



Universidad de Valladolid



**CAMPUS PÚBLICO
MARÍA ZAMBRANO
SEGOVIA**

DETECCIÓN TEMPRANA E INTERVENCIÓN DE ALUMNOS CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

BEATRIZ MARIJUAN GONZÁLEZ

Universidad de Valladolid, Facultad de Educación.

Campus M^a Zambrano (Segovia).

Trabajo Fin de Grado

Segovia, 30 de junio de 2016

ASPECTOS PRELIMINARES

Título/

Detección temprana e intervención de alumnos con trastorno de déficit de atención e hiperactividad

Autor/

Beatriz Marijuan González

Grado/

Grado en Educación Infantil

Curso académico/

2015/2016

Tutor académico/

José María Arribas Estebaranz

Universidad/

Universidad de Valladolid

Centro/

Facultad de Educación.

Campus M^a Zambrano (Segovia)

RESUMEN

Los alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo por presentar un trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (en adelante TDA/H), considerados como tal por primera vez en la LOMCE, constituyen el grupo más numeroso dentro de nuestras aulas. Un trastorno difícil de manejar por parte de los padres y profesores que suele producir un alto nivel de conflictividad y conducir, con demasiada frecuencia, al fracaso escolar y personal

Por ello, con este Trabajo de Final de Grado, pretendemos ofrecer un instrumento útil y eficaz para todos aquellos que convivan con estos niños, ofreciendo un conocimiento más profundo del trastorno y sobre todo facilitando, por un lado, los indicadores que nos permitan detectar y diferenciar este trastorno de otro tipo de conductas análogas y, por otro, ofrecer pautas de intervención y mecanismos eficaces de modificación de conducta

ABSTRACT

Students with special educational needs, more specifically the ones with Attention Deficit Hyperactivity disorder are well considered in LOMCE. They are the most numerous in our classrooms. This disorder is unwieldy by parents and teachers, that usually produce a high level of unrest and drive too often to school failure.

Thus, this essay pretends to offer a useful and effective tool for people who live in contact with the children. Offering a deeper knowledge about the disorder and especially facilitating the indicators that allow to detect and differentiate it and offering intervention guidelines and effective mechanism about behaviour modification.

PALABRAS CLAVE

TDAH, protocolo, detección, intervención, aprendizaje

KEYWORDS

ADHD, protocol, detection, intervention, learning

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. OBJETIVOS.....	6
2.1. Objetivo general.....	6
2.2. Objetivos específicos.....	6
3. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA ELEGIDO	7
4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y ANTECEDENTES.....	7
4.1. ¿Qué es el TDA/H?.....	7
4.2. Causas del TDA/H.....	9
4.2.1. Factores biológicos.....	9
4.2.2. Factores ambientales.....	10
4.3. Características que presenta un alumno con TDA/H.....	10
4.3.1. Desatención.....	10
4.3.2. Hiperactividad.....	11
4.3.3. Impulsividad.....	11
4.3.4. Subtipos en función de las características predominantes.....	12
4.4. La comorbilidad.....	12
4.4.1. Trastorno negativo- desafiante.....	13
4.4.2. Trastorno disocial.....	13
4.4.3. Depresión.....	13
4.4.4. Tics y el síndrome de Tourette.....	13
4.5. Dificultades de aprendizaje de alumnos con TDA/H.....	14
4.6. El TDAH en Educación Infantil.....	15
4.7. Marco legal del TDA/H.....	16
5. PROPUESTA PRÁCTICA: DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN CON ALUMNOS CON TDA/H.....	18
5.1. Introducción.....	19
5.2. Detección temprana.....	20
5.3. Evaluación.....	21
5.3.1. Pruebas estandarizadas.....	22
5.3.2. Entrevistas.....	23
5.3.3. Observación.....	24
5.4. Intervención.....	24
5.4.1. Tratamiento multimodal del TDA/H.....	24
5.4.1.1. Tratamiento farmacológico.....	25
5.4.1.2. Tratamiento psicológico.....	25

5.4.1.3. Atención pedagógica del niño con TDA/H.....	26
5.4.1.3.1. Pautas generales para trabajar con niños con TDA/H en el aula.....	27
5.4.1.3.2. Técnicas de modificación de conducta.....	31
5.4.1.3.3. Algunas recomendaciones para los padres/madres de niños con TDA/H.....	36
6. CONCLUSIONES.....	38
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
8. ANEXOS.....	43
8.1. Anexo I.....	43
8.2. Anexo II.....	45
8.3. Anexo III.....	46
8.4. Anexo IV.....	48
8.5. Anexo V.....	50
8.6. Anexo VI.....	52
8.7. Anexo VII.....	53

1. INTRODUCCIÓN

El TDA/H actualmente se conoce como un síndrome que se caracteriza por diversos rasgos, entre ellos, las deficiencias en la atención, impulsividad y un excesivo grado de actividad (Miranda, Amado y Jarque 2001).

Como exponen Miranda et al. (2001) el TDA/H es un problema serio tanto para el niño que lo sufre como para las personas de su entorno social, especialmente padres y maestros del niño. En muchos casos, los niños que sufren de este problema no han podido recibir un tratamiento específico que haga mejorar su vida cotidiana por la falta de preparación de los padres y maestros sobre este problema; y cuando no se llevan a cabo tratamientos preventivos eficaces, limitan a esa persona sus posibilidades de desarrollo personal a distintos niveles.

Los alumnos con TDA/H requieren determinados apoyos y atenciones educativas específicas y diferentes a la del alumnado general. Por ello se puede decir que los alumnos con TDA/H forman parte del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo.

La detección e intervención temprana es fundamental para su desarrollo integral en un futuro. El TDA/H debe de ser tratado tanto por los padres como maestros, dentro y fuera del aula, con el fin de poder obtener los mejores resultados y posibilitar su desarrollo personal en todos los niveles.

Es muy importante, como reconocen Sánchez-López y Padilla (2007), que la intervención no vaya exclusivamente dirigida al niño, sino a la familia también, ya que debe de ser participe y receptora de esa atención profesional.

Desde el punto de vista escolar tener algún alumno con TDA/H en el aula puede complicar las rutinas y el funcionamiento de la clase; por ello los maestros deben estar preparados para poder tratar a este tipo de alumnos, y poder realizar las adaptaciones que sean necesarias, junto al Equipo de Orientación del centro, ya que estos alumnos requieren de una atención más exigente en el aula. Los docentes deben saber que la hiperactividad, en ocasiones, sobre todo si no es diagnosticada a tiempo y tratada puede llegar a ser muy incapacitante para el desarrollo académico del niño ya que uno de sus principales problemas es centrar su atención, lo que le impide responder correctamente a los estímulos o demandas que se les planteen (Beltrán y Torres 2003). Por ello es importante que los maestros conozcan las herramientas y técnicas adecuadas para trabajar con este tipo de alumnado.

Lezcano (2014) defiende que no hace mucho tiempo, se pensaba que este trastorno tan solo se daba en la infancia, y que los síntomas desaparecían a raíz de la adolescencia, pero diversos estudios demuestran que en torno a un 30% y un 70% de las personas afectadas por este trastorno siguen mostrando síntomas, aunque disminuidos, en la adolescencia y en la edad

adulta. Basándonos en Orjales (2006), hasta un 25% de los niños con TDA/H inciden en actos delictivos además de abusar de las drogas y el alcohol y presentan diversos problemas de personalidad durante toda su vida.

Desde este trabajo se intenta concienciar tanto a educadores, como a padres, de la importancia que tiene una detección temprana de este trastorno, y una intervención eficaz, que garantice una buena educación a todos estos niños que lo padecen, con el fin de conseguir una educación integral y un buen futuro, de todos los niños que lo sufren.

El presente trabajo tiene dos partes; la primera, un marco teórico en el que se expondrán todos los aspectos relacionados con el TDA/H, tales como las causas, los tipos de TDA/H que nos podemos encontrar, las características, los trastornos asociados, las dificultades de aprendizaje, los diversos tratamientos y la incidencia del TDA/H en Educación Infantil, ya que el trabajo está centrado especialmente en esta etapa educativa. Seguidamente se expondrá como propuesta práctica, el Protocolo de actuación a seguir con un niño del que se tengan sospechas de que pueda tener TDA/H; Las principales fases de dicho Protocolo son la detección temprana, la evaluación psicopedagógica y la intervención inmediata centrándonos en aspectos tanto generales para la actuación, como en diversas técnicas de modificación de conducta.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Con la realización de este trabajo lo principal que se pretende conseguir es una herramienta útil para todos los maestros, donde se ofrezcan unos procedimientos coherentes y adecuados para llevar a cabo en el aula, con el fin de detectar e intervenir de forma temprana a los alumnos que presenten TDA/H.

2.2. Objetivos específicos

Los objetivos específicos que se pretenden conseguir con la realización de este Trabajo Final de Grado son fundamentalmente:

- Detallar diferentes características y pruebas de evaluación que nos permitan identificar a un alumno con TDA/H en el aula.
- Desarrollar habilidades pedagógicas y didácticas -técnicas de modificación de conducta- en el profesorado con el fin de favorecer la integración en el aula de aquellos niños que presenten TDA/H.

- Proporcionar diferentes actuaciones educativas para favorecer el aprendizaje de este tipo de alumnado y mejorar su vida diaria, tanto en el ámbito educativo como fuera del mismo.

3. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA ELEGIDO

Con la presencia cada vez mayor de alumnos con TDA/H en el aula, es imprescindible dotar a los docentes de los conocimientos suficientes que les permitan identificar lo antes posible a este tipo de niños y formarles en el manejo de técnicas de intervención eficaces con el fin de hacer de su labor docente un instrumento útil al servicio de los alumnos que presentan, como en este caso, necesidades específicas de apoyo educativo.

Según los datos y cifras que presenta la Federación Española de asociaciones para la ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (en adelante FEAADAH), el TDA/H es un trastorno que sufre entre un 2% y un 5% de la población infantil. Además se trata de uno de los trastornos más frecuentes e importantes que se encuentran dentro de la Psiquiatría infanto-juvenil, en torno a un 50% de la población clínica.

Por otro lado, entre un 3% y un 5% de los niños menores de 10 años, son hiperactivos. Según esto es muy probable que un maestro tenga de uno a tres alumnos con TDA/H en una misma clase. Todo ello hace que sea este un trastorno con una alta incidencia en el ámbito escolar, cuya detección y tratamiento temprano van a ser decisivos en la evitación del fracaso escolar y personal al que con demasiada frecuencia están abocados estos niños.

4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y ANTECEDENTES

4.1. ¿Qué es el TDA/H?

Según la FEAADAH, el TDA/H es “Uno de los trastornos más importantes en el área de la Psiquiatría Infanto-Juvenil y posiblemente, la patología más estudiada.”

Según Mena, Nicolau, Salat, Tort y Romero (2008) el TDA/H se debe identificar como trastorno cuando todos esos síntomas que suelen presentar este tipo de niños se observen con mayor frecuencia e intensidad, además de interferir en la vida cotidiana en diferentes entornos: en la escuela, en casa, etc.

Es importante tener en cuenta que no todos los niños con TDA/H manifiestan la misma sintomatología y con la misma intensidad, podemos encontrar diferentes casos, algunos más

relacionados con la atención y en menor grado con la actividad motriz, otros, por el contrario, pueden presentar respuestas más impulsivas.

El TDA/H tiene como principal característica la distracción, la inquietud motora, la inestabilidad emocional... unido a conductas impulsivas; todos los síntomas que estos niños presentan dificultan la vida diaria de estos alumnos en el centro educativo, lo que les dificulta en gran medida el rendimiento académico y las relaciones sociales con sus iguales y con los adultos que le rodean. No obstante, no todos los niños con TDA/H presentan los mismos síntomas ya que se trata de un trastorno que se manifiesta de diferentes formas según las circunstancias, la edad, el contexto... (Fernández, Del Caño, Palazuelo y Marugán, 2011).

Centrándonos en la primera infancia, Miranda et al. (2001) defienden que la información que ofrecen los historiales clínicos sobre bebés hiperactivos, es que tienen dificultades para poder adaptarse a nuevas situaciones, planteando problemas cada vez que se cambiaban las rutinas, además de reacciones de forma desproporcionada ante diversos estímulos del ambiente, mostrándose irritables y demandando una atención individualizada de forma continua, además de ser excesivamente activos y con una baja tolerancia a la frustración.

Otro aspecto que parece importante, de acuerdo a estos datos clínicos de niños en la primera infancia, es la dificultad que muestran al establecer unos hábitos de alimentación y de sueño. En cuanto a los hábitos de alimentación, se hace especial relevancia al cambio del biberón por alimentos más sólidos, además de que suelen ser niños especialmente caprichosos con las comidas. En cuanto a los hábitos de sueño, destacan que los niños afectados por este síntoma, duermen menos horas de las habituales, despertándose durante la noche muy excitados.

