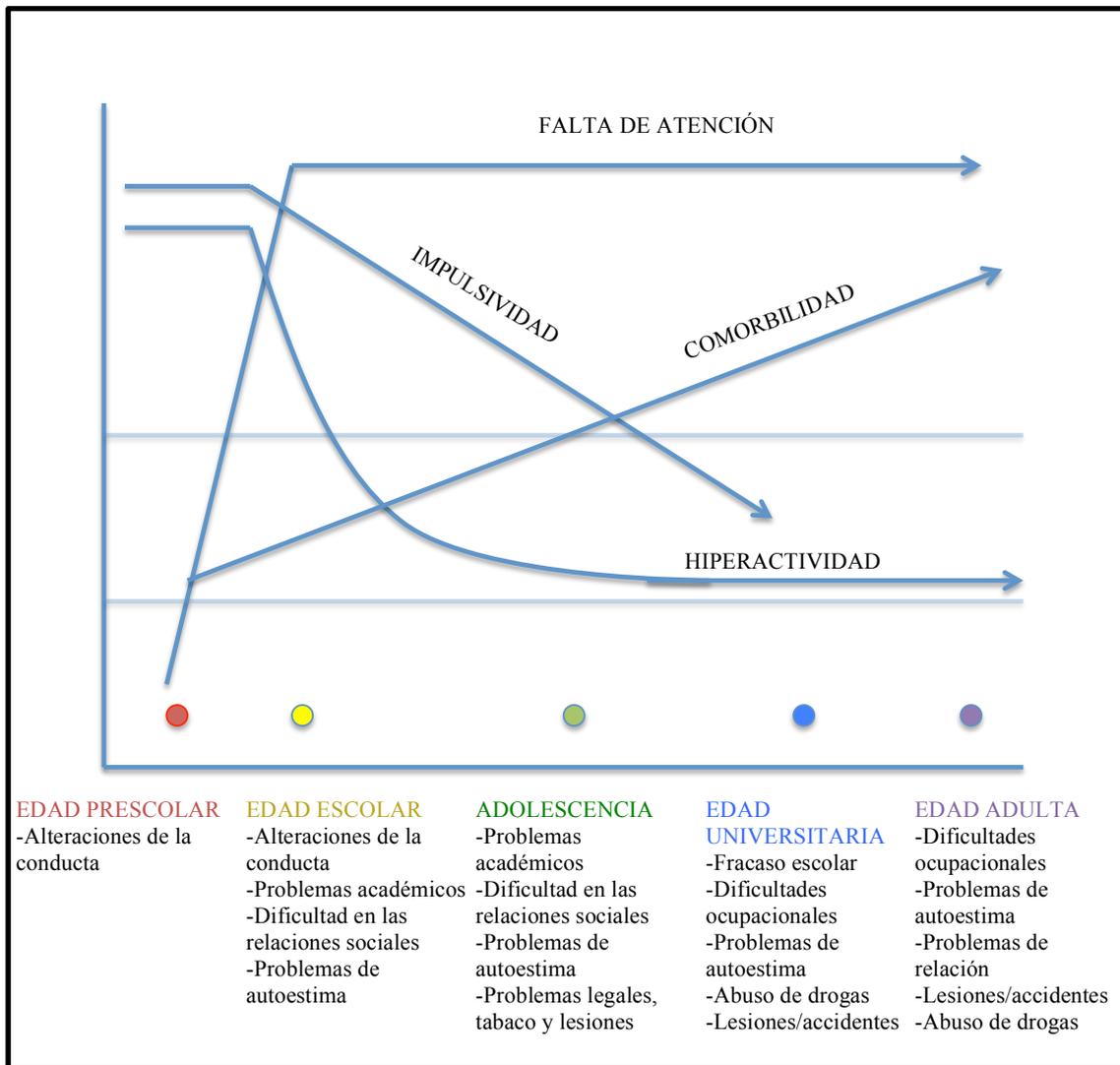


Figura 1. Evolución del TDA/H

Fuente: Recuperado de Guerrero, 2016, (p.91).

Según expone Gordo (2010), en los niños con TDA/H suelen aparecer asociados otros trastornos (mayoritariamente en la adolescencia), los más frecuentes son (Gordo, 2010; Soutullo et al., 2013):

- Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD). Se da en un 50-70 por ciento de los niños que presentan TDA/H y normalmente es uno de los precursores del Trastorno de Conducta.

- Trastorno de Conducta (TC). Las personas con TC tienen problemas para relacionarse, presentan comportamientos antisociales y no aceptan las normas de la sociedad (MUSC, 2013).
- Trastorno por abuso de drogas. Los niños que presentan TDA/H tienen entre un 12 y un 24 por ciento de probabilidades de presentar abusos de drogas en la adolescencia y edad adulta.
- Trastorno de ansiedad. Un 25 por ciento de las personas con TDA/H presenta ansiedad.
- Trastornos del sueño. A menudo tienen dificultades para conciliar el sueño, presentan terrores nocturnos y sonambulismos.
- Trastornos de la coordinación motora. Lesiones y accidentes. Está demostrado que las personas que sufren TDA/H presentan un mayor número de caídas (tienen 4 veces más posibilidades de sufrir lesiones graves) que las que no tienen este trastorno. Esto se debe a su falta de coordinación motriz.
- Problemas de rendimiento académico.

Según Soutullo (Citado por Guerrero, 2016) entre un sesenta y setenta por ciento de las personas que presentan TDA/H sufrirán por lo menos otro trastorno derivado del TDA/H.

3.3.2 Diagnóstico y tipología atendiendo a los síntomas del TDA/H

Hoy en día no hay manera de identificar, cien por cien, el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (INFAC, 2013) por lo que no existe una prueba única para el diagnóstico de este trastorno.

En el diagnóstico de un niño con TDA/H lo primero que se debe hacer es acudir a un profesional, a un especialista, como puede ser un psicólogo infantil con experiencia en el diagnóstico de este tipo de trastorno.

Es de gran importancia que el diagnóstico realizado valore los síntomas pero también su permanencia en el tiempo, su impacto en diferentes situaciones, su desarrollo y su evolución en el tiempo (Guerrero, 2016).

Antes de llevar a cabo un diagnóstico de TDA/H, según Soutullo y Díez (2007), es necesario:

- Conocer al niño y su entorno.
- Que el profesional encargado del diagnóstico cuente con formación y experiencia, tanto en el TDA/H como en los trastornos que pueden ir asociados.
- Consultar al médico.
- Contar con profesionales de apoyo, por ejemplo el equipo psicológico o pedagógico del centro.

En la Tabla 1 observaremos los componentes de evaluación diagnóstica del TDA/H, según Soutullo y Díez (2007).

Tabla 1
Componentes de la evaluación diagnóstica.

Imprescindible	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista clínica con los padres (comportamiento en casa). • Entrevista clínica con el niño (exploración psicopatológica). • Recibir información de profesores, Departamento de Orientación, tutora... (ambiente escolar). • Valorar si cumple los criterios diagnósticos DSM-5 o CIE-10. • Cuestionarios autoaplicados de TDA/H (padres y profesores). • Evaluación del Cociente Intelectual. • Descartar problemas médicos.
Muy recomendable	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración física. • Pruebas de visión y audición. • Diferencia entre CI verbal y manipulativo.
Recomendable	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación pedagógica y pruebas de aprendizaje. • Test de atención. • Estudio neuropsicológico y pruebas de función ejecutiva. • Analítica general.
Necesarias si se sospecha otra enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Analítica especial. • Electroencefalograma. • Audiometría con PET. • TAC craneal. • Resonancia magnética cerebral (RMS). • Cariotipo y estudio genético.
Innecesario	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de lateralidad cruzada. • Pruebas de alergias alimentarias. • Pruebas de reeducación auditiva.

Nota. Fuente: adaptada de Soutullo y Díez, 2007.

Es importante que el experto valore y siga los pasos propuestos en la tabla 1 con la finalidad de que el diagnóstico sea fiable y veraz, evitando así un diagnóstico erróneo.

Existen dos sistemas de clasificación internacional de criterios para diagnosticar el TDA/H: el DSM-5 (APA,2013) y el CIE-10 (OMS, 1992). Podemos observarlos en el Anexo 1.

3.3.2.1 Tipología

En función de los resultados obtenidos en el diagnóstico atendiendo al DSM-5, podremos encontrar tres tipos de TDA/H:

- TDA/H predominantemente inatento.
- TDA/H predominantemente hiperactivo/impulsivo.
- TDA/H con presentación combinada.

Normalmente los tres subtipos definidos por el DSM-5 no son definitivos, sino que en la mayoría de casos pasan de un subtipo a otro según evoluciona este trastorno.

Normalmente, según van creciendo los niños y evolucionando el trastorno, pasan del tipo combinado al tipo con predominio de déficit de atención (De Dios & Gutiérrez, 2008).

El CIE-10 requiere que se presenten síntomas de hiperactividad, falta de atención e impulsividad para que sea diagnosticado como TDA/H, mientras que en el DSM-5 basta con que aparezcan síntomas en uno de los tres campos (hiperactividad, inatención o impulsividad).

