



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID



CAMPUS PÚBLICO  
MARÍA ZAMBRANO  
SEGOVIA

2016

# ALUMNOS CON TDA/H. DETECCIÓN E INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN PRIMARIA



TRABAJO FIN DE GRADO

JOSE EMILIO HIDALGO ALCÁNTARA  
Universidad de Valladolid, Facultad de  
Educación. Campus M<sup>a</sup> Zambrano  
(Segovia).

01/04/2016

## ASPECTOS PRELIMINARES

---

**Título/**

Alumnos con TDA/H. Detección e intervención en Educación Primaria

**Autor /**

José Emilio Hidalgo Alcántara

**Grado/**

Grado en Educación Primaria

**Curso académico/**

2015/2016

**Tutor académico/**

José María Arribas Estebaranz

**Universidad/**

Universidad de Valladolid

**Centro/**

Facultad de Educación. Campus M<sup>a</sup> Zambrano (Segovia)

*“La unidad es la variedad, y la variedad en la unidad  
es la ley suprema del universo”.*

*Isaac Newton*

## ÍNDICE

---

0. RESUMEN .....	6
0. ABSTRACT .....	6
1. INTRODUCCIÓN .....	6
2. JUSTIFICACIÓN .....	7
3. OBJETIVOS .....	8
3.1. Objetivos generales .....	8
3.2. Objetivos específicos .....	8
4. MARCO LEGAL .....	9
5. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA .....	10
5.1. Antecedentes .....	10
5.2. Desde la última mitad del s. XX hasta la actualidad .....	11
5.3. El TDAH en la actualidad .....	12
5.3.1. Funciones ejecutivas .....	12
5.3.2. DSM-V .....	13
5.3.3. CIE-10 .....	15
5.3.4. Características del TDAH según la edad y el sexo .....	16
5.3.5. Las comorbilidades que puede presentar el TDAH .....	19
5.3.6. Etiología del TDAH .....	21
5.3.7. La medicación para el niño con TDAH .....	23
5.3.8. Controversia y debate en torno a la medicación para el niño con TDAH .....	26
5.3.9. Mitos del TDAH .....	28
6. TRATAMIENTO MULTIMODAL: PSICOLÓGICO, MÉDICO Y EDUCATIVO .....	30
6.1. Tratamiento psicológico y metodología .....	31
6.2. Tratamiento médico .....	33
7. ESTUDIO INDIVIDUAL DE PABLO .....	35
7.1. La localidad y el centro .....	35
7.1.1. Recursos que ofrece la dirección de área territorial (DAT) .....	36
7.1.2. Algunos documentos de planificación del centro relacionados con el TDAH .....	36
7.1.3. La evaluación psicopedagógica como cauce fundamental hacia el tratamiento escolar .....	37
7.1.4. Coordinación para elaborar el Documento Individual de Adaptación Curricular (DIAC) y la ACI de Pablo y conclusiones .....	42

7.1.5. Muestra de actividades en el aula de referencia y metodología .....	48
7.1.6. Evolución de Pablo .....	52
8. CONCLUSIÓN .....	54
9. REFERENCIAS .....	55
10. ANEXOS .....	61
10.1. ANEXO 1: autorización de los padres/tutores legales y modelo de DIAC .....	61
COLABORACIÓN CON LA FAMILIA .....	72
SEGUIMIENTO .....	72
10.2. ANEXO 2: Escala de Inteligencia Wechsler para niños-IV revisado (WISC-IV-R). .....	73
10.3. ANEXO 3: Prueba del Lenguaje Oral de Navarra Revisada. (PLON-R). .....	74
10.4. ANEXO 4: Escalas de Evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH). .....	75
10.5. ANEXO 5: Escalas de Conners para profesores, el hogar y la escuela. ....	78
10.6. ANEXO 6: Proyecto fonético-gestual (muestra). Elaboración Propia. ....	81
10.7. ANEXO 7: Modelo de ACI del área de Ciencias de la Naturaleza. ....	88