En cuanto a la etapa de Educación Infantil, estos autores hacen referencia a la dificultad de diferenciar a los niños hiperactivos de sus compañeros, aun así, maestros y padres señalan que en los niños con TDA/H se produce una exageración en conductas típicas de la etapa preescolar.

Los padres de niños con TDA/H en esta edad, los describen como niños inquietos en exceso, a consecuencia de los altos niveles de actividad, inatención e impulsividad que poseen a causa de este trastorno; también estos alumnos, mayormente varones, suelen mostrar conductas desafiantes y desobedientes, en niveles superiores a los que suelen presentar los niños que no padecen TDA/H, de edad preescolar. También se habla de “rabetas” de forma frecuente, en lugares públicos.

En el aula se pueden distinguir de los demás niños debido a una excesiva falta de atención en las tareas diarias, dificultad a la hora de jugar solos, escasas conductas de cooperación con los demás niños, dificultad a la hora de seguir las reglas del juego, imponiendo su voluntad, generando conductas agresivas con los compañeros.

En cuanto al género, se estima que el TDA/H suele ser diez veces más frecuente en varones que en mujeres; según Orjales (2006) por cada diez niños hiperactivos encontramos tan solo una niña. Dada esta menor incidencia, en mujeres que en varones, el TDA/H ha sido estudiado con más preferencia únicamente en los varones, aun así diferentes experiencias clínicas, exponen que este trastorno afecta de forma muy diferente a varones y mujeres. En cuanto a los niños, un mayor número tienen que hacer frente a situaciones de frustración, muestran comportamientos de problemas de conducta, como desobediencia, enfrentamiento a la autoridad, descargando su rabia descontroladamente... sin embargo, entre las niñas, predominan en mayor medida, comportamientos de tipo obsesivo e hipercontrolado, ansiedad desmedida y un entusiasmo exagerado a la hora de cumplir las normas.

4.2. Causas del TDAH

El TDA/H es un concepto que se refiere a un conjunto de diferentes alteraciones conductuales que normalmente se encuentra vinculado a niños con problemas de aprendizaje y emocionales. (Beltrán y Torres, 2003).

Actualmente no se sabe la causa exacta del TDA/H. Lo que sí se tiene claro es que es un trastorno neurobiológico, el cual se ocasiona debido a factores tanto biológicos como hereditarios. Los factores ambientales también pueden afectar en el aumento o reducción de la vulnerabilidad del sujeto a la hiperactividad y a su comportamiento en la vida diaria. (Miranda et al., 2001)

4.2.1. Factores biológicos

Entre los factores biológicos pueden destacar complicaciones durante el embarazo, como el consumo de drogas y alcohol, también se pueden presentar complicaciones durante el parto, como el bajo peso al nacer, lesiones neurológicas... casi todas las causas del TDA/H, suelen darse en esta etapa, por lo que se puede afirmar que el TDA/H tiene un alto componente hereditario, es decir que la causa está más relacionada con la genética que con las causas ambientales. Diversos estudios han demostrado que aquellos niños cuyo padre o madre padezcan TDA/H, tiene un 75% de probabilidades de que sufran este trastorno (Federación Española de asociaciones para la ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad).

Por otra parte también se destaca que el TDA/H, puede tener causas neurológicas, según Moreno (1999), aunque hasta el momento, no hay estudios que verifiquen estas hipótesis, se piensa que existe una estrecha relación entre el TDA/H y las alteraciones estructurales y

funcionales del cerebro, es decir, que una lesión cerebral puede originar diversos efectos que den lugar a trastornos psicológicos y psiquiátricos.

4.2.2. Factores ambientales

El entorno del niño no es la causa exacta de este trastorno, pero sí que influye directamente en el desarrollo, y por tanto en el comportamiento y la personalidad de quien lo padece. Las interacciones entre los padres con hijos que tienen TDA/H y el ambiente familiar, tienen una gran importancia en la variación de este trastorno. Además, la sociedad de hoy en día ha experimentado numerosos cambios muy notables, los cuales no favorecen la mejoría de estos niños, como el abuso de las nuevas tecnologías, las altas tasas de divorcio, la ocupación profesional de ambos padres, lo que requiere una menor atención a los hijos, etc. (Miranda et al., 2001)

Es importante resaltar, según la FEADAHA, que hay mayor prevalencia del TDA/H en los medios urbanos desfavorecidos, debido a los ambientes de pobreza, malnutrición, exclusión social, etc. también el medio escolar influye directamente en el desarrollo de este tipo de alumnado, un centro escolar desorganizado o desestructurado no favorece el desarrollo de los niños que padecen este trastorno, además provoca en mayor medida su fracaso escolar.

4.3. Características que presenta un alumno con TDA/H

4.3.1. Desatención

Este tipo de trastorno hace que quien lo padece presente una conducta desatenta con unas manifestaciones de tipo cognitivo, como el no terminar las tareas que empieza, cometer muchos errores, no centrarse en los juegos o actividades, no tener una buena organización, evitar tareas que requieran algún tipo de esfuerzo... Esto suele ser causado por el déficit de atención unido a la falta de motivación. Numerosos estudios demuestran que un niño hiperactivo tiene más problemas de atención cuando se le da una información repetida varias veces que cuando esa información es novedosa, es decir, es importante con este tipo de alumnos proponer actividades novedosas y no repetitivas. (Orjales, 2006).

Según Green y Chee (1999) los niños que sufren TDA/H además de tener dificultades a la hora de entender instrucciones verbales y problemas de memoria a corto plazo, suelen ser niños que se distraen fácilmente por sus propios pensamientos cuando están en clase y el maestro se pone a explicar, pareciendo que no escuchan cuando se les está hablando.

La desatención puede provocar grandes problemas a la hora de tener un buen rendimiento escolar, basándonos en Aguilar (2014), un niño con déficit de atención puede llegar a manifestar grandes dificultades en tareas que requieren una atención constante y un esfuerzo mayor, por lo que es importante reforzar siempre positivamente los esfuerzos realizados por estos niños.

4.3.2. Hiperactividad

Basándonos en Taylor (1997), la hiperactividad es un comportamiento marcado por una inquietud excesiva de estar en constante movimiento, los niños que padecen hiperactividad, no son capaces de quedarse quietos ni si quiera en aquellas situaciones que requieren calma. Es importante diferenciar a un niño con mucho nivel de actividad y a uno hiperactivo, la diferencia radica en que un niño hiperactivo llega a ser caótico en cualquier situación, además de carecer de una gran falta de concentración causado por ese alto nivel de actividad.

La hiperactividad de un niño con TDA/H puede provocar problemas significativos en sus actividades diarias, según en Aguilar (2014) la hiperactividad en este tipo de alumnado suele presentarse no solo a nivel motor, sino a nivel vocal hablando de forma rápida, excesiva y con el tono muy elevado.

Una conducta hiperactiva aparte de resultar incompatible con un buen aprendizaje escolar, según Orjales (2006), también ocasiona graves problemas a la hora de las relaciones sociales, tanto con el entorno inmediato, como pueden ser los familiares o maestros, como con el entorno más lejano, como pueden ser los compañeros o amigos. Esto es debido a que este tipo de alumnos tienen una gran dificultad a la hora de regular sus propias acciones.

4.3.3. Impulsividad

La impulsividad según Aguilar (2014) se trata de una ausencia de control de un individuo sobre sus propias emociones y acciones, sin pensar en las consecuencias que pueden tener sus actos, es decir, actuar sin reflexionar. Un alumno que tenga una conducta impulsiva, se caracteriza por una serie de rasgos como impaciente y falta de habilidad para reprimir sus conductas.

Basándonos en Orjales (2006) los niños con TDA/H suelen tener una conducta impulsiva en situaciones que para ellos requieren una satisfacción de forma inmediata, ya sea una satisfacción de tipo material, como conseguir el muñeco que tiene un compañero, o esa satisfacción sea a nivel social, como captar toda la atención de la maestra.

De este modo, la impulsividad está muy relacionada con la baja tolerancia a la frustración, por lo que los niños que manifiestan este trastorno muestran un umbral muy bajo de frustración. Esto también se podría relacionar con la forma en la que cada niño ha sido educado y tratado, ya que si ha sido tratado de forma temprana y eficaz y sus padres le han educado de forma correcta, a la hora de reconocer sus dificultades, aceptarlas y enfrentarlas, estos niños presentan menor grado de esta conducta impulsiva.

4.3.4. Subtipos en función de la característica predominante

Tras haber especificado los diferentes síntomas que se presentan con el TDA/H, procedemos a distinguir los tres subtipos clínicos de este trastorno. Según el DSM-IV-TR (APA, 2002), la mayor parte de las personas que padecen TDA/H, suelen presentar la misma sintomatología, en cuanto a desatención, impulsividad e hiperactividad, aun así en algunos predomina unos síntomas u otros, esto es lo que marca la diferencia de los tres subtipos de TDA/H:

- Subtipo predominantemente del déficit de atención: Este tipo presenta en mayor medida síntomas de desatención que de hiperactividad-impulsividad.
- Subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo: En este subtipo predominan los síntomas de hiperactividad-impulsividad ante la desatención.
- Subtipo combinado: de los tres subtipos, es el que aparece con más frecuencia. Este subtipo se caracteriza por combinar los tres síntomas principales de los dos tipos anteriores, tanto inatención como hiperactividad-impulsividad.

4.4. La comorbilidad

La comorbilidad es la presencia de otros trastornos asociados al TDA/H, este no es la causa de su aparición, pero sí que lo incrementa en gran medida (Green y Chee 1999).

Alrededor de la mitad de las personas que tienen TDA/H suelen acabar presentando uno o más trastornos asociados. Todo esto varía según diversos aspectos como la edad, el inicio del tratamiento, el subtipo de TDA/H, o simplemente el propio desarrollo del sujeto (Díez, Figueroa y Soutullo, 2006).

Entre los trastornos que pueden venir asociados al TDA/H, basándonos en Green y Chee (1999) destacan los siguientes:

4.4.1. Trastorno negativo-desafiante

Este tipo de trastorno comórbido es de los más frecuentes, los alumnos con TDA/H suelen tener conductas impulsivas, pero generalmente se acaban arrepintiéndose de sus actos. Este no es el caso de los niños que presentan trastorno negativista desafiante, ya que se indignan cada vez que se les llama la atención y siempre van en contra de las normas mostrando conductas disruptivas. Además este trastorno está profundamente ligado al ambiente familiar y al tipo de educación que ha recibido quien lo padece. Normalmente el trastorno negativista desafiante no suele aparecer antes de la etapa preescolar, por lo cual se podría evitar si detectamos e intervenimos tempranamente.

4.4.2. Trastorno disocial

Este tipo de trastorno junto al TDA/H suele tener graves consecuencias en el futuro de los alumnos, ya que la mayoría de quienes lo padecen acaban teniendo conductas amenazadoras, suelen violar los derechos ajenos, infligir dolor, etc. además este tipo de niños no se arrepienten nunca del mal hecho y lo vuelven a repetir.

Este trastorno, por sí solo, suele aparecer en la adolescencia, pero junto al TDA/H aparece en los niños mucho antes en torno a los 7-10 años, es muy importante tratarlo lo más tempranamente posible, ya que si se deja pasar los años la intervención acabará teniendo multitud de limitaciones.

4.4.3. Depresión

La depresión por lo general es un trastorno que suelen sufrir los adultos, pero también lo pueden presentar algunos niños aunque no hasta que tienen una cierta edad y comienzan a competir y a compararse con los demás. Un niño que padece TDA/H puede estar continuamente decaído y desilusionado, lo que ocasiona que este tenga un deseo de aislamiento, y eso repercute gravemente en la vida del niño y en su rendimiento escolar. Cuando se encuentra a un niño con TDA/H y depresión es muy importante tratar la depresión con prioridad.

4.4.4. Tics y el síndrome de la Tourette

Las contracciones nerviosas y movimientos involuntarios tienen gran incidencia en las personas con TDA/H. El síndrome de la Tourette, se asocia a emisión de sonidos, movimientos involuntarios y palabras soeces. Los tics suelen aparecer en los niños aproximadamente de los 7 a los 10 años, y suelen ser de carácter transitorio.

Los Tics y el síndrome de la Tourette, por sí solos no suelen ser causa de problemas importantes en la vida de las personas, así como su bienestar emocional, problemas de conducta o problemas de aprendizaje. Sin embargo, estos trastornos unido al TDA/H pueden causar graves problemas en las áreas mencionadas anteriormente, por lo que es importante tratarlo a la mayor brevedad posible, hay que tener también en cuenta que los tics y el síndrome de la Tourette no se consideran contradictorios a la hora de administrar estimulantes.