Utilizando el sistema CIE-10 disminuiríamos la probabilidad del sobrediagnóstico de casos, evitando que se den falsos positivos de TDA/H. “Según los estudios de Santosh (2005), el diagnóstico de TDA/H, si se utiliza el DSM-IV, es cuatro veces más frecuente que si utilizamos otro sistema de clasificación como el CIE-10” (Guerrero, 2016, p. 113). Aunque con este sistema, un niño que presenta solo síntomas hiperactivos o de inatención graves no sería diagnosticado como TDA/H.

3.4 INTERVENCIÓN EN NIÑOS CON TDA/H

El tratamiento de esta patología debe ser multidisciplinar, es decir, en los diferentes ámbitos de su vida, en la escuela, en casa con su familia, en el ámbito profesional o psicológico... Los expertos afirman que el tratamiento más eficaz para este trastorno es

la combinación de un tratamiento farmacológico, un tratamiento cognitivo-conductual y una intervención psicológica, familiar y escolar (tratamiento psicoeducativo) (CADAH, 2017).

“Cuando se combina el tratamiento farmacológico y la intervención psicosocial aumenta la tasa de respuesta hasta el 64 % y mejoran los síntomas psiquiátricos asociados” (Soutullo et al., 2013, p. 111).

Para que el tratamiento sea correcto se precisa de un buen diagnóstico y una buena evaluación. Además, como no hay dos casos iguales de TDA/H, el tratamiento debe ser único e individual para cada niño, teniendo en cuenta su evaluación y diagnóstico, la intensidad de sus síntomas, su contexto social-familiar, su sexo, su edad, los recursos disponibles... A raíz de esto se creara un tratamiento específico idóneo para cada niño (CADAH, 2017).

Es imprescindible el seguimiento del tratamiento y mantener un contacto constante entre familia-escuela-especialista, de manera que todos tengan conocimiento de los cambios y evolución del niño. Una manera sencilla de visualizar la mejora del trastorno en el niño es acordar unos objetivos entre el especialista y la familia para la siguiente revisión y comprobar si se han cumplido (Soutullo et al., 2013).

El objetivo principal del tratamiento es mejorar la vida del niño que presenta TDA/H, a corto y largo plazo, disminuyendo los síntomas nucleares. Se trata de mejorar su vida escolar, sus relaciones sociales con la familia e iguales, mejorar sus habilidades sociales, su inteligencia emocional... (De Dios & Gutiérrez, 2008).

En cuanto a la duración del tratamiento, en cada caso es distinto, ya que son casos diferentes con síntomas y tratamientos diferentes. Cada caso es único por lo que no se puede establecer un tiempo de tratamiento fijo. Para comprobar si sigue existiendo la necesidad de mantener el tratamiento existen varias técnicas que consisten en dejar la medicación durante un tiempo y comprobar si su comportamiento sin medicación ha cambiado y ha evolucionado (Soutullo et al., 2013).

Según Guerrero (2016) “solamente un porcentaje muy bajo de niños, que está en torno al 10-15 por ciento, necesita un tratamiento farmacológico de por vida” (p. 116).

Existen varios tratamientos para el TDA/H, algunos de ellos sin la necesidad de administrar fármacos, pero el más común se trata de un tratamiento cognitivo-conductual, basado en la modificación de conducta y administración de fármacos (GPC, 2010):

- Cuando hablamos de tratamiento psicosocial nos referimos a (De Dios & Gutiérrez, 2008):
 - Terapia psicológica
 - Entrenamiento de habilidades sociales.
 - Intervención en la escuela.
 - Formación de las familias.

- Existen dos tipos de tratamientos farmacológicos eficaces en los niños con TDA/H (Soutullo, 2008):
 - Estimulantes (metilfenidato, dextroanfetamina y mezcla de sales de anfetamina).
 - No estimulantes (atoxetina).

Según Soutullo (2008), dependiendo de la gravedad del TDA/H y su combinación es preferible la utilización de un tipo de medicación u otra. Si se presenta un caso sencillo de TDA/H es mejor utilizar un tratamiento farmacológico. Si se presenta un caso de TDA/H unido con un trastorno negativista desafiante es preferible un tratamiento combinando la psicoterapia conductual y la medicación. Si se presenta un caso de TDA/H combinado con un trastorno por ansiedad es más eficaz la utilización de la psicoterapia conductual.

Antes de poner en marcha cualquier tipo de tratamiento, es importante la psicoeducación de los padres (Soutullo et al., 2013). El especialista debe informar a la familia sobre las causas del TDA/H, sus síntomas, efectos, evolución y las

consecuencias del tratamiento administrado en el paciente. El especialista debe solventar todas las dudas sobre esta patología que puedan tener los familiares del paciente.

3.4.1 Tratamiento farmacológico

Según la fundación CADAH (2012), en el ochenta por ciento de los casos es necesario el uso de fármacos para el tratamiento del TDA/H.

Existen principalmente dos tipos de fármacos eficaces en las personas con TDA/H (Soutullo, 2008), son los siguientes:

- Medicamentos estimulantes. Cuando hablamos de medicamentos estimulantes nos referimos a dextro-metilfenidato; dextro, levo-metilfenidato; dextroanfetamina y mezcla de sales de anfetamina. Estos actúan principalmente en la regulación de uno de los neurotransmisores afectados por el TDA/H: la dopamina.
- Medicamentos no estimulantes. Cuando hablamos de medicamentos no estimulantes nos referimos a la atomoxetina. Este afecta en la regulación del segundo neurotransmisor afectado por el TDA/H: la noradrenalina.

La función de los fármacos es la regulación y modificación del funcionamiento cerebral, la mejora de la atención, disminución de la inhibición, la mejora de la vida escolar y social y la disminución de la necesidad de movimiento continuo (GPC, 2010).

Para la prescripción de los fármacos como parte del tratamiento del TDA/H es necesario el diagnóstico, evaluación y criterio de un profesional y el acuerdo con las familias. También es recomendable la aprobación por parte de los profesionales de la escuela. Hablamos de “parte del tratamiento” porque en general, únicamente el uso de fármacos, no se trata de una solución para esta patología, sino que debe ser combinado con tratamientos no farmacológicos, como serían las intervenciones psico-educativas y socio-familiares.

En los tratamientos farmacológicos del TDA/H, existen tres fases, (CADAH, 2017):

1. Fase de iniciación. En esta se va administrando cierta dosis de la medicación, hasta que se encuentra la dosis adecuada.
2. Fase de mantenimiento. En esta es en la que conseguimos la respuesta adecuada y se pueden observar mejorías en el niño.
3. Fase de perfeccionamiento. Introducción de pequeños cambios o mejoras, atendiendo a problemas que surgen o síntomas que aparecen.

El medicamento principal utilizado en las personas con TDA/H es el metilfenidato (medicamento estimulante) (GPC, 2010). Según la fundación CADAH: “Más de 60 años de experiencia con esta medicación, y más de 150 estudios en diversos países confirman que es eficaz y segura en el tratamiento” (CADAH, 2012, p. 8). Este tratamiento tiene una duración de unas cinco horas, por lo que es necesario el suministro de dos o tres dosis al día, según la prescripción médica, la edad y las circunstancias individuales de cada persona (CADAH, 2017).

La atomoxetina se trata de un medicamento no estimulante, relativamente nuevo pero muy estudiado. Se trata de un medicamento efectivo que además ayuda a otros trastornos derivados del TDA/H, como es el trastorno por ansiedad. Este tratamiento dura todo el día, por lo que con una dosis diaria es suficiente (GPC, 2010).

3.4.1.1 Efectos secundarios

Podemos encontrar diferentes connotaciones y efectos secundarios en la vida de los niños con TDA/H tratados con fármacos. Es necesaria una intervención temprana y un seguimiento del tratamiento para intentar corregir y eliminar los posibles efectos secundarios y evitar que permanezcan en la vida de estos niños (Soutullo et al., 2013).

Si aparecen efectos secundarios se debe acudir al especialista. En la mayoría de casos son efectos leves y reversibles y con una simple disminución del tratamiento se soluciona, si no es así será necesario un cambio de medicamento.

Los efectos secundarios más comunes que podemos encontrar son los siguientes (Soutullo et al., 2013; TDAHYTU, 2017; Pérez, 2002):

- Falta de sueño.
- Disminución del apetito.
- Nerviosismo.
- Dolor abdominal.
- Náuseas y vómitos.
- Aumento de frecuencia cardíaca y presión arterial.
- Dolores de cabeza.

Es importante no olvidarnos de que no existen dos casos iguales de TDA/H y cada uno tiene unas necesidades diferentes, por lo que el tratamiento y su correspondiente seguimiento deben ser totalmente personalizados e individualizados.

3.4.2 Tratamiento no farmacológico

Normalmente el tratamiento más eficaz es el tratamiento realizado combinando la medicación con el tratamiento psicológico y psicopedagógico (Soutullo et al., 2013).

En ocasiones, en un pequeño porcentaje de casos, el niño mejora sin necesidad de medicación, aunque esto implica un mayor número de apoyos tanto psicológicos como pedagógicos (en la escuela), pero sobretodo en el ambiente familiar del niño. La utilización, únicamente, del tratamiento no farmacológico según la Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH (GPC, 2010), se da en los siguientes casos:

- Cuando los síntomas son leves.
- Cuando no existe un acuerdo, en cuando a los síntomas, entre familiares y la escuela.