## 0. RESUMEN

---

En el trabajo que a continuación se expone, tratamos de describir la evolución histórica del concepto de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). A partir de las anécdotas históricas, se analizan las construcciones progresivas del déficit del control moral, de la disfunción cerebral mínima/daños, hiperactividad y déficit de atención, hasta llegar a las actuales definiciones y sistemas de clasificación. Este trabajo se ha realizado sobre el contexto de las tendencias culturales y científicas de cada período histórico. El concepto actual del TDAH se basa en un desarrollo progresivo de las observaciones clínicas que son, al menos, tan antiguas como en otros trastornos psiquiátricos, aunque sin estar libre de controversias científicas y culturales, sin pasar por alto el tratamiento práctico del alumno dentro del centro educativo.

---

## 0. ABSTRACT

---

In the work that follows, we try to describe the historic evolution of the concept of Attention Deficit with Hyperactivity (ADHD). Starting with the Historic anecdotes, we analyse the progressive constructs of defect of moral control, minimal brain dysfunction/damage, hyperactivity and attention deficit, until the current definitions and classification systems. This work has been performed in the context of the cultural and scientific trends of each Historical period. ADHD current concept is based in a progressive development from clinical observations that are, at least, as old as in other psychiatric disorders, although it is not free of scientific and cultural controversies, without ignoring the practical treatment of students within the school.

---

## 1. INTRODUCCIÓN

---

El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad también referido como TDAH, según la FEAADAH, es un trastorno **biológico**, de origen **neurológico**, provocado por un desequilibrio existente entre dos neurotransmisores cerebrales: la noradrenalina y la dopamina, que afectan directamente a las áreas del cerebro responsables del autocontrol y de la inhibición del comportamiento inadecuado, como la hiperactividad, la impulsividad o la inatención.

Además, desearía que la introducción de este TFG, aportara desde el principio, la visión de querer avanzar con los niños y niñas con TDAH, teniendo en cuenta, en todo momento, la intervención individualizada con su adaptación curricular individual correspondiente señalando a la actual **Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, de la Mejora de la Calidad Educativa**, en adelante **LOMCE**, que incluye al TDAH dentro de los alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo, teniendo, de un modo específico, en consideración sus dificultades y encauzando a los

profesionales que trabajamos, hacia una formación orientada hacia estos alumnos que me aporta la elaboración de este TFG.

Este Trabajo se va a articular en torno a **dos grandes bloques**. El primero de **carácter teórico** en el que abordaremos la historia del TDAH, la sintomatología, causas, consecuencias, diagnóstico, entre otros puntos de relevancia; y otro, en el que trataremos **la práctica docente** como tutores: desde la evaluación psicopedagógica, pasando por la adaptación curricular, las orientaciones a los maestros y ciertas actividades de interés que pueden ayudarnos en el estudio centrado de un alumno llamado Pablo, que presenta necesidades educativas especiales, derivadas de TDAH.

## 2. JUSTIFICACIÓN

---

A lo largo de mi trayectoria profesional, me he encontrado con muchas dificultades que han activado mis sentidos para llevar a cabo nuevas metodologías, actividades y realizar nuevas lecturas sobre diferentes tipos de diversidad funcional. Algunas de las dificultades han sido aquellas que han derivado del TDAH. Las causas que me han llevado a elegir este tema, se fundamenta en las ganas de profundizar en las capacidades y dificultades de los alumnos que presentan TDAH, debido a que desempeño mi labor como maestro especialista en audición y lenguaje en un centro público, y mi trabajo hace que me sienta unido a estos alumnos, con los que trato diariamente, y que tenga una sensibilidad especial con las dificultades con las que se tienen que enfrentar cada día, no sólo para focalizar unos minutos la atención en una tarea que a otros alumnos y alumnas les parece habitual, sino también para organizarse, acudir a su horario o, incluso, realizar tareas de ocio con normas sociales a interiorizar.