4.5. Dificultades de aprendizaje en alumnos con TDA/H

Una de los principales contextos en los que se manifiestan los efectos de la hiperactividad es en el ámbito escolar; si es cierto, como dice Orjales (2006) que no todos los niños con este trastorno presentan problemas de aprendizaje sin embargo, las características que presentan estos alumnos sí propician con gran frecuencia, dificultades académicas. En este sentido, dos de las dificultades más comunes que presentan este tipo de niños son:

La desorganización y la falta de autonomía

Basándonos en Mas (2009) los maestros de niños con TDA/H, suelen referirse a ellos como alumnos muy desorganizados, poco preocupados por sus trabajos, que cuidan muy poco el material tanto el escolar como el suyo propio, y que llegan a extraviar sus propias prendas de vestir como libros y pertenencias personales.

Según Orjales (2006) esta desorganización provoca que el alumno no pueda comportarse de forma autónoma ante todas las situaciones que se le presentan en la vida cotidiana. Todo esto suele agravarse debido a la respuesta de los padres, ya que suelen sobreproteger a sus hijos de una forma excesiva, reduciendo en mayor medida que el niño pueda madurar y conseguir esa autonomía.

También es importante nombrar otra serie de comportamientos que suelen tener los alumnos con TDA/H dentro del aula, siguiendo a Moreno (1999) estos suelen cambiar continuamente de actividad, responder de forma precipitada a preguntas, que incluso aún no han acabado de ser formuladas, presentan un comportamiento de impaciencia excesiva sin poder esperar su turno, con frecuencia interrumpen en las tareas de sus compañeros, y tienen a sufrir accidentes y caídas de forma continua debido a su conducta y por la escasa conciencia de peligro. Otro aspecto a resaltar es la dificultad que tiene en las relaciones sociales con sus compañeros, a la hora de realizar juegos cooperativos y acatar normas y reglas impuestas por los demás.

Dificultades de comprensión y fluidez lectora

Diversos estudios revelan que los niños con TDA/H, tienen un cociente intelectual verbal inferior a la media. Los problemas que suelen presentar son, la omisión de letras o palabras o cambian unas por otras y su deficiente comprensión lectora.

Dificultades en el cálculo y en la resolución de problemas matemáticos

Los niños con TDA/H tienen más dificultades a la hora de realizar tareas matemáticas, debido a un nivel intelectual inferior o a dificultades de memoria, con respecto a los niños que no padecen TDA/H. Las dificultades que suelen presentar son a la hora de realizar cálculos matemáticos mecánicos complejos, tales como cuentas de varias cifras, también tienen dificultades a la hora de pasar de un pensamiento concreto a un pensamiento abstracto y cometen continuos errores en la realización de problemas, debido a esa poca comprensión lectora.

Dificultades de escritura y coordinación

El TDA/H suele provocar dificultades a los niños en cuanto a la motricidad fina, como moldear plastilina, colorear de forma controlada, etc. también tienen dificultades a la hora de escribir, debido al déficit de atención y a la poca motivación.

Dificultades perceptivo-espaciales

Este tipo de dificultad no se presenta en todos los niños con TDA/H, pero sí en muchos. Esto es debido a las alteraciones perceptivo-espaciales, por la disfunción cerebral.

Dificultades para seguir instrucciones y mantener la motivación

Los alumnos con TDA/H, mejoran su rendimiento y atención si se le da la información más rápida y detallada, además rinden mejor si esas actividades son novedosas y si se les permite que respondan mediante movimientos no solo estáticamente.

4.6. EL TDA/H EN EDUCACIÓN INFANTIL

Este trabajo tiene como principal objetivo la detección e intervención de los alumnos que tengan TDA/H en el ciclo de Educación Infantil, por lo que es de vital importancia comentar como se manifiesta este trastorno en esta etapa educativa, según Vaquerizo y Cáceres (2006) el TDA/H suele comenzar en la infancia, normalmente antes de los 3 años de edad, y es la conducta hiperactiva e impulsiva la que provoca que los padres tengan que ir a un especialista antes de los 7 años. Este tipo de alumnos, en edad preescolar, se les suele describir como niños agotadores, que demandan una continua atención de sus padres y profesores. La detección de un

alumno en la etapa preescolar, va a determinar su comportamiento y su madurez cuando pase al ciclo de Educación Primaria.

Siguiendo a Miranda et al. (2001) distinguir a un alumno con TDA/H en esta etapa educativa es algo complicado, ya que en estas edades los alumnos tienden a ser muy movidos, pero según diferentes observaciones, en los niños con este trastorno las conductas típicas de esta etapa se dan de forma exageradas, mostrando un comportamiento especialmente hiperactivo-impulsivo, con conductas de desobediencia habitual y desafiantes.

Algunas conductas características de alumnos con TDA/H, que nos permitirán diferenciarles del resto de alumnado, según Green y Chee (1999) es la escasa tolerancia a la frustración y el poco sentido común que presentan ante diversas situaciones, además reclaman una atención especial solo para ellos, nunca parecen satisfechos y se pelean en exceso con los demás niños, todas estas conductas son bastante habituales en los niños de 2 y 3 años de edad, pero en alumnos con TDA/H se dan en mayor medida. Además los niños que no lo padecen dan una buena respuesta a los métodos de disciplina, algo a lo que no responden bien los que si padecen este tipo de trastorno.

El diagnóstico en esta etapa educativa es bastante complejo, ya que como comentamos anteriormente, la mayoría de los alumnos de dos y tres años suelen presentar este tipo de síntomas debido a su inmadurez; aun así, centrándonos de nuevo en Green y Chee (1999) para su diagnóstico hay multitud de test que pueden ayudar a detectarlos, pero el mejor diagnóstico es observar al niño y escuchar a los padres, también es importante fijarse en si su nivel evolutivo está ajustado al de los niños de su edad similar, como observar su forma de hablar, su comprensión, el interés que muestra por las cosas, etc. Basándonos en los anterior, según Vaquerizo y Cáceres (2006), muchos autores han señalado que el retraso en el lenguaje oral es un clara característica de este tipo de alumnado, así como los problemas de lectoescritura, y la dificultad a la hora de narrar experiencias.

4.7. MARCO LEGAL DEL TDA/H

En este apartado quedaran reflejados los puntos más importantes que hacen referencia a los alumnos con TDA/H de la normativa vigente actual, siendo esta la base para poder trabajar con dichos alumnos, ya que para poder realizar cualquier proceso de enseñanza-aprendizaje es necesario conocer el currículo actual y adaptarlo al centro y a las necesidades del alumnado.

En primer lugar, hablaremos de la **Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, de la Mejora de la Calidad Educativa**, en adelante LOMCE, en vigor desde el 30 de diciembre de 2013, que

incorpora modificaciones a la **Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo de Educación**, en adelante LOE. La LOMCE hace referencia al alumnado con TDA/H en su 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.

La LOMCE también establece en su Artículo 79.bis el derecho a adoptar las medidas necesarias con el fin de identificar al alumnado con necesidades educativas especiales, entre los que se ha identificado anteriormente al alumnado con TDA/H, lo más tempranamente posible además de valorar sus necesidades.

Es importante, para conocer los contenidos curriculares, saber que normativa está vinculada al currículo de Educación Infantil, el **Real Decreto 1630/2006**, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas del segundo ciclo de Educación Infantil, establece de manera estatal en su Artículo 8.3 que es responsabilidad de los centros tomar las medidas oportunas dirigidas a este tipo de alumnado y acorde a sus características, también se establece en su Artículo 8.4 que la práctica educativa se debe adaptar a las necesidades, características e intereses de aquellos niños que presenten necesidades educativas especiales.

Todos los Artículos de atención a la diversidad se concretan de manera más específica en los Decretos de cada comunidad, en este trabajo nos centraremos en el **Decreto 122/2007**, de 27 de diciembre, por el que se establece el currículo del segundo ciclo de la Educación Infantil en la Comunidad de Castilla y León, en el cual se menciona en su Artículo 7 la atención a la diversidad recalando especialmente que la Consejería de Educación, establecerá las medidas oportunas para que todo el alumnado con necesidades educativas alcance el máximo desarrollo personal, intelectual, social, emocional y que se logren los objetivos marcados para este ciclo.

También es importante saber que la **Orden 1493/2015**, de 22 de mayo, de la Consejería de Educación, por la que se regula la evaluación y la promoción de los alumnos con necesidad específica de apoyo educativo, insiste en la importancia de la evaluación psicopedagógica, ya que es el proceso de recogida, análisis y valoración de toda la información relevante del alumno, en cuanto a su contexto familiar y escolar. Y es necesaria para determinar si un alumno tiene necesidades educativas especiales y si precisa adaptación curricular.

5. PROPUESTA PRÁCTICA: DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN CON ALUMNOS CON TDA/H

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN CON NIÑOS CON TDA/H

1. Introducción

2. Detección temprana

3. Evaluación

3.1. Criterios diagnósticos (DSM V)

3.2. Instrumentos

3.2.1. Escalas

3.2.1.1. Prueba de Conners para padres y profesores

3.2.1.2. Escala de *Barkley y DuPaul*

3.2.1.3. Escala cuantitativa SNAP IV

3.2.2. Entrevista

3.2.3. Observación

4. Intervención

4.1. Pautas generales para padres y profesores

4.1.1. Instrucciones

4.1.2. Autoinstrucciones

4.1.3. Asignación de tareas

4.1.4. Ejercicios de relajación

4.1.5. El entorno físico

4.2. Principios básicos de actuación en el aula

4.2.1. Principio de individualización

4.2.2. Principio de actividad

4.2.3. Principio de secuenciación

4.2.4. Principio del éxito

4.2.5. Principio de feedback

4.3. Técnicas de modificación de conducta

4.3.1. Técnicas para aumentar una conducta deseable

4.3.1.1. Refuerzo

4.3.1.1.1. Refuerzo positivo

4.3.1.1.2. Refuerzo negativo

4.4. Técnicas para disminuir una conducta indeseable

4.4.1. Extinción

4.4.2. Tiempo fuera

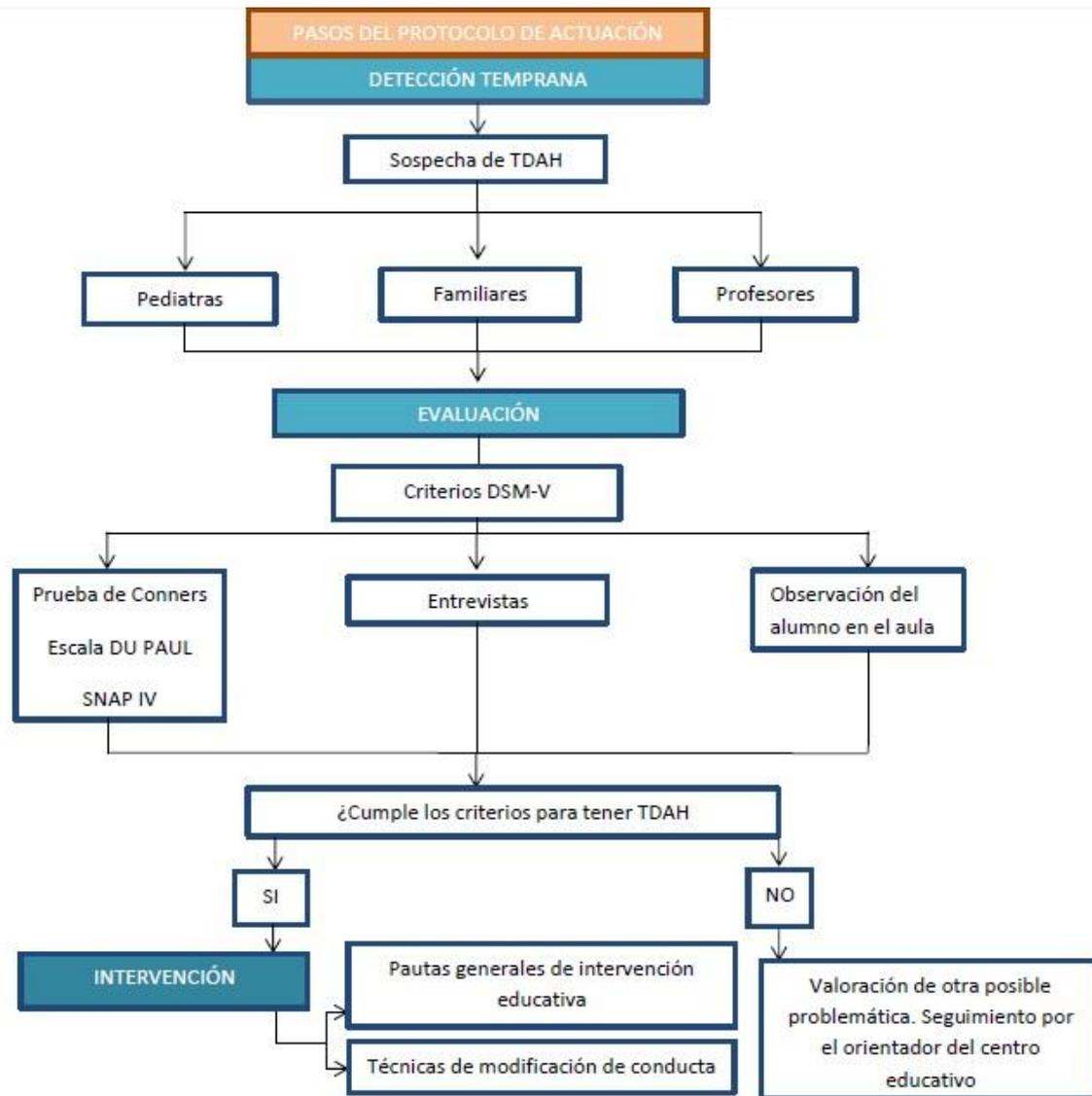
4.4.3. Costo de respuesta

4.5. Técnicas combinadas

4.5.1. Economía de fichas

4.6. Algunas recomendaciones para los padres/madres de niños con TDA/H

Fuente: elaboración propia inspirado en el Protocolo de actuación de C y L



Fuente: elaboración propia inspirado en el Protocolo de actuación de CyL

5.1. Introducción

Según la RAE un protocolo es una “Secuencia detallada de un proceso de actuación científica, técnica, médica, etc.”. Mi trabajo se va a centrar en realizar un protocolo de actuación para que los maestros puedan llevarlo a cabo en el aula si existen algunas sospechas de que tienen un alumno con TDA/H.