- Cuando el diagnóstico del TDA/H no es seguro.
- Cuando los familiares rechazan la medicación.

3.4.2.1 Tratamiento psicológico

El tratamiento psicológico tiene como propio objetivo ayudar a los pacientes y su ambiente, sobretodo familiar, a comprender y manejar los síntomas producidos por el TDA/H, así como mejorar su vida diaria. Trata de proporcionar estrategias cognitivo-conductuales para enfrentarse a este trastorno, a los familiares, al propio niño y a la escuela, este último se trata del tratamiento psicopedagógico, del que hablaremos más adelante (Soutullo et al., 2013).

En la Tabla 2 encontramos las diferentes intervenciones psicológicas dirigidas a solucionar las dificultades que presentan las personas con TDA/H en distintos ámbitos de su vida.

Tabla 2
Intervenciones psicológicas del TDA/H.

Enfoque de intervención.	¿En qué consiste?
Abordaje psicoeducacional.	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación del TDA/H al afectado. • Posibles problemas o riesgos asociados al trastorno. • Las diferentes vías de intervención y tratamiento que existe. • Aceptación activa del diagnóstico por parte del afectado. • Acuerdos de compromiso y cumplimiento terapéutico.
Terapia conductual. Modificación de conducta.	<p><u>Las técnicas operantes:</u> tratan de modificar las consecuencias de las conductas. Refuerzo positivo y negativo, extinción, economía de fichas, coste de respuesta, saciedad, entrenamiento en hábitos y conductas positivas...</p> <p><u>Manejo del ambiente o control estimular:</u> trata de controlar los aspectos de una situación en la que intervengan los estímulos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estructurar el ambiente. <ul style="list-style-type: none"> ○ Una orden única, clara, sencilla, con voz firme y utilizando el contacto físico. ○ Consensuar las normas previamente y las consecuencias por su cumplimiento o incumplimiento. Introducir señales visuales como recordatorio. El adulto debe recordar las normas verbalmente y repetirlas como autoinstrucción. • Exteriorizar la información. Utilizando recuerdos visuales, marcadores de tiempo...
Entrenamiento en habilidades sociales.	<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima, comunicación emocional. • Entrenamiento asertivo. • Reglas de sociabilización. • Entrenamiento en conductas prosociales. • Habilidades de competencia social.
Técnicas de relajación y control del estrés y la ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación y respiración. • Expresión corporal. • Realización de actividades externas como actividades deportivas, hobbies y actividades socio-culturales. • Fomento de la psicomotricidad. • Autorregulación emocional.
Entrenamiento a los familiares.	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento del TDA/H. • Establecer límites y normas. • Observación de conductas adecuadas. • Adquisición de técnicas para incrementar las conductas adecuadas. • Ignorar las conductas inadecuadas. • Sistema de refuerzo tangible. • Mejora de la comunicación familia-niño-colegio. • Mejora de la autoestima y autonomía del niño.
Terapia cognitiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación personal. • Resolución de conflictos. • Entrenamiento en auto-instrucciones. • Organización y planificación de la conducta en función de objetivos y metas. • Autorregulación emocional. • Entrenamiento en habilidades y estrategias internas. • Técnicas de autocontrol e inhibición de la respuesta.

Nota. Fuente: Adaptado de Soutullo et al. (2013) y CADAH (2017).

La guía NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (citada por Soutullo et al., 2013) habla sobre el diagnóstico y manejo del TDA/H y recomienda que la intervención psicológica en niños de edad escolar debe tener una duración de 8 a 12 sesiones de 50-90 minutos dirigidas a los niños y otras 8 sesiones de 50-120 minutos dirigidas a las familias.

3.4.2.2 Tratamiento psicopedagógico

El tratamiento psicopedagógico está enfocado en la escuela: en la mejora del rendimiento académico del niño, en mejorar sus habilidades, su autoestima y en la mejora del ambiente escolar del niño. El tratamiento psicopedagógico tratará de responder individualmente a las necesidades educativas específicas que presente cada alumno con TDA/H (Soutullo et al., 2013).

Según la GPC (2010), los niños con TDA/H necesitan un programa de intervención personal, que incluya aspectos académicos, conductuales, sociales y emocionales. Además para que el tratamiento sea óptimo debe ser un tratamiento en conjunto: la familia, la escuela y otros profesionales.

El tratamiento psicopedagógico es muy importante, ya que está demostrado que en la mayoría de casos de niños con TDA/H presentan problemas escolares, tanto sociales como académicos.

Al igual que el diagnóstico es único para cada caso, el tratamiento también, ya que los síntomas son muy variables.

Es conveniente que en el colegio realice una adaptación curricular única e individual para cada niño que presente TDA/H de manera que se les proporcione una educación que se adapte a sus necesidades educativas.

Para que este tratamiento sea posible se debe proporcionar una formación a los docentes sobre esta patología, ofreciéndoles técnicas de intervención eficaces en niños

diagnosticados con TDA/H, información para la detección del trastorno (favoreciendo la detección precoz)... Es decir los docentes deben estar formados y capacitados para atender a un niño TDA/H en su aula (CADAH, 2017).

3.4.3 Tratamiento multimodal

Esta demostrado que el tratamiento más eficaz para el TDA/H es el tratamiento multimodal, que engloba el tratamiento farmacológico, el psicológico y el psicopedagógico (en la escuela) y además participan en este tratamiento las familias (TDAHYTU, 2017).

Para que este tratamiento sea posible y efectivo debe existir una estrecha relación y colaboración entre todos los profesionales implicados y las familias.

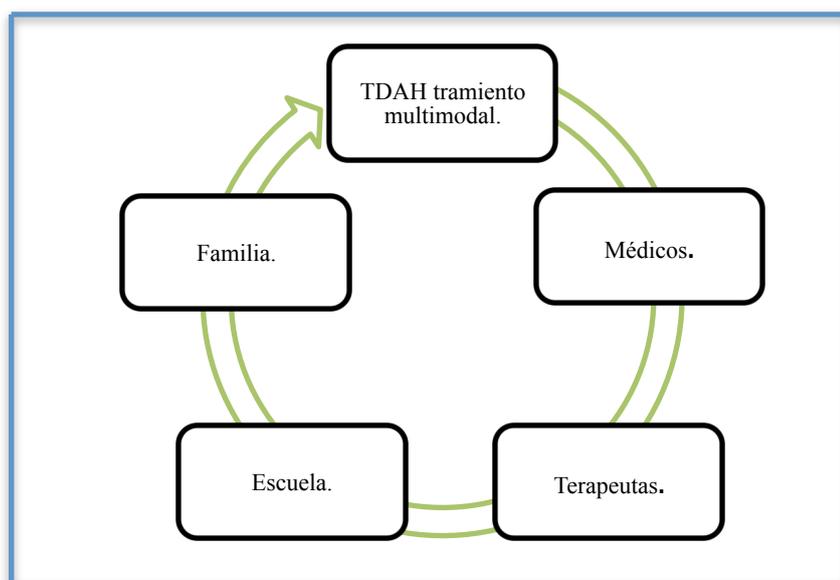


Figura 2: Tratamiento multimodal.
Fuente: adaptado de TDAHYTU (2017).

Este tratamiento da los mejores resultados a corto y largo plazo, ya que al combinar los diferentes tratamientos y enfoques, los niños mejoran rápidamente, al comenzar este tipo de tratamiento podremos observar resultados prácticamente inmediatos. El fin de este tratamiento es la mejora de su vida diaria, mejorando sus habilidades cognitivas y conductuales (Soutullo et al., 2013).

3.5 FALSOS MITOS DEL TDA/H

Para la comprensión del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad es necesario desmentir algunos de los mitos más comunes (Guerrero, 2016; CADAH, 2017; FEAADAH, 2017).

- El TDA/H desaparece en la edad adulta. El TDA/H se trata de un trastorno crónico. Una detección temprana y un diagnóstico y tratamiento adecuados ayudarán a que los síntomas disminuyan con la edad.
- El niño con TDA/H tiene una inteligencia menor. La inteligencia no está directamente correlacionada con el TDA/H.
- La mala educación puede producir TDA/H en los niños. La mayoría de expertos e investigaciones están de acuerdo en que el TDA/H se trata de un trastorno del neurodesarrollo, de origen neurobiológico y con una gran carga genética. La educación que reciban los niños no puede ser causante de este trastorno, aunque si se trata de un niño que presenta TDA/H, agravará sus síntomas.
- El TDA/H no existe, es una invención de la industria farmacéutica. Hoy en día existen multitud de investigaciones y estudios sobre el TDA/H que afirman que se trata de un trastorno de origen neurobiológico, con una gran influencia genética. Los niños que no son diagnosticados ni tratados correctamente suelen fracasar escolarmente y obtener un menor desarrollo social y emocional.
- Un niño con TDA/H es un niño maleducado y desobediente. Estos niños tienen problemas de inatención, hiperactividad e impulsividad, por lo que su vida social es más complicada que para el resto de niños.

4 EL TDA/H EN LA ESCUELA

4.1 NECESIDADES EDUCATIVAS DEL ALUMNADO CON TDA/H

Como ya hemos dicho anteriormente, es muy importante la acción de los maestros coordinada con la familia y los especialistas en el diagnóstico y tratamiento de un niño TDA/H.