En elaboración están, en nuestro país, test estandarizados efectivos necesarios para determinar en qué nivel de hiperactividad o de déficit de atención se encuentra el alumno en cuestión, por lo que profundizar en la evaluación psicopedagógica sería interesante hacia nuestra intervención y, por lo tanto, este TFG será muy útil para ello. Otra razón que me ha llevado a investigar sobre el TDAH, es la importancia que tiene el ámbito social que rodea al niño y su contexto cotidiano para que la intervención con el mismo resulte efectiva. Indagar en las posibles dificultades con las que nos podemos encontrar y partir de un trabajo multidisciplinar entre la familia, la escuela y los centros externos se pueden reflejar con este TFG. Desearía mostrar dicha coordinación paso a paso y de una manera práctica que me sirviera para mi labor cotidiana tanto en las aulas de audición y lenguaje o como tutor en un aula de primaria con alumnos que presenten este trastorno, incluyendo programas satisfactorios válidos en el aula grupo-clase, que querría resaltar como casos prácticos en mi investigación en el presente trabajo. **Este TFG será muy útil para exponer de qué manera el alumno o alumna con TDAH está lleno de capacidades, virtudes y habilidades que tendremos que resaltar en contraposición con las dificultades que dichos alumnos presentan.**

### 3. OBJETIVOS

---

#### 3.1. Objetivos generales

Con este trabajo se persiguen los objetivos generales que, a continuación, se detallan:

- Demostrar las competencias en el campo de la investigación sobre el tema elegido.
- Conseguir un trabajo maduro y exhaustivo en la búsqueda y estudio de teorías, artículos, lecturas con recopilación de los datos más relevantes,
- Unir la investigación citada en el anterior punto, a las experiencias vividas relacionadas para, más adelante, plasmarlo de manera ordenada y coherente, a lo largo del TFG.
- Extraer conclusiones acertadas y lógicas que nos permitan estar lo suficientemente cualificados en el tema que nos concierne. Siguiendo, en todos los casos, las instrucciones de la Guía didáctica que se nos ofrece para su elaboración.

#### 3.2. Objetivos específicos

Con este trabajo sobre el TDAH se persiguen objetivos específicos como los que se enumeran posteriormente, contextualizados *en un marco teórico*:

- Realizar un estudio profundo sobre el trastorno que se investiga: definición, clasificaciones encontradas, medicaciones existentes, etc.

Además se quieren conseguir los que a continuación se indican, contextualizados en un *marco de intervención* íntimamente relacionado con el trabajo diario del maestro en el aula:

- Comprender el sentir del alumno y la influencia del ámbito social en el avance de sus competencias dentro del centro escolar.
- Indagar en la importancia que tiene la coordinación entre los diferentes profesionales que trabajamos con el alumno.
- Profundizar sobre un alumno en concreto y, desde los protocolos iniciales, cuáles serían los programas específicos a seguir en el gran grupo y cómo nos coordinaríamos con el maestro de Audición y Lenguaje.
- Adquirir una visión de la atención a la diversidad como un elemento fortalecedor del proceso de enseñanza y aprendizaje.

## 4. MARCO LEGAL

---

En este apartado aparecerán reflejados qué puntos de la legislación vigente actual son los más relevantes para los alumnos con TDAH y cómo, este marco legal, será nuestra base para poder trabajar con dichos alumnos y conocer los documentos que se relacionan con nuestro trabajo encaminado hacia la adaptación del currículo.

En primer lugar, mencionar la actual **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, que ratifica el principio de *Atención a la Diversidad* de la LOE y que en su Capítulo II se rige por el principio de *Equidad de la Educación*, que nos permite igualar los recursos para todos los alumnos y tener en cuenta los intereses y dificultades de cada uno de ellos. En la LOMCE, en su artículo 71 se nos nombra a los alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo, entre los que se encuentran aquellos con dificultades en el aprendizaje, sin nombrar, explícitamente al TDAH.

Es imprescindible, para conocer los contenidos curriculares que se tienen que impartir y saber qué tenemos que adaptar, si fuera el caso, el currículo al alumno, saber qué normativa está vinculada al currículo de la Educación Primaria. Así, el **Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero**, por el que se establece el currículo básico de la educación Primaria de manera estatal salvaguarda en su **artículo 14** la igualdad de oportunidades de los alumnos con TDAH, que se concreta con el **Decreto 89/2014, de 24 de julio**, por el que se establece para la Comunidad de Madrid el Currículo de la Educación Primaria, que en su **artículo 17** de atención a la diversidad menciona, especialmente, que la intervención educativa debe facilitar el aprendizaje, entre otros, aquellos alumnos con TDAH.