Hay numerosos protocolos de actuación, cada comunidad autónoma tiene el suyo propio, este trabajo se basará en el Protocolo de Coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad de la junta de Castilla y León. En el detallaremos todos los pasos a seguir, principalmente se detectará al alumno, después realizaremos una evaluación centrándonos en los criterios que marca el DSM-V y nombrando diversas pruebas que permiten

la detección del TDA/H, para finalizar se explicará la intervención, en la cual se trabajarán dos diferentes aspectos en profundidad, por una parte se detallarán varias pautas que deben tener en cuenta los maestros a la hora de tratar con este tipo de alumnado con el fin de favorecer su aprendizaje, como la forma de dar las clases, el ambiente escolar, etc. y por otra parte se darán una serie de técnicas de modificación de conducta.

5.2. Detección temprana

En cuanto a esta primera fase, Detección Temprana de TDA/H, tiene como principal finalidad detectar lo antes posible a los menores que puedan estar afectados por este trastorno. Los primeros en dar la señal de alarma suelen ser las personas del entorno más cercano al niño, así como sus padres o profesores, pediatra...

Los padres del niño junto al maestro se encargan de poner en conocimiento al orientador del colegio de estas sospechas, para que pueda realizar las diferentes actuaciones que sean necesarias, con el fin de detectar el problema lo antes posible, y llevar a cabo diferentes soluciones, todo esto el orientador debe concretarlo junto a todo el equipo de orientación educativa del centro. Basándonos en Mena et al. (2008) Normalmente los padres son quienes dan la señal de alarma, sobre el comportamiento de sus hijos al no saber cómo dirigirlos y educarlos, y los maestros son los que acaban detectando el problema, a través de la actitud del niño dentro del aula, de no llevar el mismo ritmo que sus compañeros, etc. por esto es importante un buen acercamiento entre las familias y la escuela, para poder detectar a este tipo de alumnos lo mejor y más rápidamente posible.

Realizar una detección temprana a los alumnos que sufren TDA/H, es fundamental para poder tratarle cuando antes y evitar a largo plazo todos los problemas que este trastorno puede ocasionar. Es importante seguir un correcto protocolo de actuación, ya que según Zapico y Pelayo (2012) el TDA/H es un trastorno con importantes consecuencias para la vida de quien lo sufre y quien están a su alrededor.

Basándonos en Miranda et al. (2001) identificar el TDA/H lo antes posible, no tiene como objetivo etiquetar al niño, sino poder ejecutar cuanto antes programas de intervención, en todos los ámbitos, que eviten que este trastorno persista de cara a la adolescencia y a la vida adulta y ocasione problemas sociopersonales muy significativos para la persona que lo sufre.

5.3. Evaluación psicopedagógica

Una vez recogida la demanda de los padres y maestros del niño, se procederá a realizar en profundidad una evaluación a este niño, para determinar si las sospechas de que padece TDA/H son ciertas.

Es importante que se evalúen los contextos personal, escolar y familiar ya que el niño se desenvuelve no en cada uno de estos contextos de forma aislada, sino que es la interacción de todos ellos la que nos permitirá evaluar, diagnosticar y, sobre todo, intervenir de manera eficiente

Los criterios de diagnóstico generalmente admitidos internacionalmente son los señalados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) y que presentamos a continuación:

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN EL DSM-V

A. Patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad:

Inatención

- Es necesaria una presentación clínica de falta de atención.
- No presta atención a detalles y comete errores por descuido.
- Dificultad para mantener la atención.
- Parece no escuchar cuando se le está hablando.
- Tiene dificultad para seguir instrucciones y acatar órdenes.
- Muestra gran dificultad a la hora de organizarse.
- Evitan las actividades que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- Suele perder las cosas.
- Se distrae con facilidad.
- Es olvidadizo para las tareas diarias.

Impulsividad-Hiperactividad

- Cuando están sentados, cambian de postura y posición con mucha frecuencia, además mueven continuamente las manos y los pies.
- Corre y trepa de manera excesiva; lo que agita excesivamente a los adultos.
- Dificultad para realizar actividades tranquilamente.
- Actúa como si estuviera motorizado.
- Habla en exceso.
- Responden de forma brusca e instantánea, antes de que se les formule una pregunta.
- Dificultad para esperar o tomar turnos.
- Interrumpe o importuna a los demás.

Se requiere que se den 6 o más síntomas durante 6 o más meses y en diferentes ambientes, afectando directamente en las actividades sociales y académicas/laborales.

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.

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren en 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.

Los instrumentos habitualmente utilizados en la evaluación de la hiperactividad son las pruebas estandarizadas, las entrevistas con el propio alumno, sus padres y profesores y la observación.

5.3.1. Pruebas estandarizadas

Hay diversas escalas utilizadas para realizar la pre-evaluación específica de TDA/H, es decisión del orientador del centro elegir la escala que considere más adecuada para poder detectar al alumno del que se tienen sospechas, pudiendo elegir entre las siguientes:

Prueba de Conners para padres y profesores

La prueba de Conners es una de las escalas más utilizadas hoy en día, basándonos en la plataforma online TDAHYTU, esta prueba se compone por un listado de síntomas a evaluar según la intensidad que el niño presente (nada (0), poco (1), bastante (2) o mucho (3)).

Según la fundación Cadah existen diferentes versiones de la escala de Conners:

La Escala o Test de Conners para Padres

El test (CPRS-93) consta de 93 preguntas reagrupadas en 8 factores (alteraciones de conducta, miedo, ansiedad, inquietud-Impulsividad, inmadurez- problemas de aprendizaje, problemas Psicosomáticos, obsesión, conductas Antisociales e Hiperactividad) y su tiempo de aplicación es entre 15 y 20 minutos

Este test tiene también una forma abreviada (CPRS-48) que consta de 48 preguntas repartidas en 5 factores (problemas de conducta, problemas de aprendizaje, quejas psicósomáticas, impulsividad-Hiperactividad, ansiedad) y su tiempo de aplicación es de 5-10 minutos. (Véase en ANEXO I)

Escala o Test de Conners para Profesores

El test de Conners para profesores (CTRS-39) es mucho más breve está compuesta de 38 preguntas repartidas en 6 factores (hiperactividad, problemas de conducta, labilidad emocional, ansiedad-Pasividad, conducta Antisocial, dificultades en el sueño) y el tiempo de administración es de 15-20 minutos.

Como en el test de Conners para padres, el de profesores también tiene su forma abreviada (CTRS-28), y está compuesto por 28 preguntas que se dividen en 3 factores (problemas de conducta, hiperactividad y desatención) y su tiempo de aplicación es entre 5 y 10 minutos. (Véase en ANEXO II)

Escala para evaluar el TDAH de Barkley y DuPaul para padres y profesores (véase en ANEXO III y ANEXO IV)

Este cuestionario según la fundación Cadah, como la escala de Conners, consta de dos partes, una el test para padres y otra el test para maestros. En estos cuestionarios se evalúa la conducta del niño, en seis contextos diferentes, que marcaran la diferencia entre la evaluación de los padres y maestros, ya que cada uno lo llevara a cabo en diferentes situaciones y lugares.

Una de las diferencias de este test, con la Escala de Conners, es que se evalúa de forma numérica, del 1 al 9, según la intensidad de los síntomas que presente el niño.

Escala cuantitativa SNAP IV (véase en ANEXO V)

Este cuestionario puede ser contestado por padres y profesores, según la plataforma online Psiquiatria.com, este cuestionario consta de 18 ítems, a evaluar por 3 diferentes respuestas (de 0 “no del todo” a 3 “sí, mucho”). Los 18 ítems se dividen en dos escalas, por una parte se evalúa la inatención a través de 9 ítems, y por otra parte se mide la hiperactividad e impulsividad a través de 9 ítems, la suma de ambas puntuaciones muestra el nivel global de TDA/H, y los puntos de corte del SNAP-IV, para saber el tipo de TDA/H que presenta el niño son los siguientes:

- Inatención $\geq 1,78$
- Hiperactividad/Impulsividad $\geq 1,44$
- Combinado $\geq 1,67$.

5.3.2. Las entrevistas

Las entrevistas son una herramienta fundamental y muy útil para el diagnóstico del TDA/H, ya que nos proporcionan una gran variedad de información del niño. Según la fundación Cadah las entrevistas nos aclaran diversas cosas dentro del diagnóstico, como los motivos, el origen y factores que están interviniendo en la situación, además nos permiten plantear alternativas para tratar el problema.

Existen tres tipos de entrevistas las estructuradas, semiestructuradas y abiertas. Las diferencias radican en, que las estructuradas tienen pautados los campos sobre los que se quiere preguntar, al contrario que las abiertas, que no tienen un orden establecido ni unas pautas.

Las entrevistas estructuradas suelen utilizarse en los primeros momentos, con el fin de recopilar una gran cantidad de información para abordar el tema. Sin embargo las entrevistas abiertas se utilizan para valorar la situación en general.

Las entrevistas tienen como diversas funciones, entre las que destacan:

- Obtener información de individuos.
- Facilitar la recolección de información.

- Influir sobre ciertos aspectos de la conducta de una persona o un grupo de personas.
- Es una técnica muy flexible, capaz de adaptarse a diferentes condiciones, situación y personas, permitiendo aclarar preguntas, orientar la investigación y resolver las dificultades que se pueden presentar durante la entrevista.
- Favorecer un canal de comunicación.
- Herramienta diagnóstica.
- Para establecer vínculos entre las partes.
- Para estar informado en profundidad sobre el caso.
- Para llevar un seguimiento cercano del caso.
- Retroalimentación inmediata (comunicación verbal y no verbal).

5.3.3. La observación del alumno

La observación es otra técnica de detección de este tipo de alumnado y suele realizarse en la escuela, basándonos en Miranda et al. (2001) la observación de estos niños puede proporcionar datos muy valiosos para después planificar diferentes adaptaciones instruccionales, cambios en el ambiente del niño, etc. Además mediante la observación se puede contrastar la eficacia del tratamiento, comparando los datos obtenidos antes de la intervención y después de la intervención.

Según la fundación Cadah, se pueden realizar entrevistas observacionales con el niño, mediante las cuales podemos evaluar al niño, basándonos en su actitud durante la entrevista, si es participativo, su manera de expresarse, si mantiene la atención, etc.

Una vez realizada la evaluación, el orientador deberá de realizar un informe de derivación que el orientador de la escuela lo deberá mandar a los Servicios Sanitarios (véase en ANEXO VI), pero este informe no se podrá mandar sin la posterior aprobación y autorización de la familia del alumno (véase en ANEXO VII). Después según los resultados obtenidos de las pruebas que se le han realizado al niño, padres, orientadores del centro y maestros, se coordinan para llevar a cabo la intervención del niño.

5.4. Intervención

5.4.1. Tratamiento multimodal del TDA/H

Tal como dice la Ley, tan pronto como se hayan diagnosticado a un alumno necesidades específicas de apoyo educativo, en este caso TDA/H, se deben poner en marcha las medidas adecuadas para una inmediata intervención.