Los docentes han de estar informados sobre este trastorno y deben conocer técnicas y estrategias para responder a las necesidades del alumnado TDA/H y asesorar a sus familiares. El maestro con la información suficiente puede identificar posibles síntomas del TDA/H favoreciendo así la detección temprana de este trastorno, apoyándose en el equipo de orientación del centro (Orjales, 1998; Soutullo et al., 2013).

Debemos tener en cuenta que no todos los alumnos que presentan TDA/H son alumnos con necesidades educativas especiales. Todos los alumnos tienen unas necesidades educativas individuales, pero solo algunos requieren de unas medidas educativas especiales como, por ejemplo, una adaptación curricular significativa. Cuando un niño presenta TDA/H hay que valorar sus necesidades educativas y comenzar aplicándole una serie de medidas generales y ordinarias, no significativas, si estas no dan resultado habría que aplicar otro tipo de medidas más específicas y significativas, en este caso sí hablaríamos de NEE (necesidades educativas especiales).

“Generalmente no es necesario para este tipo de alumnos prescindir de los contenidos y objetivos del curso o etapa, es decir, las modificaciones o adaptaciones curriculares no tienen por qué ser significativas. Sin embargo sí suele ser necesario adaptar la temporalización de los objetivos y contenidos, las agrupaciones, el tipo de actividades y el sistema de evaluación a las características de estos alumnos (medidas ordinarias de atención a la diversidad)” (Gómez, Royo & Serrano, 2012, p. 523).

4.1.1 Dificultades escolares en niños con TDA/H

“El TDA/H puede tener un impacto negativo sobre diversos aspectos de la vida diaria de los niños y la vida en la escuela es el área más afectada” (Soutullo et al., 2013, p. 133) .

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, APA, (Citado por Soutullo et al., 2013) y Orjales (1998), nos podemos encontrar los siguientes problemas, en niños con TDA/H, en el ámbito escolar:

- Conducta impulsiva:
 - Se precipitan al dar una respuesta al maestro.
 - Cambian de actividad sin acabar la anterior.
 - Interrumpen en las actividades, juegos o conversaciones del resto.

- Conducta hiperactiva:
 - Presentan un excesivo movimiento .
 - Tiene problemas a la hora de realizar actividades tranquilas.
 - Dificultad para mantenerse en silencio.

- Conducta inatenta:
 - Dificultades para atender y escuchar.
 - Dificultades para asimilar y seguir normas y pautas.
 - Suelen distraerse con facilidad, atendiendo a estímulos irrelevantes.
 - Incapacidad de realizar un esfuerzo mental continuado.
 - Suelen trabajar desorganizadamente, sin prestar atención a lo que están realizando.

Todos estos factores tienen consecuencias en los niños y su vida, como es una disminución de su autoestima, dificultades en las habilidades y relaciones sociales y una

menor motivación escolar que conllevará a un menor esfuerzo, lo que puede acabar en un fracaso escolar.

En este caso, los maestros tienen un papel de gran importancia, deben proporcionar a los niños estrategias para disminuir estos comportamientos y que desarrollen una vida escolar normalizada e integradora.

4.1.2 Atención a la diversidad

Según Educacyl (2017) la atención a la diversidad se entiende como: “Conjunto de respuestas arbitradas por el sistema educativo para adaptarse a las características de aquellos alumnos y alumnas que presentan necesidades educativas específicas en el terreno educativo” (p.1).

Dado que el alumnado TDA/H tiene dificultades en el ámbito escolar, desde el centro educativo deben proponer unas medidas de atención a la diversidad para solventar estas dificultades y que el alumno tenga una adaptación normalizada a la escuela. Las medidas propuestas pueden ser ordinarias, específicas o extraordinarias (CADAH, 2017).

A continuación, en la Tabla 3, vamos a proceder a la explicación de las diferentes medidas que se toman en la escuela para atender con igualdad a la gran diversidad encontrada en ella. Dentro de esta diversidad, encontramos los niños con TDA/H por lo que nos interesa conocer cómo se actúa, buscando una educación de calidad basada en la igualdad entre todos.

Tabla 3.
Medidas de atención a la diversidad.

Medidas.	Descripción.	Ejemplos.
Ordinarias	Medidas para atender a dificultades leves y para prevenir futuras dificultades. Se puede adecuar el currículo, sin realizar modificaciones significativas.	Generales Adecuar los objetivos al alumno, promover la inclusión y participación de todos por igual, modificación no significativa del currículo...
	Existen dos tipos: Medidas ordinarias generales (prevención de futuras dificultades) y singulares (superación de dificultades existentes).	Singulares Medidas de apoyo y refuerzo, adaptaciones no significativas del currículo, repetición de curso...
Específicas	Atienden a necesidades educativas que requieren modificar significativamente el currículo. Requieren modificaciones en elementos curriculares esenciales y/o adaptaciones de acceso curricular.	Modificación de objetivos, contenidos, criterios de evaluación, temporalización...; adaptaciones de acceso al currículo, programas de compensación...
Extraordinarias	Dan respuesta a aquellos alumnos con necesidades educativas que requieren un cambio muy significativo del currículo ordinario.	Educación combinada, en el centro y fuera (por ejemplo cuando un niño se encuentra hospitalizado).

Nota. Fuente: Adaptada de: LOE, (2006) y Orden EDU/5/2006, (2006).

Para conseguir el éxito de todos los alumnos es imprescindible que la escuela se adapte a las necesidades y características de cada uno, es decir una escuela que atienda a la diversidad en la búsqueda de una igualdad de condiciones:

“Cuando se ajusta la ayuda a las características del alumno la probabilidad de que este tenga éxito es mayor y esto lleva a su vez a que su identidad de aprendiz mejore, lo que a su vez hace que se enfrente al aprendizaje con mayor seguridad y motivación” (Martín, et al, 2011, p. 36).

4.2 ESTRATEGIA Y METODOLOGÍA DOCENTE: MEDIDAS ORDINARIAS DE ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD

Los niños con TDA/H, como ya hemos descrito previamente, presentan diferentes dificultades en la escuela. Los maestros deben proporcionar a los niños con TDA/H las herramientas y pautas necesarias para facilitar su integración en el aula y en la escuela.

Estas estrategias de intervención en el aula, se tratan de medidas ordinarias y generales de atención a la diversidad.

Para que la intervención por parte de los maestros sea eficaz, una vez que ya un niño ha sido diagnosticado de TDAH y el maestro se haya informado correctamente, se deben seguir los siguientes pasos (Gómez, Royo & Serrano, 2012; Gonzalez,2012):

1. Deben diferenciar entre los comportamientos del niño característicos de su edad y los causados por los propios síntomas del TDA/H, una vez diferenciados, deben tener claros los comportamientos que se desean cambiar.
2. A continuación es necesario que se delimiten los objetivos que se desean.
3. Aplicar las estrategias y tácticas de modificación de conducta que se consideren mejores y más eficaces, en cada caso, para la consecución de los objetivos propuestos y la modificación de conducta: eliminación de conductas no deseadas e incrementar las conductas que sí se consideren adecuadas.

Además de este proceso es esencial “establecer y fomentar una relación fluida entre profesores y padres” (Moreno, 2008, p. 124). Se trata de un proceso en el que intervienen familiares, especialistas y maestros, por lo que para el correcto desarrollo del niño debe existir una comunicación constante e información sobre la evolución vivida, las técnicas y estrategias utilizadas y cambios en el comportamiento del niño.

4.2.1 Herramientas docentes para el control del comportamiento

Algunas de las medidas ordinarias de atención a la diversidad que pueden tomar los docentes para la respuesta a las dificultades encontradas en los niños con TDA/H son las siguientes (Gómez, Royo & Serrano, 2012):

- Utilizar un lenguaje claro y conciso.
- Crear una rutina en el aula.
- Educar en las emociones y solución de conflictos.
- Ser un “modelo a seguir” para el niño o permitir que otro niño del aula sirva de modelo al niño con TDA/H. Cuando utilizamos la segunda técnica además

debemos darle una tarea al niño con TDA/H, procurando que este enseñe también al otro niño y se sienta útil, subiendo así su autoestima.

- Utilizar una metodología manipulativa y diferente, en la que el niño sea participe y disfrute de su propio aprendizaje. Utilizar las TIC en el aula es una buena forma de captar la atención de estos niños.
- Proporcionarles estrategias mnemotécnicas y hacer uso de imágenes para captar su atención.
- Realizar actividades gradualmente, pasando de las más sencillas a las más complicadas, así como, comenzar con las actividades que menor interés les pueda causar y acabar con las más atractivas.
- Segmentar las actividades en sencillos pasos.
- Mezclar actividades de realización individual, en pequeño y en gran grupo. Fomentar las actividades cooperativas.
- Proponer actividades libres, en las que el propio niño pueda escoger el tema de su actividad.
- Aumentar el feedback positivo con los alumnos. Reforzar todo comportamiento adecuado y pequeña evolución observada en el alumno.
- Realizar un mayor número de descansos.
- Respetar que el niño con TDA/H necesita un mayor movimiento de lo normal y proporcionarle tareas que requieran movimiento.
- Anticiparse a las actitudes impulsivas del alumno.
- Modificar la organización del aula para mejorar la concentración del niño con TDA/H, evitando los posibles estímulos que puedan captar su atención, procurar que el niño esté en una posición en la que pueda tener un contacto visual con el maestro constantemente...
- Realizar una evaluación inicial y comenzar a partir de esta.
- Dar importancia a la progresión diaria, utilizando una evaluación continua.
- Adaptar los objetivos y contenidos, así como el formato de evaluación. Al realizar una adaptación los maestros deben realizar un informe en el que consten las diferentes medidas tomadas para atender al niño. En el Anexo 2 encontramos

un modelo de informe relativo a las medidas tomadas para la evaluación de un alumno.