Esencial es estudiar en profundidad la normativa vinculada a la evaluación y a la organización de los centros y a la atención a la diversidad con la **Orden 3622/2014, de 3 de diciembre**, de la Consejería de Educación, por la que se regulan la evaluación y los documentos de aplicación en Primaria en la Comunidad de Madrid. En su **artículo 8**, como medida imprescindible, se determina de qué forma las adaptaciones curriculares individuales, se deben realizar entre el tutor, el Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica y el maestro de apoyo, elemento fundamental para un posible desfase curricular, si lo hubiera, para el alumno con TDAH.

Además, 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, profundiza sobre la importancia de la evaluación psicopedagógica, el documento a cumplimentar y cómo la familia o tutores, son partícipes del proceso, siendo ellos lo que aprueban la realización de la misma y, por consiguiente, de la adaptación curricular si fuese necesario, incluida en el Documento Individual de Adaptación Curricular o, como lo nombraremos en este trabajo, el DIAC.

## 5. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

---

### 5.1. Antecedentes

Es fundamental para profundizar en el trastorno que nos concierne en este trabajo y comprender su evolución, remontarnos a las primeras señales de estudio o aparición del mismo en escritos históricos relevantes. Benito Moraga (2008), nos sitúa a mediados del s. XIX, en 1845, cuando el médico y psiquiatra, **Dr. Heinrich Hoffman**, escritor e ilustrador de cuentos, publicó un conjunto de 10 **cuentos infantiles** que hacían alusión a la existencia de las diferentes variantes dentro del TDAH. Uno de ellos titulado *“The Story of Fidgety Phil”* (La Historia del Nervioso Phil), un niño con un trastorno Hiperactivo-impulsivo y otro, *“The Story of Johnny Head-in-Air”* o (La Historia de Johnny con la Cabeza en las Nubes), situada en el subtipo de déficit de atención.

De ahí, nos remontamos al año 1902, en el que **George F. Still**<sup>1</sup> publica una serie de artículos en la revista *Lancet*, que ahonda en una serie de casos impulsivos-compulsivos que él asocia a un **retraso mental con un déficit de atención** y que **Zapico & Pelayo** (2012) nos aseguran en su compilación de cuadernos de Psiquiatría comunitaria, que Still en 1901 describe en sus conferencias a un grupo de 43 niños, con lo que se ha denominado la **primera descripción clínica** moderna del TDAH, *“déficit del control moral”*.

Después de estos pasos, en la I Guerra Mundial, Europa sufre una epidemia llamada encefalitis letárgica, que causa períodos de letargo o impulsividad en la fase posterior a la curación de los síntomas más graves. Este hecho da lugar a otros doctores y psiquiatras como Cohen, Bradley o Kahn comenzaran a investigar con las **medicaciones** que ajustaban la conducta de las niñas y los niños con dicha enfermedad, como el Metilfenidato.

En los años 40 y 50, **Strauss**<sup>2</sup> atribuyó el origen del trastorno de la impulsividad a una **lesión cerebral** que explicaba la aparición de los síntomas y dicha existencia provocó una sobrevaloración de dicha lesión y del tratamiento del trastorno, llegándose a llamar *“disfunción cerebral mínima”* y generándose una multitud de ideas, definiciones y opiniones sobre su tratamiento que pudo beneficiar su avance pero no la lucha en común para paliar las dificultades que originaba. Por último, Moraga (2008), psiquiatra en Donostia y especializado en TDAH se detiene en los últimos 30 años y cómo en este período, el tratamiento del TDAH ha alcanzado un avance satisfactorio en el criterio diagnóstico, en la medicación pertinente en la detección de un componente etiológico genético. Todo ello se detallará en el siguiente punto del trabajo, profundizando en el estado del trastorno en la actualidad.