Todo tratamiento tiene como objetivo mejorar la adaptación y el desarrollo psicológico de los niños, como afirma Moreno (1999), el tratamiento de la hiperactividad consiste, desde hace muchos años, en la administración de fármacos, específicamente estimulantes, además de utilizar diversos métodos conductuales (educativos) y cognitivos (psicológicos).

En el caso del TDA/H, existe un amplio consenso en la comunidad científica –es cierto que no es unánime porque existen autores en contra de la medicación e incluso hay quienes niegan la existencia del propio trastorno- acerca de la importancia de combinar adecuadamente, en función de cada caso y sometida a una evaluación continua, el tratamientos farmacológico (cuando así sea recomendado), la atención psicológica y la atención pedagógica

5.4.1.1.Tratamiento farmacológico

Aunque aún se desconoce el origen del TDA/H, si se sabe que tiene un alto componente neurológico, por lo que todos los síntomas que presentan este tipo de alumnos, pueden estar relacionados con irregularidades en la producción de transmisores del cerebro. Diferentes investigaciones confirman que el uso de fármacos con este tipo de alumnos, no eliminan pero si disminuyen en gran medida las manifestaciones que provoca el TDA/H en los niños, como el déficit de atención o la hiperactividad motriz (Orjales, 2006).

Mena et al. (2008) resalta que los medicamentos, más eficaces y más utilizados son los estimulantes, que en la mayoría de los casos son tratamientos de larga duración, y que proporcionan un correcto desarrollo a nivel intelectual, social y familiar. Los estimulantes actúan incrementando la activación, reduciendo así los síntomas (Miranda, amaro y Jarque, 2001).

Es importante resaltar que los estimulantes pueden ocasionar diversos efectos secundarios, como reducción del apetito, problemas para conciliar el sueño, dolor de cabeza y estómago, focalización excesiva, etc. (Miranda et al., 2001).

5.4.1.2.Atención psicológica (terapia cognitivo-conductual)

La intervención psicológica para los alumnos que padecen TDA/H, basándonos en la fundación Cadah consiste es una terapia para poder ayudar a este tipo de alumnos, desarrollando sus capacidades cognitivas. Esta terapia es imprescindible tanto a nivel conductual como a nivel cognitivo, y es necesaria la participación conjunta de la familia, del centro escolar y del propio niño.

La terapia cognitivo-conductual se basa en la creencia cierta de la existencia de una fuerte interrelación entre el pensamiento, las emociones y la conducta. No se pueden trabajar por separado estas facetas por ello la terapia cognitivo conductual consiste, fundamentalmente, en la modificación del pensamiento para modificar la conducta y, simultáneamente, modificar la conducta para modificar el pensamiento.

Orjales (2006) destaca, entre las técnicas más frecuentemente utilizadas, las siguientes:

-Ofrecer a los modelos de conducta reflexiva con aplicación de buenas estrategias para la resolución de problemas.

-Técnicas para aprender a autoevaluarse.

-Entrenamiento para atribuir de forma adecuada las consecuencias.

-El uso de autoinstrucciones para aprender a pensar.

No vamos a detenernos más en la atención puramente psicológica porque excede las competencias del maestro, siendo más propia de quien se ocupa de ello dentro o fuera del ámbito escolar.

5.4.1.3. Atención pedagógica

La atención pedagógica es el aspecto, dentro del tratamiento multimodal, en el que más nos vamos a detener por ser el que más directamente nos atañe como docentes de forma directa, al tener que trabajar diariamente con estos niños en el aula y por cuanto habremos también de colaborar y asesorar, como profesionales, a los padres de estos niños.

El tratamiento conductual –inseparable del cognitivo- se basa en la administración de diferentes refuerzos o castigos con el fin de fomentar conductas deseables y minimizar o extinguir las conductas indeseables. Este tipo de técnicas comportamentales al igual que el tratamiento farmacológico, tiene la ventaja de que no demanda un gran esfuerzo por el niño que padece el trastorno, ya que es el educador quien se encarga de este tratamiento (Orjales, 2006).

La atención pedagógica del niño con TDA/H

- Pautas generales para trabajar con niños con TDA/H en el aula

- La organización del entorno
- Principios básicos de actuación en el aula
 - Principio de individualización
 - Principio de actividad
 - Principio de secuenciación
 - Principio del éxito
 - Principio de feedback
- Instrucciones
- Autoinstrucciones
- Ejercicios de relajación

- Técnicas de modificación de conducta

- Técnicas para aumentar una conducta deseable
 - Refuerzo
 - Refuerzo positivo
 - Refuerzo negativo
- Técnicas para disminuir una conducta indeseable
 - Extinción
 - Tiempo fuera
 - Costo de respuesta
- Técnicas combinadas
 - Economía de fichas

- Algunas recomendaciones para los padres/madres de niños con TDA/H

- Comunicación familia – centro escolar
- Comunicación asertiva
- Aplicación de normas y límites
- Establecimiento de rutinas
- Fomento de la autonomía
- Fomento de las relaciones sociales

Fuente: elaboración propia

5.4.1.3.1. Pautas generales para trabajar con niños con TDA/H en el aula

Como hemos ya visto una de las características principales de los niños con TDA/H es el déficit de atención, por ello, los maestros en el aula deben de intentar que las clases sean motivadoras y captar la atención de sus alumnos, especialmente si tienen alumnos con TDA/H, para ello hemos tal y como recalcan Mena et al. (2008), es conveniente que las explicaciones sean motivadoras, dinámicas y que hagan participe al niño también en las explicaciones.

Se deben estructurar bien las explicaciones, realizando preguntas constantemente, de forma que se fomente la participación activa en clase de los alumnos. A este tipo de alumnos se les debe enseñar a ser responsables, y esto se puede trabajar, dándole oportunidades de asumir roles, y asignándoles responsabilidades sencillas: el responsable de recoger los cuadernos, sacándole a escribir a la pizarra cuando se esté comportando bien, etc.

- La organización del entorno

El entorno de trabajo de un alumno con TDA/H, es algo que los maestros deben tener muy presente, ya que cuanto mejor ambiente existe en el aula más se fomentara el aprendizaje; según Mena et al. (2008), es importante reducir al máximo los estímulos con los que se suelen distraer este tipo de alumnos, así como las ventanas, murales, elementos decorativos del aula, etc. También beneficiaría al alumno sentarse lo más cerca posible del maestro, de esta forma también se facilitara el contacto ocular y físico del maestro con el alumno.

El maestro también debería de ayudar a ordenar y organizar el espacio de trabajo del niño, así como su agenda, su carpeta, cajonera... ya que este tipo de alumnos suelen tener una gran dificultad a la hora de organizarse, tanto en sus tareas diarias como en sus materiales.

Zapico y Pelayo (2012) nos proporcionan una serie de pautas a seguir, para favorecer un buen entorno de trabajo en el aula:

- Se debe de situar al alumno con TDA/H cerca de la mesa del profesor, para que pueda estar supervisándolo constantemente.
- Sentarle al lado de compañeros tranquilos y sociables que sirvan como modelo positivo para este alumno.
- Se debe facilitar un ambiente estructurado y perceptible, es decir no improvisar, ya que esto desorientara al alumno.
- Es importante tener en clase escritas las normas escritas para que las pueda ver, y los horarios.
- Cuando se vaya a realizar en clase algún tipo de trabajo en grupo, es más recomendable hacer pequeños grupos, ya que estos niños se pueden beneficiar del control que ejerzan los otros compañeros.

- Principios básicos de actuación en el aula

Tal como recomienda la FEAADAH, los docentes debemos tener en cuenta algunos principios básicos a la hora de tratar con niños que presentan este trastorno, con el fin de adaptarnos nosotros a ellos y no al revés

- Principio de individualización: El niño debe seguir su propio ritmo, y nosotros como maestros debemos adaptarnos a él.
- Principio de actividad: Es necesario combinar con estos alumnos una serie de periodos cortos de atención con actividades.
- Principio de secuenciación: es conveniente dividir el trabajo en etapas cortas. También se debe determinar el tiempo que le va a llevar al niño hacer la tarea, y aumentarlo poco a poco dependiendo de su progreso.
- Principio del éxito: Al comienzo de cualquier aprendizaje es importante hacer que los niños tengan éxito en las primeras actividades, por ejemplo mediante actividades muy sencillas, esto motivara al niño y aumentara su sensación de competencia para seguir haciendo más.
- Principio de feedback: Durante el proceso de aprendizaje es necesario ir informando al niño de sus comportamientos y sus resultados, hay que reforzar constantemente a este tipo de alumnos

Otras técnicas muy útiles que deberíamos conocer y tener en cuenta como docentes son la habilidad a la hora de dar instrucciones, las autoinstrucciones y las técnicas de relajación

-Instrucciones

Una de las capacidades que suelen tener más comprometidas los niños con TDA/H es la atención, por lo que es imprescindible tener en cuenta, como proponen Mena et al. (2008) y Miranda et al. (2001) algunas consideraciones a la hora de darles instrucciones:

- Dar a los alumnos instrucciones de forma muy simplificada
- Las instrucciones se les deben dar una a una, cortas y concretas
- Mantener en todo momento el contacto visual con ellos
- Utilizar un lenguaje positivo
- Ser especialmente cuidadosos en elogiar de forma inmediata cuando el niño ha cumplido la orden
- Uso de frases cortas y claras
- Focalizar la atención en los conceptos claves
- Presentar la idea principal siempre al comiendo de las explicaciones
- Ilustrar las explicaciones, si es posible, con imágenes o diversas estrategias que puedan llamarles la atención: Escribir las instrucciones en la pizarra, utilizar colores llamativos y dibujos, utilizar canciones para la asimilación de conceptos

- Proporcionar al alumno un compañero que le ayude a revisar los puntos principales de la explicación
- Es muy positivo hacerle repetir al alumno las instrucciones recibidas con el fin de comprobar la comprensión por parte de este
- Es muy importante adaptar el nivel de exigencia del maestro a la capacidad del alumno, de modo que no exceda su competencia pero que tampoco suponga una minusvaloración de las mismas
- Intentar conseguir una relación de afecto entre el educador y el niño y un contexto amable

-Autoinstrucciones

Debido a la impulsividad, los niños con TDA/H, tienen un grave problema a la hora de prever las consecuencias de sus actos, por ello es importante enseñar a los niños el uso de las autoinstrucciones. Según Orjales (2006) el uso de autoinstrucciones ayuda al niño a secuenciar los pensamientos, lo que ocasiona que se pare a pensar y busque una solución más eficaz ante una determinada situación.

Como menciona la fundación Cadah el entrenamiento en autoinstrucciones es muy necesario llevarlo a cabo con niños que tienen TDA/H, ya que adquieren un lenguaje interno que les va a servir para regular su conducta, es decir, lo que se pretende mediante este método es enseñar a emplear el lenguaje correctamente ante cualquier situación a la que se expongan y que sirva como técnica para inhibir y controlar la conducta.

Se pueden ensayar las autoinstrucciones haciéndoselas verbalizar en voz alta delante del educador para que este les acompañe en su ejecución hasta que el alumno establezca un vínculo sólido entre el pensamiento y la acción

-La relajación

La relajación es un aspecto fundamental con el que se debe trabajar en el aula de infantil, pero se incrementa la importancia si tenemos en clase a un alumno con TDA/H; como dice Orjales (2006) los niños con TDA/H ignoran su estado constante de excitación, además de tener una falta de conciencia sobre su propio cuerpo. Para poder paliar esta situación, sería muy conveniente realizar técnicas de relajación.

Como sugiere la plataforma online Psicodiagnosis.es, en la etapa de educación infantil, más que relajación hablaríamos de “juegos de relajación”, estos juegos deben realizarse en un entorno tranquilo y silencioso.

Es conveniente enseñar al niño algunas técnicas sencillas de relajación, ejercicios posturales, ejercicios de respiración... con los que todos los niños pero de forma especial

quienes se ven afectados de manera especial por la hiperactividad se verán beneficiados de estas técnicas de relajación para combatir la ansiedad, trabajar el control de impulsos, desarrollar la atención y la concentración...

5.4.1.3.2 Técnicas de modificación de conducta

Las técnicas de modificación de conducta son una herramienta imprescindible para trabajar la mejora del comportamiento en el aula; sirven para trabajar tanto con niños que presentes conductas disruptivas aunque no padezcan TDA/H como con niños que padezcan este trastorno; según la FEAADAH. Estas técnicas están basadas fundamentalmente en refuerzo y el castigo, con el fin de aumentar o establecer las conductas deseadas y eliminar los comportamientos inadecuados.