Barkley (2008) defiende el TDA/H como un trastorno de las funciones ejecutivas, por esto propone una intervención escolar centrada en la “discapacidad ejecutiva”:

1. Memoria de Trabajo: los niños con TDA/H no pueden retener la información en su mente, por lo que es importante crear listas, gráficos, símbolos, tarjetas... que sirvan de ayuda para recordar. La información debe ser externa y física, para facilitar el aprendizaje de estos niños.
2. Tiempo físico: intentar que se vayan haciendo conscientes del tiempo. Se puede utilizar por ejemplo un reloj de bolsillo que vibra.
3. Desglosar el futuro en breves pasos, ya que, una de las dificultades de los niños con TDA/H es su incapacidad para prever o anticiparse al futuro, viven en un “presente continuo”.
4. Externalizar la motivación, a través de refuerzos positivos que siempre deben ser inmediatos al acto que se desea reforzar.
5. Aprendizaje manipulativo, permitir que los niños aprendan visualizando y manipulando y sean totalmente partícipes de su propio aprendizaje.

Para aumentar el rendimiento escolar en los alumnos con TDA/H, Orjales (1998) propone algunas pautas clave que deben conocer los maestros:

- Debido a la incapacidad de los niños con TDA/H para concentrarse y mantener su atención durante un amplio periodo de tiempo, es más eficaz que realicen actividades que contengan breve tiempo de concentración.
- El niño debe notar su evolución y el maestro debe ser el encargado de esto, ofreciéndole un feedback constante.

A continuación vamos a observar diferentes ámbitos en los que presentan dificultades de conducta/comportamiento los niños con TDA/H y técnicas de intervención para la mejora y/o corrección de estas en la escuela.

4.2.1.1 Modificación de conducta

Una de las estrategias de intervención más eficaces en niños con TDA/H consiste en la utilización de las técnicas cognitivo-conductuales, basadas en la intervención sobre los pensamientos, emociones y comportamientos del niño (Guerrero, 2016).

Las estrategias cognitivo-conductuales más eficaces en niños con TDA/H son las siguientes:

- Refuerzo positivo. Utilizamos esta técnica cuando queremos que aumente la frecuencia con la que se produce un comportamiento o actitud. Consiste en reforzar una actitud, a través de felicitaciones o halagos, con una nota positiva en la agenda, una carita feliz, un sello... Esto aumenta la motivación y la autoestima del niño, promoviendo así la repetición de las actitudes o comportamientos reforzados (Gómez, Royo & Serrano, 2012).
- Extinción. Se trata de una técnica ideal para reducir conductas indeseadas. Consiste en ignorar un comportamiento indeseado del niño, actuando como si nada sucediese, con el fin de que no se repita. Hay que tener en cuenta que esta estrategia no se puede utilizar cuando el comportamiento del niño está siendo perjudicial para sus compañeros (Gómez, Royo & Serrano, 2012).
- Tiempo fuera de reforzamiento (“Time out”). Al igual que la técnica anterior, se trata de una estrategia que pretende reducir o eliminar una conducta determinada. Consiste en aislar al niño durante un breve periodo de tiempo (en proporción a la edad del alumno, un minuto por año de edad) en un lugar carente de estímulos. Previamente se debe acordar con el niño las consecuencias de sus actos y posteriormente se debe conversar con el niño sobre su actitud, asegurándonos de que haya reflexionado (Gómez, Royo & Serrano, 2012).
- Economía de fichas. Sistema que consiste en conseguir puntos para la consecución de ciertos premios acordados previamente. Así como se acuerdan los premios, se acuerdan las actitudes que serán premiadas. Los comportamientos que pretendemos que aumenten van sumando puntos en el niño. (Anexo 3: ejemplo de sistema de fichas). Existen variaciones de este

sistema en los que al igual que ganan fichas, las pierden cuando actúan de una manera indeseada (CADAH, 2012).

- Método IDEAR: Identificar el problema, Definir el problema, Elaborar alternativas, Aplicar el plan diseñado y Reflexionar sobre si se ha logrado solucionar el problema, en el caso de que no haya sido así habrá que buscar alternativas que podamos seguir (CADAH, 2012).

Para que las técnicas definidas anteriormente sean totalmente eficaces, el maestro debe explicar al niño con un lenguaje claro y breve los comportamientos que se esperan de él, se deben acordar unos objetivos asequibles, establecer unas normas claras y breves y sus correspondientes consecuencias (relacionadas y en proporción a la norma incumplida), debe conversar con el niño sobre su comportamiento y el porqué está bien o mal, así como aplicar las estrategias de manera inmediata a la conducta indeseada o deseada (Guerrero, 2016).

4.2.1.2 Entrenamiento en auto-instrucciones y autocontrol

Los niños que presentan TDA/H tienen dificultades para seguir instrucciones ,para inhibir actitudes y auto-controlarse. Además presentan dificultades en el lenguaje interno que guía el comportamiento del niño a través de sus pensamientos (Guerrero, 2016).

El maestro debe conocer técnicas cognitivo-conductuales para enseñarles autocontrol a través de su propio pensamiento y lenguaje.

Una de las técnicas más eficaces consiste en el entrenamiento en auto-instrucciones, que consiste en la descomposición en diferentes pasos de los problemas que podemos encontrarnos y la explicación y conversación constante con el niño. De esta manera se evita el comportamiento impulsivo característico de los niños con TDA/H y se les enseña a comprender las situaciones de su vida diaria y a solucionarlas controlando su comportamiento (Gómez, Royo & Serrano, 2012). Los maestros deben conocer que las actividades con límite de tiempo propician la actitud impulsiva característica de estos niños.

El maestro actúa de modelo en la enseñanza de auto instrucciones en todo momento. Al comenzar el maestro da al niño instrucciones o pasos a seguir, posteriormente el niño comienza a darse auto-instrucciones en voz alta y finalmente consigue guiar su conducta a través de su lenguaje interno (Gómez, Royo & Serrano, 2012).

A continuación observamos la secuencia que debemos seguir al entrenar a un niño en auto-instrucciones y autocontrol (Gómez, Royo & Serrano, 2012):

1. PARA. Observar y preguntarnos qué debemos hacer.



2. PIENSA. ¿Cómo debemos hacerlo?. Decidir entre las diferentes estrategias posibles.



3. ATENCIÓN. Prestar atención a lo que se está realizando.



4. AUTOMOTIVACIÓN. Recordarnos a nosotros mismos lo bien que lo estamos haciendo.



5. REPASO Y AUTOEVALUACIÓN. Repasar los pasos realizados y corregir los errores.



Utilizando el juego de “Simon Says” enseñamos a los niños a seguir instrucciones y pasos, por lo que es beneficioso jugar a este juego antes de comenzar a realizar el entrenamiento en auto-instrucciones (Guerrero, 2016).

El entrenamiento en auto-instrucciones y autocontrol no solo beneficia al aprendizaje del niño con TDA/H, sino que beneficia a todos los alumnos (Orjales, 1998).

4.2.1.3 Estrategias para mejorar sus habilidades sociales y autoestima

Orjales (citado por CADAH, 2012) afirma que los niños con TDAH presentan habilidades interpersonales deficientes, en comparación con sus iguales, socialmente más competentes.

Según Soutullo et al. (2013): “Un elevado porcentaje de niños con TDAH presentan problemas emocionales como: sentimientos depresivos, sentimientos de desconfianza, inseguridad o baja autoestima” (p.135).

Algunos ámbitos en los que pueden intervenir los maestros para la mejora de las habilidades sociales y su autoestima en niños con TDA/H son los siguientes:

- Aumentar su motivación: realizando actividades estimulantes para el niño, reforzando cada paso positivo, dándole confianza, evitando comentarios negativos, realizando actividades graduales (comenzando por las más simples, dándoles así confianza en sí mismo), procurando que revise sus actividades antes de entregarlas... (CADAH, 2012).
- Entrenamiento en identificación y gestión de sus emociones: aumentando el vocabulario sobre emociones y diferenciándolas, ejerciendo de “modelo” expresando cómo nos sentimos en cada momento y explicándoles sus emociones cuando ellos las desconocen... (Guerrero, 2016). En el Anexo 4 encontraremos ejemplos de actividades para tratar la educación emocional en la escuela.
- Mejorar el autocontrol y la resolución de conflictos, por ejemplo a través de la “técnica de la tortuga” (Anexo 5): se trata de una estrategia que podemos utilizar en la escuela para enseñar a los niños a controlar su impulsividad. Para la resolución de conflictos es necesario el autocontrol y ser capaces de estructurar el problema en partes (Soutullo et al., 2013).
- Fomentar y fortalecer las relaciones entre iguales. Las actividades cooperativas fomentan este tipo de relaciones ya que tienen que colaborar y cooperar todos por la consecución de un fin común.