---

<sup>1</sup> Pediatra inglés y autor de numerosos libros de medicina.

<sup>2</sup> Neurólogo, psiquiatra, psicólogo y filósofo de origen alemán.

## 5.2. Desde la última mitad del s. XX hasta la actualidad

Adentrándonos en la segunda mitad del siglo XX, comienza la llamada Edad de Oro de la hiperactividad que ya es presentada como un trastorno del comportamiento. Chess <sup>3</sup> defendió el término de “Síndrome del niño hiperactivo” separando la hiperactividad de la lesión que tanto se había defendido años atrás.

El **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**, en adelante **DSM**, que publica la Asociación Americana de Psiquiatría y que es referente en gran parte del mundo como guía de los criterios diagnósticos, proporciona un cambio relevante que nos sitúa en 1968, en su segunda edición, , llamando al TDAH “*Reacción Hiperkinética de la infancia*”. Reconociendo el trastorno y clasificándolo, haciendo más ágil su diagnóstico y visibilizándolo aún más.

En los 70, el paso hacia adelante se incluye en el DSM III, estudiando los aspectos cognitivos relevantes para centrar la atención frente a la hiperactividad, es decir, planteando cómo el déficit de atención o la inatención pueden ir unidos o no a la hiperactividad, por lo que el término cambia, incluyendo TDA pero con +H o -H. En este momento, el término tiene, por primera vez, una difusión social como antes no había tenido, surgiendo, incluso, las primeras asociaciones de personas o familiares con TDAH. Pero, debido a este debate tan intenso y a la contraposición de opiniones, se ignora en la revisión de la esta tercera edición del DSM el concepto hiperactividad llamándole sólo TDA, lo que muchos consideraron un paso atrás.

Con toda esta vorágine de estudios e investigaciones intensas, se originan estudios que tuvieron relevancia, sobre todo, en Estados Unidos, como fue el caso de Feingold (1973), pediatra alergólogo de California, afirmó que algunos componentes de la dieta como los sabores artificiales o colorantes provocaban hiperactividad, lo que fue desmentido por el gobierno de dicho país.

En los 90, el DSM IV-TR, pasa a denominarse TDAH y a incluir tres subtipos: predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo-impulsivo y combinado, adjunto a los Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador, junto con el trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante, lo que también fue considerado en los posteriores años. Barkley, catedrático en la Universidad de Carolina del Sur y experto en el trastorno que nos ocupa, afirma de manera contundente que el TDAH va más allá de la impulsividad, la hiperactividad o el déficit de atención, sino que hay que poner la mirada en el estudio profundo de cómo las niñas y los niños con TDAH presentan una “función ejecutiva” cerebral con un funcionamiento menos ajustado y eficaz. Así Barkley (2011), nos dice:

---

<sup>3</sup> Psiquiatra estadounidense que investigó la influencia del comportamiento de los niños en los padres.

El TDAH supone un déficit en el autocontrol o, lo que algunos profesionales llaman, funciones ejecutivas, esenciales para planificar, organizar y llevar a cabo conductas humanas complejas durante largos períodos de tiempo. Es decir, en los niños con TDAH la parte “ejecutiva” del cerebro, que supuestamente organiza y controla la conducta ayudando al niño a planificar las acciones futuras y seguir con el plan establecido, funciona de manera poco eficaz. (p.165).

### 5.3. El TDAH en la actualidad

#### 5.3.1. Funciones ejecutivas

Los doctores Blanco-Menéndez & Vera de la Puente (2013) nos describen la relevancia de las funciones ejecutivas desde que Lezak (1982) las menciona. Cobran mucho interés su caracterización teórica y su significación clínica. Incluso, logró acercar posiciones entre la Psicología Experimental con la Neuropsicología tradicional. Las funciones ejecutivas se tienen en cuenta para el estudio de las personas con TDAH ya que, a través de estos procesos atencionales, inferenciales, de control y de regulación emocional, establecen importantes relaciones con las estructuras y procesos de la memoria (especialmente con la memoria de trabajo, a nivel de estructuras y con las actividades de recuperación de la información, a nivel de procesos) (Baddeley, 1976; Schacter, 2001).