Los orígenes de las técnicas de modificación de conducta, vienen dados por el Modelo Conductual. Este modelo se basa en que la conducta es una consecuencia del aprendizaje que se desarrolla en el medio social que se desenvuelve el niño. Según el conductismo la conducta puede ser manipulada para lograr cambios a mejor, aumentando las conductas deseadas y eliminando las conductas inadecuadas. Los principios teóricos de este modelo conductual se basan en los estudios de los autores como Paulov (Condicionamiento Clásico), Sechenov o Betcherev (Reflejos) o de psicólogos experimentales como Watson o Thorndike, que experimentaban con animales mediante los cuales intentaban encontrar las bases científicas con el fin de poder explicar la conducta humana. Burrhus Frederic Skinner (1.904-1.990) fue el promotor de la teoría del Condicionamiento Operante, enfoque centrado principalmente en el estudio de la conducta externa, y en las relaciones funcionales de esta conducta con los diferentes estímulos del medio, obteniendo una descripción y explicación del desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta humana normal o anormal.

En este trabajo nos vamos a centrar, sobre todo, en las técnicas de condicionamiento operante, pero también nombraremos alguna técnica adversa, ya que como resalta Labrador (2008) cada técnica tiene diferentes efectos según la que vayamos a utilizar, en algunos casos los efectos son inmediatos y relativamente permanentes (costo de respuesta), en otros casos son inmediatos pero no son permanentes (saciación), también encontramos técnicas que la reducción es progresiva y permanente (extinción) y por otro lado encontramos técnicas en las cuales la reducción es progresiva pero menos permanente (tiempo fuera). Este tipo de estrategias de condicionamiento operante suelen producir efectos menos intensos e inmediatos, pero es importante saber qué tipo de técnica utilizar de acuerdo a la situación en la que nos encontremos, ya que por el contrario las técnicas adversas ayudan a la reducción de una conducta de forma más inmediata, pero también son técnicas más drásticas, que se deben llevar

a cabo solo cuando se den situaciones de peligro, este tipo de técnicas son por ejemplo el castigo.

A continuación vamos a explicar alguna de las técnicas de modificación de conducta más importantes y eficaces para trabajar con alumnos con TDA/H, basándonos como comentamos anteriormente en el condicionamiento operante. Para ellos nos basaremos en la división que hace la FEAADAH, agrupando las técnicas según el objetivo de la intervención que se proponga, que pueden ser:

- Técnicas para aumentar los comportamientos deseables
- Técnicas para disminuir los comportamientos inadecuados
- Técnicas combinadas

- Técnicas para aumentar los comportamientos deseables

A. Reforzadores

Según Labrador (2008) los programas de reforzamiento se deben utilizar varios reforzadores, para evitar que el niño se sacie por un solo reforzador y al final se acostumbre a él, por lo que ya no daría resultados. También es importante tener en cuenta una serie de características que los reforzadores deben tener, para que sean realmente eficaces:

- Que sean agradables para la persona
- Que sean lo suficiente potentes para aumentar la conducta deseada
- Que estén disponibles en el medio habitual que se suelen dar las conductas
- Que solo estén disponibles por quien los va a administrar
- Que sean naturales a ser posible

Los reforzadores deben ser lo suficientemente importantes para el niño a quien se le va a administrar, con el fin de su satisfacción, además siempre se debe empezar con cantidades altas del reforzador y a medida que se va modificando la conducta del niño tienen que irse reduciendo.

Existen dos tipos de refuerzos, que ambos van a aumentar las conductas deseadas, estos son los reforzadores positivos y los reforzadores negativos.

El **refuerzo positivo** consiste en proporcionar al niño un estímulo que aumente la probabilidad de que se incremente una conducta deseada.

El reforzamiento positivo es una buena estrategia, que genera en los niños autoestima y motivación. Siguiendo a Miranda et al. (2001) los alumnos que presentan TDA/H, suelen perder rápidamente el interés por las cosas, y los reforzadores positivos son la clave para modificar su

comportamiento, mediante las pequeñas recompensas. Para poder utilizar esta técnica es imprescindible primero detectar la conducta que se desea reforzar, una vez detectado el comportamiento que queremos que se vuelva a repetir, se administra el refuerzo inmediatamente y solamente dirigiendo la atención hacia el comportamiento adecuado, igualmente es importante ser constantes administrando los refuerzos cada vez que se produzca la conducta.

Los refuerzos positivos, según Mena et al. (2008) deben elogiar conductas concretas y siempre de forma sincera, destacando el comportamiento correcto que hemos elogiado, también se puede felicitar al niño de forma social, ante sus compañeros, dándole privilegios sencillos, como pequeños encargos en el aula, o pequeños premios como pegatinas.

Realizar comentarios positivos sobre la conducta que queremos aumentar, animará y motivará al niño a repetirla, el reconocimiento de las buenas conductas, es algo que los niños con TDA/H valoran mucho ya que normalmente no suelen recibir comentarios positivos, por lo que es una buena herramienta para poder incrementar una conducta que queremos que se repita.

También podemos utilizar el **refuerzo negativo**, que Labrador (2008) señala como “proceso por el que se incrementa una conducta mediante la eliminación de un estímulo adverso o desagradable para el sujeto” (p.289).

El uso de reforzadores negativos no es tan aconsejable como el uso del refuerzo positivo, ya que para su uso es necesario que anteriormente se haya dado una situación adversa o desagradable para el niño, sin embargo en muchas ocasiones es necesaria para el control de conductas disruptivas en el aula.

Basándonos en Labrador (2008) hay ocasiones en las que podemos utilizar el refuerzo negativo integrado en las técnicas de reducción de comportamientos inadecuados, por ejemplo, en las señales de advertencia de la técnica del tiempo fuera.

- Técnicas para disminuir los comportamientos inadecuados

A. Extinción

Esta técnica de modificación de conducta, según Labrador (2008) consiste en suprimir el reforzamiento de una conducta que ya ha sido previamente reforzada. Para realizar un buen uso de esta técnica es necesario identificar los reforzadores o el reforzador que mantienen la conducta que queramos suprimir y poder manipular esos reforzadores.

Siguiendo a Mena et al. (2008) para el uso de esta técnica habría que tener en cuenta dos aspectos muy importantes, principalmente asegurarnos de que no existe ningún elemento que refuerce la conducta que queremos eliminar, como por ejemplo que los compañeros se rían de la

mala conducta del niño, ya que este se puede sentir alabado y volverla a repetir, también habría que tener en cuenta, que esta técnica no funciona instantáneamente, porque al principio de su uso el sujeto suele tender a incrementar esa conducta para captar la atención, pero esto no significa que esta medida no sea eficaz, sino que es necesario persistir hasta observar una disminución de la conducta problemática.

La extinción es una técnica muy eficaz para eliminar conductas inapropiadas, aun así hay que saber bien cuando debe usarse. Evidentemente no es aconsejable usarla con conductas dañinas para el propio individuo y para los demás.

B. Tiempo fuera

El tiempo fuera puede ser la técnica más apropiada para trabajar los síntomas principales de los alumnos con TDA/H, Miranda et al. (2001) señalan que se puede tratar la desobediencia, hiperactividad y agresividad con niños de entre 2 y 10 años.

Esta técnica consiste en la retirada del niño de un lugar en el que este cometiendo una mala conducta a otro en el cual no tenga acceso a ningún tipo de reforzador.

Según Labrador (2008) generalmente esta técnica suele tener un efecto tan solo temporal, ya que una vez que se pone fin al tiempo fuera, el niño normalmente vuelve a las conductas habituales, por ello esta técnica no es tan eficaz como la extinción. Miranda et al. (2001) aconsejan que el lugar al que mandemos al niño, este aislado de cualquier estímulo positivo y sea aburrido, pero también debe estar lejos de cualquier peligro. No se debe alargar la estancia del niño más de cinco minutos, además debe aplicarse justo al cometer la mala conducta y es importante elogiar al niño justo cuando se de una conducta positiva después de haber llevado a cabo esta técnica.

C. Costo de respuesta

Esta técnica de modificación de conducta, según Labrador (2008) consiste en retirar un reforzador positivo de forma contingente cuando el niño tiene una conducta que se quiere extinguir. Para aplicar el costo de respuesta no es necesario identificar y saber manipular los reforzadores que hacen que el niño mantenga esa conducta, ya que tras una mala conducta se puede extinguir cualquier privilegio que tenga el niño, esto es una ventaja que tiene esta técnica ya que se puede usar en multitud de situaciones.

Para la aplicación de esta técnica según la FEAADAH es importante tener claro una serie de pautas:

- La cantidad y el tiempo de privilegios que vamos a reducir, estos deben adaptarse a la edad del niño y a la gravedad del comportamiento que se quiera suprimir.

- Cuando se vaya a retirar el refuerzo, la actitud del docente debe ser firme y tranquila.
- Hay que intentar variar los reforzadores que vayamos a suprimir, para que el castigo no pierda su eficacia.
- Es importante combinar esta técnica con otras para eliminar las conductas no deseables.

- Técnicas combinadas

A. Economía de fichas

La economía de fichas es una técnica combinada ya que por una parte contribuye a que el niño tenga una buena actitud y controle su conducta, y por otra parte puede eliminar conductas inapropiadas; el principal objetivo de esta técnica es motivar al niño a tener una buena conducta y ejecutar una serie de aprendizajes, mediante el control o la eliminación de las conductas no deseadas.

Esta técnica es muy apropiada para niños de entre 5 y 12 años y consiste en que cuando el niño tenga un buen comportamiento gane un número de fichas y cuando tenga una conducta inapropiada las pierda; es importante pactar con el niño el valor real que tienen esas fichas, es decir porqué se pueden canjear.

Tres son las fases, según Labrador (2008) para llevar a cabo esta estrategia:

1. Fase de establecimiento de las fichas como reforzador generalizado: En esta fase se debe convertir la ficha como un reforzador generalizado, se debe enseñar a los alumnos el valor de las fichas y explicar el procedimiento de esta técnica. Es importante también registrar las conductas que se quieren modificar, marcando la línea-base.
2. Fase de aplicación del programa de economía de fichas: Cuando se comience a poner en práctica la técnica se debe llevar a cabo una serie de pasos:
 - Definir las conductas que se desean modificar
 - Indicar el número de fichas que se obtendrán por la emisión de cada conducta deseada y las que se quitarían cuando se emita una conducta no deseada
 - Definir los premios que se van a dar y el número de fichas que hacen falta para ganar un premio.
 - Hay que indicar también cuando can a entregarse después de que el niño tenga una buena conducta
3. Fase de finalización del control de las conductas por fichas: Cuando las conductas que deseábamos que se produjeran estén bien fijadas y consolidadas, es importante ir

retirando paulatinamente las fichas por reforzadores naturales, nunca se debe terminar esta técnica de forma radical ya que produciría la extinción de las conductas ya fijadas.

5.4.1.3.3. Algunas recomendaciones para los padres/madres de niños con TDA/H

A continuación proponemos una serie de recomendaciones para los padres con niños afectados de TDA/H sintetizados de los que se facilitan en la web de la FEAADA y en los protocolos de actuación con niños con TDA/H de Castilla y León y de La Rioja:

-Coordinación de la familia con el centro

El tutor del niño con TDA/H, es uno de los ejes principales en el tratamiento e intervención. La coordinación del centro con la familia es esencial. Las tutorías son un momento privilegiado para ello; deben ser regulares con el fin de intercambiar la información del comportamiento del niño, tanto en el aula como en su casa. Es importante que en ellas el maestro, como profesional que es, facilite una serie de pautas a los padres para que trabajen con el niño en casa, ya que, con frecuencia, este trastorno puede desbordar a los padres. Hay que aprovechar las entrevistas para hablar de las dificultades, progresos, establecer objetivos... también es importante mantener un contacto diario a través de la agenda escolar, para el control en general del alumno (deberes, comportamiento, material...)

- Comunicación asertiva

La comunicación asertiva favorece el entendimiento entre el emisor y el receptor; la comunicación debe de ser respetuosa, firme y sincera. Cuando los padres de un niño con TDA/H, exponen sus ideas deben de defender sus criterios con mucha claridad, también deben de mostrar interés y escuchar los deseos de su hijo (Mena et al., 2008).

- La aplicación de normas y límites

Establecer –mucho mejor si es por consenso con el propio niño- por parte de los padres –o padre o madre en el caso de hogares monoparentales- de una forma coherente y conjunta, las normas mínimas deseables. Igual que en el aula, las normas ayudaran al niño a saber qué es lo que se espera de él, así como las consecuencias de su incumplimiento. De esta forma los niños sabrán qué es lo que está bien y lo que está mal, y a asumir las consecuencias de sus actos. Es importante saber que para dar órdenes concretas, los padres deben estar próximos al niño y manteniendo contacto ocular, además las órdenes deben de ser claras, directas, cortas y positivas, siempre debemos expresar que es lo que queremos que haga el niño y las

consecuencias de su incumplimiento. No olvidar nunca el refuerzo positivo contingente a la realización del comportamiento deseado (Mena et al., 2008).