4.3 ESTRATEGIA Y METODOLOGÍA DOCENTE: NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES DEL ALUMNADO CON TDA/H

Cuando las medidas de atención a la diversidad ordinarias y adaptaciones curriculares no significativas son insuficientes y existe un desfase curricular en el niño, el maestro-tutor junto al equipo de orientación del centro (encargado de haber realizado la evaluación psicopedagógica) deberán tomar medidas y crear una adaptación curricular significativa e individual. Llegados a este punto decimos que se trata de un caso que requiere necesidades educativas especiales.

Se crea un Documento Individual de Adaptación Curricular (DIAC) que incluirá los elementos curriculares (objetivos, contenidos, metodología y evaluación) que deben adaptarse para la mejora del desarrollo educativo del niño. Este documento quedará reflejado en su expediente académico (Gómez, Royo & Serrano, 2012).

“Las personas con necesidades educativas especiales deben tener acceso a las escuelas ordinarias, que deberán integrarlos en una pedagogía centrada en el niño, capaz de satisfacer esas necesidades, las escuelas ordinarias con esta orientación integradora representan el medio más eficaz para combatir las actitudes discriminatorias, crear comunidades de acogida, construir una sociedad integradora y lograr la educación para todos” (UNESCO, 1994, p.8).

4.4 ESTRATEGIA Y METODOLOGÍA DOCENTE: INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN INFANTIL

Aunque el Trastorno por Déficit de Atención/ Hiperactividad no sea recomendable diagnosticarlo antes de los 6 años, para evitar confusiones y diagnósticos erróneos (falsos positivos), en Educación Infantil nos podemos encontrar niños con síntomas de TDA/H por lo que es necesaria una intervención.

Según Connor et al., (citado por TDAHYTU, 2017): “en algunos estudios, se confirma que un 70% de los niños en etapa escolar diagnosticados de TDAH, a los 4 años ya presentaban síntomas que afectaban a su día a día” (p.1).

Para poder ofrecer una intervención educativa a los niños que nos encontremos en nuestra aula de Educación Infantil, que probablemente en un futuro se les diagnostique TDA/H, los maestros además de poseer un amplio abanico de estrategias y métodos para poder responder a las necesidades educativas de cada alumno, deben tener un conocimiento y comprensión sobre este trastorno.

El maestro debe observar sistemáticamente los comportamientos, evolución, la concentración, las relaciones sociales... de todos y cada uno de sus alumnos con el fin de detectar cualquier irregularidad, en el caso del TDA/H, detectar cualquier comportamiento que pueda ser síntoma de este trastorno, comunicándose y contrastando información continuamente con las familias, con el fin de facilitar una detección precoz y atención temprana que favorezca el desarrollo escolar del niño y mejore su calidad de vida.

Según el INTEF (2012) los niños con TDA/H en Educación Infantil se caracterizan por su dificultad para tranquilizarse, para mantener su turno, para seguir instrucciones, demandan más atención que el resto, interrumpen constantemente en el aula, presentan dificultades en las relaciones sociales entre iguales y pueden llegar a comportarse agresivamente. Esto hace que su día a día en la escuela sea más complicado. Un ámbito importante en Educación Infantil en el que tienen dificultades los niños con TDA/H es el juego. En el juego hay que respetar ciertas reglas y seguir unas instrucciones por lo que los niños que presentan síntomas de TDA/H muestran dificultades, ya que no son capaces de seguir las normas y al tener poca tolerancia a la frustración no admiten perder (Gordo, 2010).

Como maestros también debemos conocer y potenciar su lado más positivo (INTEF, 2012):

- **Concentración.** Los niños con TDA/H tienen dificultades para concentrarse, pero cuando una actividad llama su atención son capaces de concentrarse únicamente en ella. Como maestros, debemos crear actividades que llamen su atención y les motiven.
- **Creatividad.** Los niños con TDA/H son niños muy creativo y optimistas.
- **Exceso de motricidad.** Son niños que normalmente presentan un exceso de energía, movimiento e incapacidad para estar quietos, esto puede ser un aspecto positivo si aprenden a canalizar su energía y movimiento.
- **Otras características.** Son niños a los que les gusta probar nuevas cosas, tienen un gran sentido del humor, son sinceros y no suelen tener rencor. Se trata de niños que cuando encuentran algo que les gusta y apasiona, se entregan a ello totalmente.

Con el fin de que los posibles síntomas de TDA/H no se agraven con el paso del tiempo y aprendan a auto-controlarse, los maestros de Educación Infantil deben proporcionar a los niños desde una temprana edad una educación emocional, habilidades socioemocionales, técnicas de relajación y un entrenamiento en la resolución de conflictos. Estas pautas no solo serán beneficiosas para los niños que presentan síntomas de TDA/H, sino para todos los alumnos del aula, por lo que en el caso de que no fuera diagnosticado en un futuro de este trastorno, habrá aprendido técnicas para la mejora del rendimiento escolar y de su día a día.

5 REFLEXIÓN FINAL

Después de la realización del Trabajo Fin de Grado sobre el TDA/H y su intervención en la escuela, hemos adquirido recursos y estrategias necesarias de cara a una posible detección temprana de TDA/H en alumnos de nuestra futura aula, así como técnicas y estrategias para ayudar a mejorar su desarrollo escolar, social y su vida diaria en general. Con la realización de este trabajo hemos adquirido un aprendizaje muy significativo y útil como maestros, conociendo y comprendiendo el TDA/H y sobre todo aprendiendo diferentes maneras de intervención en la escuela.

Antes de comenzar a realizar el trabajo, encontramos artículos que confirmaban la existencia del TDA/H y su creciente presencia en las aulas y otros sugiriendo un sobrediagnóstico del trastorno. A raíz de esto, nos surgió el interés por este tema y decidimos investigarlo en su relación con la escuela.

5.1 CONCLUSIONES

Hoy en día no existe una manera única y fiable de identificar el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad, no existe tampoco unanimidad de criterios entre los expertos y especialistas que investigan y estudian acerca del TDA/H, su origen y diagnóstico. Sin embargo sí podemos encontrar concordancia en cuanto a los síntomas de este trastorno, distinguiendo tres claros síntomas principales: hiperactividad, impulsividad e inatención; así como también de las consecuencias y dificultades que se derivan de estos síntomas.

El tratamiento multimodal es el más recomendado por los especialistas y el que más resultados ha demostrado en la mejora de los síntomas del TDA/H, a corto y largo plazo. Este tratamiento consiste en la combinación de fármacos e intervenciones psicológicas y psicopedagógicas. Para que el tratamiento de un niño con TDA/H sea lo más positivo en su vida diaria y lo más eficaz posible debe existir una coordinación y comunicación continua entre la familia del niño, el especialista encargado de su diagnóstico y tratamiento y la comunidad educativa.

También encontramos concordancia en las técnicas más eficaces de intervención en el aula y en la escuela para los niños con TDA/H. Existen evidencias que afirman que el seguimiento de estas técnicas y estrategias de intervención temprana derivarán en una observable mejoría del desarrollo escolar del niño.

5.2 POSICIONAMIENTO

El TDA/H se trata de un trastorno real y existente.

Tras la investigación realizada sobre el TDA/H, llegamos a la conclusión de que los maestros han de tener un conocimiento y comprensión suficiente de este frecuente trastorno, con el fin de hacerle frente en las aulas y mejorar la calidad de vida de los niños que lo sufren.

Debemos destacar la importancia de la implicación conjunta de la escuela, la familia y los especialistas y la comunicación entre ellos para mejorar la vida de estos niños, tanto en la escuela como fuera de ella. Los primeros síntomas del TDA/H serán observados en el ámbito familiar y escolar, por lo que los maestros deben estar preparados para la detección e intervención temprana de este trastorno. Un maestro no puede diagnosticar pero sí puede recomendar a los familiares que acudan a un especialista o derivar esta sospecha al equipo de orientación del centro. Es importante que tanto los maestros de Educación Infantil como los de Primaria estén formados y preparados en la atención de estos niños. Aunque los expertos no recomiendan el diagnóstico del TDA/H antes de los seis años, está comprobado que los síntomas, normalmente, aparecen a edades más tempranas. En Educación Infantil, aunque un niño no esté diagnosticado de TDA/H, si existen sospechas de este posible trastorno, el maestro debe introducir ciertas medidas de atención, temprana, a la diversidad en la escuela. Esto en todo caso será beneficioso para el propio niño, sea diagnosticado de este trastorno en un futuro o no, ya que estas medidas mejorarán su desarrollo escolar y social.

La escuela y sus maestros tienen una gran responsabilidad en el desarrollo de sus alumnos y deben proporcionarles la mejor educación posible, atendiendo a las características de cada alumno, es decir atendiendo a la diversidad en el aula. Una escuela que atiende a la diversidad en sus aulas, se trata de una escuela en la que se da un aprendizaje integral en los alumnos y en la que todos aprenden de todos y todos tienen algo que enseñar al resto. El TDA/H es un trastorno real, frecuente e integrante de esta diversidad encontrada en la escuela actual.

Hemos encontrado limitaciones en la realización del trabajo, ya que el TDA/H es un tema muy extenso, del que podemos encontrar gran cantidad de bibliografía e información. Hemos seleccionado y comprimido la información de mayor importancia para el conocimiento de los maestros. Al existir un número determinado de palabras máximas hemos tenido que dejar de profundizar en ciertos aspectos y resumir los contenidos que deseábamos que aparecieran en el proyecto.

El presente trabajo nos ha resultado muy gratificante y enriquecedor, hemos disfrutado en su realización y profundización del extenso tema principal: el TDA/H y su intervención escolar. Nos ha resultado de gran apoyo en la realización del trabajo haber podido contrastar la información encontrada con personas de nuestro entorno cercano que han sido diagnosticadas de TDA/H y han vivido dificultades escolares.

6 REFERENCIAS

Alda, J.A., Boix, C., Colomé, R., Fernández, M., Gassió, R., Izaguirre, E.,... Torres, A. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes*. Cataluña, España: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Londres, Inglaterra: American Psychiatric Publishing. Disponible en: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/dsm-v-manual-diagnc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales.pdf>

Barkley, R. (2011). La naturaleza del TDAH: las funciones ejecutivas y la autorregulación. En Barkley, R.A. Educación Activa y Fundación Mapfre, Curso para profesionales (Cap. 2).

Barkley, R. (Enero, 2008). El TDAH como trastorno de las funciones ejecutivas: aplicaciones para su manejo en el aula. *II Congreso nacional de TDAH*. Aprendiendo con el TDAH. Congreso celebrado en Madrid, España. Disponible en: <http://www.feaadah.org/es/quienes-somos/winarcdoc.php?id=145>

Consejería de Educación, Juventud y Deporte de la Comunidad de Madrid. (12 de diciembre de 2014). *Instrucciones conjuntas de la dirección general de educación infantil y primaria ...sobre la aplicación de medidas para la evaluación de los alumnos con..., trastorno por déficit de atención e hiperactividad en las enseñanzas de educación primaria, educación secundaria obligatoria y bachillerato reguladas en la Ley orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación*.

- De Dios, J.L. & Gutiérrez, J.R. (2008). *¿Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)?*. Madrid, España: EDIMSA.
- Federación FEAADAH. (2002). *Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad*. Recuperado de: <http://www.feaadah.org/es/> (Consulta el 20 de mayo de 2017).
- Fundación ADANA. (1997). *Fundación ADANA*. Recuperado de: <http://www.fundacionadana.org/> (Consulta el 20 de mayo de 2017).
- Fundación CADAH. (2006). *Fundación Cantabria Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad*. Recuperado de: <https://www.fundacioncadah.org/web/> (Consulta el 31 de mayo de 2017).
- Fundación CADAH. (2012). *TDAH en el aula, guía para docentes*. Recuperado de: https://www.fundacioncadah.org/web/doc/index.html?id_doc=46
- Gamo, J.R. (Abril, 2014). *Conferencia Asociación Zamorana de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, AZADAHI*. Zamora, España. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=fNzjKGRIJt0> (Consultado el 3 de mayo de 2017).
- Gómez, J.M., Royo, P. & Serrano, C. (2012). *Fundamentos psicopedagógicos de la atención a la diversidad*. Madrid, España: Escuela Universitaria Cardenal Cisneros.
- Gordo, M. (2010). *Hiperactividad y Atención. Todo lo que debes saber sobre el TDAH*. Valencia, España: PSYLICOM.
- Guerrero, R. (2016). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Entre la patología y la normalidad*. Barcelona, España: Planeta.

Información Farmacoterapéutica de la Comarca, INFAC. (2013). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): ¿Infra o sobrediagnosticado?*. Vol. 21 (no 5), pp. 34-38.

Ley orgánica de Educación (LOE) (Ley Orgánica 2/2006, 3 de mayo). Boletín Oficial del Estado, no 106, 2006, 4 de mayo. Disponible en:

<http://www.boe.es/boe/dias/2006/05/04/pdfs/A17158-17207.pdf>

Ley orgánica para la mejora de la calidad educativa (LOMCE) (Ley Orgánica 8/2013, 9 de diciembre). Boletín Oficial del Estado, no 295, 2013, 10 diciembre. Disponible en:

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2013/BOE-A-2013-12886-consolidado.pdf>

Martín, W., Mauri, T., Cuevas, I., Echeita, G., Galán, M.L., García, R.,... Simón, C. (2011). *Orientación educativa. Atención a la diversidad y educación inclusiva*. Barcelona, España: Graó.

Medical University of South Carolina, MUSC. (2013). Enciclopedia MUSC Health (versión electrónica). South Carolina: The StayWell Company,

<https://muschealth.staywellsolutionsonline.com/Spanish/Encyclopedia/90,P05670>

Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. (2012). *INTEF: Respuesta educativa para el alumnado con TDAH: Características conductuales, sociales y emocionales*.

Recuperado de:

http://formacion.educalab.es/pluginfile.php/41149/mod_resource/content/1/PDF/Caracteristicas.pdf

Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. (2017). *Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación del Profesorado, INTEF: Respuesta educativa para el alumnado con TDAH*. Recuperado de:

<http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/186/cd/m1/index.html>

Moreno, I. *Hiperactividad infantil. Guía de actuación*. (2008). Madrid, España: Pirámide.

Orden EDU/5/2006, de 22 de febrero, por la que se regulan los Planes de Atención a la Diversidad y la Comisión para la Elaboración y Seguimiento del Plan de Atención a la Diversidad en los centros educativos de la Comunidad Autónoma de Cantabria. (BOC núm. 47, 8 de marzo de 2006). Disponible en:
<https://boc.cantabria.es/boces/verAnuncioAction.do?idAnuBlob=94773>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO. (Junio, 1994). *Declaración de Salamanca y marco de acción para las necesidades educativas especiales*. Ministerio de Educación y Ciencia de España. Salamanca, España.

Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10. *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, España: Meditor.

Orjales, I. (1998). *Déficit de Atención con Hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid, España: CEPE.

Pérez, M. (2002). *Orientación educativa y dificultades de aprendizaje*. Madrid, España: Paraninfo.

Portal de Educación de Castilla y León, educacyl. (2017). *Atención a la diversidad*. Recuperado de: <http://www.educa.jcyl.es/es/temas/atencion-diversidad> (Consultado el 25 de abril de 2017).

Real Academia Española. (2017). *Diccionario de la lengua española*. Disponible en:
<http://www.rae.es/>

- Rodríguez, C. (2013). *Juego educativo: la técnica de la tortuga*. Educa y Aprende (web log post). Recuperado de: <http://educayaprende.com/juego-educativo-la-tecnica-de-la-tortuga/> (Consultado el 1 de junio de 2017).
- Schneider, M. & Robin, A. (2017). *La técnica de la “tortuga”: un método para el autocontrol de la conducta impulsiva*. Aprendiendo con el TDAH. Nueva York, EEUU. Disponible en: http://www.aprendiendocon-tdah.com/materiales/la_tecnica_de_la_tortuga.pdf (Consultado el 1 de junio de 2017).
- Soutullo, C. (2008). *Convivir con Niños y Adolescentes con trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)*. Madrid, España: Panamericana
- Soutullo, C. & Díez, A. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Madrid, España: Panamericana.
- Soutullo, C., Alda, J.A., Bobes, J., Bonet, T., Cardo, E., Casas, M.,... Urcelay, J. (2013). *Informe PANDAH: El TDAH en España*. España: Adelphi.
- TDAHYTÚ. (2017). *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y tú*. Recuperado de: <http://www.tdahytu.es/> (Consulta el 28 de abril de 2017).

7 ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Criterios diagnósticos según el DSM-5 y el CIE-10.....	58
ANEXO 2: modelo de informe relativo a la aplicación de medidas para la evaluación de alumnos con TDA/H	61
ANEXO 3: ejemplo de sistema de fichas.....	62
ANEXO 4: actividades educación emocional.....	63
ANEXO 5: técnica de la tortuga.	64

ANEXO 1: Criterios diagnósticos según el DSM-5 y el CIE-10

A continuación encontramos los dos sistemas de diagnóstico de TDA/H existentes y sus criterios:

DSM-5

Los síntomas deben aparecer antes de los 12 años de edad y durar por lo menos seis meses para que sea diagnosticado.

Criterios para el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad.

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.

CIE-10.

Criterios diagnósticos del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad, CIE-10 según la OMS:

Déficit de atención

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.
5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas como los deberes escolares, que requieren un esfuerzo mental mantenido.

7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, como material escolar, libros, etc.
8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

Hiperactividad

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en su asiento.
2. Abandona el asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.
4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

Impulsividad

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

La CIE-10 establece que para realizar el diagnóstico de TDA/H, el paciente cumpla:

- 6 de los síntomas descritos en el apartado “Déficit de Atención”.
- 3 de los síntomas descritos en el apartado “Hiperactividad”.
- 1 de los síntomas descritos en el apartado “Impulsividad”.

Estos síntomas deben además estar presentes antes de los 7 años y darse en dos o más aspectos de la vida del niño (escolar, familiar, social), y afectar negativamente a su calidad de vida. Tampoco se considerará el diagnóstico de Trastorno Hiperactivo (nombre que da la OMS al TDA/H) si cumple los criterios de: trastorno generalizado del desarrollo, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.