- Establecer rutinas

Es muy importante destinar un lugar en concreto y un horario para que el niño realice sus tareas diarias; también es importante tener en cuenta las preferencias del niño por ejemplo en cuanto al orden de su cuarto, de su mesa de estudio... No se debe aislar al niño, con el fin de quitarle de cualquier estímulo para que no se distraiga, sino minimizarlos y estar cerca de él, sin molestarle, pero en una continua supervisión. Si el niño algún día no tiene tareas, es recomendable mandarle alguna otra actividad para que haga, con el fin de no romper la rutina.

-Fomento de la autonomía

Estimular la autonomía del niño, animándole a realizar por él mismo actividades adecuadas a su edad, como lavarse solo, vestirse, recoger su cuarto cuando acabe de jugar, etc., incluso asumiendo pequeños riesgos o inconveniencias posibles como mayor tiempo de realización, realización más imperfecta...

-Fomento de las relaciones sociales

Permitir y fomentar las actividades y el juego en grupo del niño con TDA/H con sus iguales, aunque aparezcan conductas no apropiadas; los padres deben estar atentos en todo momento para evitar cualquier tipo de peligro, pero es necesario permitir que se relacionen, para favorecer la socialización del niño. En estas situaciones se produce un aprendizaje real por manipulación propia y por imitación: aprendizaje vicario. Los niños observan todo lo que ocurre a su alrededor y después reproducen esos comportamientos, por lo que hay que tener cuidado en ofrecerle buenos referentes de conducta.

6. CONCLUSIONES

El TDA/H es una de las problemáticas más estudiadas durante las últimas décadas.

Dado que se hace inevitable la posible presencia de alumnos con síntomas de TDAH en el aula, cabe pensar que el profesorado debe adquirir una buena formación respecto al conocimiento de este tema, para saber detectar e intervenir de forma correcta a fin de ayudar a que algunos casos no acaben siendo problemas de conducta puntuales.

Este trabajo, está centrado principalmente en el ciclo de Educación Infantil. A veces se hace difícil distinguir a un alumno con TDA/H de un niño con mucha actividad motriz en esta etapa educativa, ya que los niños suelen tener una gran actividad motriz, y muchos también suelen presentar falta de atención, por ello es importante tener en cuenta todos los criterios que el DSM-IV-TR y el DSM-V nos muestran.

Las sospechas de que un niño pueda tener TDA/H, en la mayoría de los casos van a venir, fundamentalmente, a través de la información de la familia y del propio profesor del alumno, sin olvidar nunca que debe ser el profesional médico quien, en su caso, actúe en el ámbito de la salud.

Centrándonos concretamente en el ámbito escolar, aun aceptando que un alumno con TDA/H no tiene por qué ser un niño problemático sino un niño con problemas, este tipo de trastorno puede resultar perjudicial para el ritmo normal del aula y por ello es imprescindible tomar medidas eficaces y de forma inmediata con el fin de mejorar el rendimiento, no solo del niño con TDA/H, sino del aula en general, y minimizar así los posibles perjuicios al buen funcionamiento del aula.

La detección temprana de estos alumnos, tal y como se ha recalado en el trabajo numerosas veces, es fundamental para la mejora de la vida diaria del niño y de su futuro, ya que pueden aparecer con el tiempo, si no se ha llevado a cabo una detección temprana y una correcta intervención, otros tipos de trastornos asociados que repercutirían gravemente en la vida del niño y en todos los que están a su alrededor.

Para que ello sea posible es importante, como se ha señalado, una buena coordinación de todos los sujetos implicados en este proceso: los padres del niño, el profesor, el tutor del colegio, el departamento de orientación, psicólogos y otros especialistas. En este enfoque multidisciplinar si bien es el tutor del colegio quien debe de coordinar todo el proceso y a todos los sujetos implicados, es necesario insistir en la gran importancia que tiene la formación del profesorado en este ámbito.

En relación con el tratamiento, el más acertado es el multimodal, es decir el conjunto de tratamiento, farmacológico, psicológico y educativo, ya que cada uno va a beneficiar al niño en

diferentes ámbitos. En este trabajo nos hemos centrado especialmente en la importancia del tratamiento educativo por ser este el que nos atañe a los docentes.

En primer lugar se han dado una serie de pautas generales, como el entorno de trabajo, los principios básicos de actuación en el aula, etc., con el fin de dar a los maestros una serie de pautas para saber manejarse bien con este tipo de alumnos en el aula, también se han destacado una serie de técnicas de modificación de conducta, que como hemos podido ver son muy útiles para trabajar el comportamiento de este tipo de alumnos, reforzando las conductas positivas, y eliminando las negativas.

En relación con el trabajo, nuestro principal objetivo, ha sido investigar y poder seleccionar la información más relevante y apropiada para trabajar con alumnos con TDA/H, además de dar una herramienta útil para todos los maestros que tengan alumnos con este problema en el aula, o que los puedan llegar a tener. A través del trabajo también nos hemos podido abastecer de una gran cantidad de nuevos conocimientos sobre el TDA/H y las personas afectadas por el, sabiendo cómo se tiene que trabajar con estos niños para beneficiarles y a su vez beneficiar a todos los que les rodean.

Como conclusión final, me gustaría resaltar que cada alumno es totalmente diferente, y en el aula nos vamos a encontrar con una gran diversidad. Por ello, como maestros, siempre debemos de tratar a cada alumno acorde a sus necesidades, es decir dar más a quien más lo necesita; los alumnos con TDA/H, son niños a los cuales debemos de ayudar y prestar una gran atención resaltando los muchos aspectos positivos que tienen con el objetivo de mejorar su aprendizaje, su vida diaria y su futuro.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, MM (2014). *El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Aspectos jurídico-penales, psicológicos y criminológicos*. Madrid: DYKINSON.
- American Psychiatric Association. (2002). DSM-IV-TR. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2014). DSM-V. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Beltrán, FJ y Torres, IA (2003). *Programa de entrenamiento en habilidades metacognitivas para maestros de niños hiperactivos*. Bizkaia: Grupo ALBOR-COHS.
- Díez, A., Figueroa, A y Soutullo, C. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 8(4), 135-155.
- DECRETO 122/2007, de 27 de diciembre, por el que se establece el currículo del segundo ciclo de la Educación Infantil en la Comunidad de Castilla y León. Boletín oficial de la Comunidad de Castilla y León (2 de enero de 2008).
- Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Recuperado de <http://www.feadah.org/es/sobre-el-tdah/>
- Fernández, JJ., Del Caño, M., Palazuelo, M. & Marugán, M. (2011). TDAH. Programa de intervención educativa. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD. Revista de Psicología*, 1(1), 621-628.
- Fundación Cadah (2006). *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Recuperado de: <http://www.fundacioncadah.org/web/>
- Gobierno de Educación, Cultura y Turismo de La Rioja. *Protocolo de Intervención Educativa con el alumnado con TDAH*. Recuperado de http://www.arpanih.org/fileadmin/usuario/pdf/protocolo_tdah_2012.pdf_.pdf
- Green, C y Chee, K (1999). *El niño muy movido o despistado. Entender el trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Barcelona: MEDICI.

Junta de Castilla y León. Consejería de Educación. *Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Recuperado de: <http://www.educa.jcyl.es/es/temas/atencion-diversidad/protocolo-coordinacion-trastorno-deficit-atencion-hiperacti>

Labrador, FJ (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. Boletín Oficial del Estado (2006).

Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, de la Mejora de la Calidad Educativa. Boletín oficial del estado (2013).

Mas, C (2009). El TDAH en la Práctica Clínica Psicológica. ADHD in the Psychological Clinical Practice. *Clínica y Salud*, 20(3), 249-259.

Mena, B., Nicolau, R., Salat, L., Tort, P., Romero, B. (2008). *Guía práctica para educadores. El alumno con TDAH* (3ª ed.). Barcelona: Mayo.

Miranda, A., Amado, L., Jarque, S (2001). *Trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Una guía práctica*. Málaga: Algibe.

Moreno, I (1999). *Hiperactividad: prevención, evaluación y tratamiento en la infancia*. Madrid: Pirámide.

ORDEN 1493/2015, de 22 de mayo, de la Consejería de Educación, Juventud y Deporte, por la que se regula la evaluación y la promoción de los alumnos con necesidad específica de apoyo educativo, que cursen segundo ciclo de Educación Infantil, Educación Primaria y Enseñanza Básica Obligatoria, así como la flexibilización de la duración de las enseñanzas de los alumnos con altas capacidades intelectuales en la Comunidad de Madrid. Boletín oficial de la Comunidad de Madrid (15 de junio de 2015).

Orjales, I (2006). *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE.

Psicodiagnosis.es: Psicología infantil y juvenil. Recuperado de <http://www.psicodiagnosis.es/index.php>

Psiquiatría.com: Diferencias en el diagnóstico del TDAH: ¿Entrevista clínica o SNAP-IV?. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/file/diferencias-en-el-diagnostico-de-tdah-entrevista-clinica-o-snap-iv-2/>

Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.a ed.). Consultado en <http://www.rae.es/>

Real Decreto 1630/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas del segundo ciclo de Educación Infantil. Boletín Oficial del Estado (4 de enero de 2007).

Sanchez, P y Padilla, D (2007). *Necesidades educativas especiales: fundamentos psicológicos*. Granada: Grupo editorial universitario.

Taylor, E (1997). *El niño hiperactivo*. Madrid: EDAF.

TDAHYTU. (2016). *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Recuperado de <http://www.tdahytu.es/>

Vaquerizo-Madrid, J. & Cáceres C. (2006). El trastorno por déficit de atención e hiperactividad: guía pediátrica. *Vox Paediatrica*, 14(2), 22-33.

Zapico, Y. & Pelayo, JM (2012). TDAH: una visión multidisciplinar. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 11(2), 7-35.

8. ANEXOS

ANEXO I

CUESTIONARIO DE CONDUCTA DE CONNERS PARA PADRES

Descriptor	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Se manosea los dedos, uñas, pelo, ropa.				
2. Trata irrespetuosamente a personas mayores				
3. Tiene dificultad para hacer o mantener amistades.				
4. Es impulsivo, irritable.				
5. Quiere controlar y dirigir en cualquier situación.				
6. Se chupa el dedo, la ropa o las mantas.				
7. Es llorón.				
8. Es desgarbado en su porte externo.				
9. Está en las nubes, ensimismado.				
10. Tiene dificultad para aprender.				
11. Es más movido de lo normal.				
12. Es miedoso.				
13. No puede estarse quieto.				
14. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
15. Es mentiroso.				
16. Es retraído, tímido.				
17. Causa más problemas que otro de su misma edad.				
18. Su lenguaje es inmaduro para su edad.				
19. Niega sus errores o echa la culpa a otros.				
20. Es discutidor.				
21. Es huraño, coge berrinches.				
22. Roba cosas o dinero en casa o fuera.				
23. Es desobediente, obedece con desgana.				
24. Le preocupa excesivamente estar solo, la enfermedad.				
25. No acaba las cosas que empieza.				

Descriptorios	Nada	Poco	Bastante	Mucho
26. Es susceptible, se “pica” fácilmente.				
27. Tiende a dominar, es un “matón”.				
28. Hace movimientos repetitivos durante ratos.				
29. Es a veces cruel con los animales o niños pequeños.				
30. Pide ayuda y seguridad como si fuese más pequeño.				
31. Se distrae fácilmente, escasa atención.				
32. Le duele la cabeza frecuentemente.				
33. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
34. No acepta restricciones o reglamentos, desobediente.				
35. Se pelea con mucha frecuencia por cualquier motivo				
36. No se lleva bien con sus hermanos.				
37. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante.				
38. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
39. Habitualmente es un niño triste.				
40. Tiene poco apetito, caprichoso con las comidas.				
41. Se queja de dolores de vientre.				
42. Tiene trastornos de sueño.				
43. Tiene otros tipos de dolores.				
44. Tiene vómitos con cierta frecuencia.				
45. Se siente marginado o engañado en su familia.				
46. Suele ser exagerado, “fardón”.				
47. Deja que le manipulen o abusen de él.				
48. No controla bien el pis o tiene dificultades de defecación.				