Nota. Fuente: Recuperado de CIE-10 (1992) y DSM-5 (2013).

ANEXO 2: modelo de informe relativo a la aplicación de medidas para la evaluación de alumnos con TDA/H

A continuación vamos a presentar un modelo de informe realizado en la escuela para la aplicación de medidas de atención a la diversidad en niños con TDA/H:

Centro: Código: Localidad: Curso escolar:

Alumno/a Enseñanzas _____ Curso _____

El equipo de profesores que atiende al alumno ha considerado oportuno aplicar durante el presente curso escolar las siguientes medidas a la hora de realizar pruebas o exámenes de evaluación:

Tabla 4.
Medidas atención a la diversidad. Evaluación.

Medidas acordadas.	Tipos de medidas.	Descripción de las medidas.
		El tiempo de cada examen se podrá incrementar hasta un máximo de un % sobre el tiempo previsto para ello.
		Adaptar el tipo y tamaño de fuente en el texto del examen. Se permitirá el uso de hojas e blanco.
		Se utilizarán instrumentos y formatos variados de evaluación de los aprendizajes: pruebas orales, escritas, de respuesta múltiple, etc.
		<ul style="list-style-type: none">• Se podrá realizar una lectura en voz alta, o mediante un documento grabado, de los enunciados de las preguntas al comienzo de cada examen.• Se podrán realizar los ejercicios de examen en un aula separada

Madrid, a ____ de _____ de 20__

EL TUTOR Y EL JEFE DE ESTUDIOS

Fdo.: _____ Fdo.: _____

Nota. Fuente: recuperada de Instrucciones del 12 de diciembre de 2014.

ANEXO 3: ejemplo de sistema de fichas

El sistema de fichas es una técnica de modificación de conducta con mucha utilidad en niños con TDA/H. Con la utilización de esta técnica los niños se motivan en la realización de tareas correctamente. El sistema de fichas o de puntos, consiste en lo siguiente:

Encontramos en el aula una tabla como la Tabla 5. Cada alumno tiene su fila en la tabla y en ella se van colocando gomets (cada gomet significa un punto) por cada tarea bien hecha. Previamente se acuerda con los niños las tareas que dan puntos y los premios que pueden conseguir con cierto número de puntos.

Tabla 5
Sistema de puntos.

Alumno	Tarea				...
	Esperar el turno de palabra.	Prestar atención	Cumplir la rutina y los horarios.	Respetar a los compañeros.	

Nota Fuente: creación propia.

Tabla 6
¿Qué premio podemos conseguir?

Premio	Puntos necesarios
Ser el primero de la fila.	6 puntos.
Ser el responsable por un día.	10 puntos.
Una pegatina o un sello.	4 puntos.
...	... puntos.

Nota. Fuente: creación propia.

ANEXO 4: actividades educación emocional

Previamente hemos comentado la importancia de la educación emocional en la escuela y su positiva influencia en la mejora de los síntomas propios del TDA/H en los niños. A continuación vamos a explicar algunas de las actividades de educación emocional que propone Guerrero (2016) para realizar en la escuela:

- **Emocionario:** Se trata de un diccionario ilustrado de emociones, en el que explica el significado de cada emoción. Aparece cada emoción relacionada con situaciones cotidianas en las que nos sentimos así. “El emocionario es un buen recurso por su formato motivador para los niños, ya que nos permite aumentar su vocabulario emocional y ayudarles a identificar sus emociones a través de las imágenes” (Guerrero, 2016, p. 261).
- **Identificación emocional:** Se trata de un juego de identificación de las emociones. Puede ser realizado definiendo fotos y cómo creen que se sienten los personajes de la foto, describiendo la cara que tiene algún niño de la clase y cómo se sentirá... También se puede identificar la emoción que sentirían en ciertas situaciones.
- **El bingo de las emociones.** Con cartones de bingo en el que pongan las diferentes emociones (miedo, alegría, enfado, ira, entusiasmo...) y tarjetas que cuenten mini-historias jugaremos al bingo de las emociones. Cada niño tendrá un cartón y la maestra irá sacando tarjetas contando las historias, los niños deben tachar la emoción que creen que contiene la historia de la tarjeta.
- **Otras como la utilización de cuentos y películas, de música, plástica, motricidad, etc..** Se tratan también de buenos recursos para trabajar la identificación y gestión emocional en los niños.

ANEXO 5: técnica de la tortuga

La técnica de la tortuga consiste en un buen método para el autocontrol, control de impulsos y resolución de conflictos. Los niños con TDA/H tienen dificultades en los tres ámbitos nombrados anteriormente por lo cual queremos presentar la técnica de la tortuga para intervenir en el aula con niños con TDA/H:

Historia de la tortuga

“Antiguamente había una hermosa y joven tortuga, tenía 6 (7, 8,...) años y acababa de empezar el colegio. Su nombre era Pequeña Tortuga. A ella no le gustaba mucho ir al Cole, prefería estar en casa con su hermano menor y con su madre. No le gustaba aprender cosas en el colegio, ella quería correr, jugar... era demasiado difícil y pesado hacer fichas y copiar de la pizarra, o participar en algunas de las actividades. No le gustaba escuchar al profesor, era más divertido hacer ruidos de motores de coches que algunas de las cosas que el profesor contaba, y nunca recordaba que no los tenía que hacer. A ella lo que le gustaba era ir enredando con los demás niños, meterse con ellos, gastarles bromas. Así que el colegio para ella era un poco duro. Cada día en el camino hacia el colegio se decía a sí misma que lo haría lo mejor posible para no meterse con ellos. Pero a pesar de esto era fácil que algo o alguien la descontrolara, y al final siempre acababa enfadada, o se peleaba, o le castigaban. “Siempre metida en líos” pensaba “como siga así voy a odiar al colegio y a todos.” Y la Tortuga lo pasaba muy pero que muy mal. Un día de los que peor se sentía, encontró a la más grande y vieja Tortuga que ella hubiera podido imaginar. Era una vieja Tortuga que tenía más de trescientos años y era tan grande como una montaña. La Pequeña Tortuga le hablaba con una vocecita tímida porque estaba algo asustada de la enorme tortuga. Pero la vieja tortuga era tan amable como grande y estaba muy dispuesta a ayudarla: “¡Oye! ¡Aquí!” dijo con su potente voz, “Te contaré un secreto. ¿Tú no te das cuenta que la solución a tus problemas la llevas encima de ti?”. La Pequeña Tortuga no sabía de lo que estaba hablando. “¡Tu caparazón!” le gritaba “¿para qué tienes tu concha? Tu te puedes esconder en tu concha siempre que tengas sentimientos de rabia, de ira, siempre que tengas ganas de romper, de gritar, de pegar... Cuando estés en tu concha puedes

descansar un momento, hasta que ya no te sientas tan enfadada. Así la próxima vez que te enfades ¡Métete en tu concha! A la Pequeña Tortuga le gustó la idea, y estaba muy contenta de intentar este nuevo secreto de la escuela. Al día siguiente ya lo puso en práctica. De repente un niño que estaba cerca de ella accidentalmente le dio un golpe en la espalda. Empezó a sentirse enfadada y estuvo a punto de perder sus nervios y devolverle el golpe, cuando, de pronto recordó lo que la vieja tortuga le había dicho. Se sujetó los brazos, piernas y cabeza, tan rápido como un rayo, y se mantuvo quieta hasta que se le pasó el enfado. Le gustó mucho lo bien que estaba en su concha, donde nadie le podía molestar. Cuando salió, se sorprendió de encontrarse a su profesor sonriéndole, contento y orgulloso de ella. Continuó usando su secreto el resto del año. Lo utilizaba siempre que alguien o algo le molestaba, y también cuando ella quería pegar o discutir con alguien. Cuando logró actuar de esta forma tan diferente, se sintió muy contenta en clase, todo el mundo le admiraba y querían saber cuál era su mágico secreto” (Schneider & Robin, 2017).

¿En qué consiste la técnica de la tortuga?

La técnica de la tortuga consiste en una técnica utilizada para enseñar autocontrol, gestión emocional y relajación en los niños (a partir de 3 años).

Comienza siendo un juego de imitación en el que se enseña a los niños a “meterse en su caparazón” imaginando que son una tortuga. Para meterse en el caparazón, tienen que replegar su cuerpo, relajando así sus músculos y tranquilizándose. Se cuenta la historia y se enseña a los niños que al igual que la tortuga se metía en su caparazón cada vez que se enfadaba, ellos podían hacer lo mismo hasta que se les pasase el enfado y les enseñamos a meterse en el caparazón, “imitando a la tortuga”.

Esta técnica, según Rodríguez, 2017, requiere un entrenamiento de varias semanas, la primera y segunda semana se les enseña a responder a la palabra “tortuga” metiéndose en su caparazón. Durante la tercera y cuarta semana les enseñamos a cómo relajarse metidos en el caparazón. En la quinta semana se pretende que el niño comience a utilizar la técnica por sí solo cuando sienta enfado o ira. La última semana, la sexta, la utilizamos para hablar sobre sus sentimientos cuando “se meten en su caparazón” y les enseñamos a gestionar sus emociones.