Instrucciones:

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA = 0 PUNTOS.
 POCO = 1 PUNTO.
 BASTANTE = 2 PUNTOS.
 MUCHO = 3 PUNTOS

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

- Puntuación:

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

Para las **NIÑAS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

ANEXO II

CUESTIONARIO DE CONDUCTA DE CONNERS PARA PROFESORES

Descriptores	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Tiene excesiva inquietud motora.				
2. Emite sonidos molestos en situaciones inapropiadas.				
3. Exige inmediata satisfacción de sus demandas				
4. Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso.				
5. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.				
6. Es susceptible, demasiado sensible a la crítica.				
7. Se distrae fácilmente, escasa atención.				
8. Molesta frecuentemente a otros niños.				
9. Está en las nubes, ensimismado.				
10. Tiene aspecto enfadado, huraño.				
11. Cambia bruscamente sus estados de ánimo				
12. Discute y pelea por cualquier cosa.				
13. Tiene actitud tímida y sumisa ante los adultos.				
14. Intranquilo, siempre en movimiento.				
15. Es impulsivo e irritable.				
16. Exige excesivas atenciones del profesor.				
17. Es mal aceptado en el grupo.				
18. Se deja dirigir por otros niños.				
19. No tiene sentido de las reglas del "juego limpio".				
20. Carece de aptitudes para el liderazgo.				
21. No termina las tareas que empieza.				
22. Su conducta es inmadura para su edad.				
23. Niega sus errores o culpa a los demás.				
24. No se lleva bien con la mayoría de sus compañeros.				
25. Tiene dificultad para las actividades cooperativas.				
26. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante.				
27. Acepta mal las indicaciones del profesor.				
28. Tiene dificultades de aprendizaje escolar.				

Instrucciones:

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA = 0 PUNTOS.
 POCO = 1 PUNTO.
 BASTANTE = 2 PUNTOS.
 MUCHO = 3 PUNTOS

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

- Puntuación:

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

Para las **NIÑAS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

ANEXO III

ESCALA DU PAUL DE PADRES

Nombre del niño:

Persona que evalúa: Fecha:

A continuación leerá una serie de afirmaciones sobre el comportamiento de su hijo/a. Usted tiene que responder si el comportamiento ha sido muy frecuente o no, como mínimo los últimos 6 meses, de acuerdo con esta escala:

0	1	2	3
Nunca o casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente

1	Al hacer su trabajo escolar no logra fijar su atención en los detalles o comete errores por no tener cuidado.		
2	Menea las manos o los pies o se mueve constantemente en su asiento		
3	Tiene dificultad para mantener su atención en las tareas o en las actividades de juego		
4	Se levanta del asiento en el aula o en cualquier otra situación en donde se espera que permanezca sentado		
5	Parece no prestar atención cuando se le habla directamente		
6	Trepa o corre de manera excesiva en situaciones en que es inapropiado hacerlo		
7	No sigue instrucciones de principio a fin y no termina el trabajo asignado		
8	Tiene dificultad para jugar tranquilamente o para llevar a cabo actividades en su tiempo libre de manera calmada		
9	Tiene dificultad para organizar las tareas y las actividades que debe llevar a cabo		
10	Está en "continuo movimiento" o "como si lo empujara un motor"		
11	Evita tareas (p. ej., trabajo escolar) que requieran esfuerzo mental		
12	Habla en exceso		
13	Pierde cosas que son necesarias para llevar a cabo tareas o actividades		
14	Contesta abruptamente (se precipita) antes de que otros terminen de hacerle preguntas		
15	Se distrae fácilmente		
16	Tiene dificultad para esperar su turno		
17	Es olvidadizo en las actividades diarias		
18	Interrumpe a los demás o es entrometido		

INTERPRETACION ESCALA DU PAUL PADRES

Puntuación

- Inatención: Suma de puntuaciones directas de las preguntas IMPARES del cuestionario contestado por los padres (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17)

Puntuación

- Hiperactividad-Impulsividad: Suma de puntuaciones directas de las preguntas PARES (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18) del cuestionario contestado por los padres

Puntuación total:

- Suma de puntuaciones directas de las preguntas 1 a 18 del cuestionario contestado por los padres

Estas Puntuaciones se llevan a la siguiente tabla, considerando sospecha de TDAH (inatento, hiperactivo o combinado) si supera el Pc90 para su edad y sexo.

PC 90 ADHD RATING SCALE – IV GEORGE DU PAUL HOME VERSION

TDH-HIPERACTIVO	VARONES	MUJERES
5-7 AÑOS	15	11
8-10 AÑOS	13	8
11-13 AÑOS	14	8
14-18 AÑOS	10	8
TDH-INATENTO	VARONES	MUJERES
5-7 AÑOS	13	10
8-10 AÑOS	14	10
11-13 AÑOS	18	11
14-18 AÑOS	14	11
TDH-COMBINADO	VARONES	MUJERES
5-7 AÑOS	29	20
8-10 AÑOS	25	14
11-13 AÑOS	31	18
14-18 AÑOS	23	19

ANEXO IV

ESCALA DU PAUL DE PROFESORES

Nombre del niño:

El tutor (o persona que evalúa): Fecha:

Desde cuando conoce al niño (X): un año o más. 6 meses o más. menos de 6 meses

A continuación leerá una serie de afirmaciones sobre el comportamiento de su alumno/a. Usted tiene que responder si el comportamiento ha sido muy frecuente o no, como mínimo los últimos 6 meses (o desde que usted ha empezado a trabajar con el niño si es un tiempo inferior), de acuerdo con esta escala:

0	1	2	3
Nunca o casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente

1	Al hacer su trabajo escolar no logra fijar su atención en los detalles o comete errores por no tener cuidado	
2	Menea las manos o los pies o se mueve constantemente en su asiento	
3	Tiene dificultad para mantener su atención en las tareas o en las actividades de juego	
4	Se levanta del asiento en el aula o en cualquier otra situación en donde se espera que permanezca sentado	
5	Parece no prestar atención cuando se le habla directamente	
6	Trepa o corre de manera excesiva en situaciones en que es inapropiado hacerlo	
7	No sigue instrucciones de principio a fin y no termina el trabajo asignado	
8	Tiene dificultad para jugar tranquilamente o para llevar a cabo actividades en su tiempo libre de manera calmada	
9	Tiene dificultad para organizar las tareas y las actividades que debe llevar a cabo	
10	Está en "continuo movimiento" o "como si lo empujara un motor"	
11	Evita tareas (p. ej., trabajo escolar) que requieran esfuerzo mental	
12	Habla en exceso	
13	Pierde cosas que son necesarias para llevar a cabo tareas o actividades	
14	Contesta abruptamente (se precipita) antes de que otros terminen de hacerle preguntas	
15	Se distrae fácilmente	
16	Tiene dificultad para esperar su turno	
17	Es olvidadizo en las actividades diarias	
18	Interrumpe a los demás o es entrometido	

INTERPRETACION ESCALA DU PAUL ESCUELA

Puntuación

- Inatención: Suma de puntuaciones directas de las preguntas IMPARES del cuestionario (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17) contestado por el profesor.

Puntuación

- Hiperactividad-Impulsividad: Suma de puntuaciones directas de las preguntas PARES (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18) del cuestionario contestado por el profesor

Puntuación total:

- Suma de puntuaciones directas de las preguntas 1 a 18 del cuestionario contestado por el profesor.

Estas Puntuaciones se llevan a la siguiente tabla, considerando sospecha de TDAH (inatento, hiperactivo o combinado) si supera el Pc90 para su edad y sexo.

PC 90 ADHD RATING SCALE – IV GEORGE DU PAUL SCHOLL VERSION

TDAA-HIPERACTIVO	VARONES	MUJERES
5-7 AÑOS	20	19
8-10 AÑOS	22	12
11-13 AÑOS	17	11
14-18 AÑOS	13	8
TDAA-INATENTO	VARONES	MUJERES
5-7 AÑOS	21	19
8-10 AÑOS	24	19
11-13 AÑOS	23	17
14-18 AÑOS	20	13
TDAA-COMBINADO	VARONES	MUJERES
5-7 AÑOS	39	36
8-10 AÑOS	44	30
11-13 AÑOS	36	27
14-18 AÑOS	31	18

ANEXO V

ESCALA CUANTITATIVA SNAP-IV

Nombre:.....

Sexo: Edad..... Curso escolar..... Etnia.....

Para el maestro.

Encuesta contestada por.....

Número de alumnos en la clase..... Teléfono de contacto.....

Hora de contacto recomendada.....

Para los padres.

Encuesta contestada por.....

¿Conviven ambos padres en el hogar?

Nº de hermanos que conviven en el hogar (incluido el paciente).....

Periodo considerado para esta evaluación:

- Semana previa Mes previo Año previo Toda la vida

Para cada una de las 18 frases siguientes, usted debe **puntuar entre 0 y 3** según la intensidad con que la frase caracterice al niño. **No deje ninguna sin puntuar.**

- Cero significa que la frase no es aplicable al niño en absoluto, nunca o casi nunca.
 Uno que de forma leve o sólo a veces.
 Dos que un poco más o bastantes veces.
 Tres que mucho o muchas veces.

Déficit de atención

1. A menudo no presta atención minuciosa a los detalles o comete errores por descuido en los trabajos escolares o en otras tareas.
2. Con frecuencia tiene dificultad para permanecer atento en juegos o en tareas.
3. A menudo parece que no escucha cuando se le habla directamente.
4. Con frecuencia no cumple las instrucciones ni termina el trabajo escolar, tareas o deberes.
5. A menudo tiene dificultad para ordenar sus tareas y actividades.
6. En muchas ocasiones evita, rechaza o a regañadientes participa en tareas que le exigen un esfuerzo mental sostenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para actividades (p. ej. juguetes, lápices o libros).
8. Con frecuencia se distrae por estímulos externos.
9. Olvida actividades diarias.

Hiperactividad /Impulsividad

- 10.** Mueve las manos o los pies o se mueve en su asiento.
- 11.** A menudo se levanta de su sitio en clase o situaciones en las que se espera que esté sentado.
- 12.** Con frecuencia se mueve, columpia o trepa en situaciones en las que no es apropiado.
- 13.** Suele tener dificultades para jugar o participar en actividades de forma ordenada o en silencio.
- 14.** A menudo está listo para cualquier actividad y se mueve rápidamente, como impulsado por un motor.
- 15.** Suele hablar en exceso.
- 16.** A menudo responde antes de que se haya completado la pregunta.
- 17.** Tiene dificultades para esperar su turno.
- 18.** Suele interrumpir o entrometerse (por ejemplo en conversaciones o juegos).

Interpretación de la escala SNAP-IV (para el profesional):

1 a 9 valoran el déficit de atención y 10 a 18 la hiperactividad / impulsividad. Se suman los puntos de cada bloque y se dividen entre 9, y posteriormente los de ambos bloques y se dividen entre 18. Se utiliza como punto de corte de la normalidad el percentil 95 (probabilidad de error del 5%):

- Para el déficit de atención: 2,56 para el profesor y 1,78 para padres
- Para hiperactividad / impulsividad: 1,78 para el profesor y 1,44 para padres
- Para ambos: 2,00 para el profesor y 1,67 para los padres

ANEXO VI

MODELO DE DERIVACIÓN A LOS SERVICIOS SANITARIOS

El alumno, que cursa de Educación en el centro....., presenta síntomas compatibles con un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad que afectan a su rendimiento escolar y que han sido observadas tanto por los profesores que le imparten las distintas materias escolares como por el Equipo de Orientación/Orientador que atiende al centro.

Por este motivo el Equipo de Orientación/Orientador considera necesaria la atención al alumno por parte de los servicios sanitarios especializados (Neuropediatría o Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil).

Si precisa de alguna aclaración no dude en ponerse en contacto conmigo a través del teléfono del centro.

Atentamente,

En, a de de.....

Fdo. D./Dña.....

Orientador/a del centro

ANEXO VI

MODELO DE AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA EL TRASPASO DE INFORMACIÓN A LOS SERVICIOS SANITARIOS

El conocimiento por parte del profesorado del historial educativo y médico de un alumno con TDAH le permite ajustar la acción educativa a las necesidades del alumno, y es imprescindible para que la atención sea la adecuada.

Con este documento se autoriza al orientador educativo del centro para que transmita a aquellos profesionales de la educación que atienden al alumno, la información del informe clínico que sea relevante para la intervención educativa. Es necesario que estos profesionales sean especialmente diligentes con la información recibida y accedan solo a los datos estrictamente relevantes para su trabajo. El informe clínico contiene datos personales y familiares que afectan a la intimidad del alumno y de su familia por lo que debe ser tratado como información sensible y confidencial (Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal).

Yo Don/Doña
con DNI como padre/madre/tutor (táchese lo que no proceda) del
alumno del centro
..... AUTORIZO lo anteriormente expuesto.

En, a de de.....

Fdo.D./Dña.
Representante legal

Fdo.D./Dña.
Orientador/a del centro