Las funciones ejecutivas son habilidades cognitivas encubiertas y autodirigidas internamente al servicio de una meta. Anatómicamente, los estudios por neuroimagen las ubican en el lóbulo prefrontal.

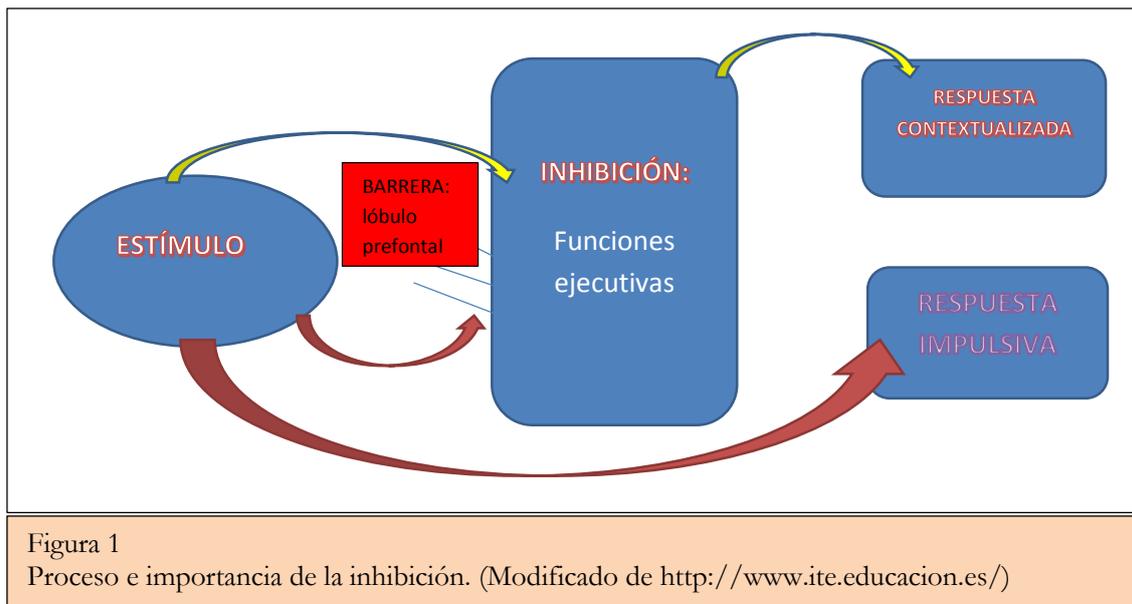
Vaquerizo & Marzal (2006) aluden de nuevo a Barkley mencionando cómo centra su atención en la inhibición, siendo su déficit, el eje principal del TDAH y el factor fundamental para supervisar las conductas del individuo con este trastorno. La falta de inhibición sería el punto de inflexión fundamental que dificultaría una atención ajustada en una tarea menos motivadora o “no fascinante”, como así la llama, (déficit de atención), no poner freno a los pensamientos (impulsividad) y la actividad que sigue a la distracción (hiperactividad).

Según el Dr. Russell A. Barkley y permaneciendo en el artículo de Vaquerizo & Marzal, la alteración de la inhibición es el principal mecanismo que explica las dificultades propias del TDAH y su disfunción afectaría a las cuatro funciones ejecutivas siguientes. A su vez, las cinco primeras funciones ejecutivas controlan el sexto componente del sistema de Barkley:

- Inhibición
- Memoria de trabajo verbal.
- Lenguaje autodirigido o memoria de trabajo verbal.
- Lenguaje autodirigido o memoria de trabajo no verbal.

- Control de las emociones y de la motivación.
- Planificación y resolución de problemas.
- Control motor.

A continuación, la imagen que se muestra, nos puede dar una visión rápida de la importancia la inhibición para originar una respuesta contextualizada.



### 5.3.2. DSM-V

Para conocer la concepción más actual y la definición del TDAH más frecuentemente usada tendremos que acudir al ya mencionado **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**, en adelante **DSM**, que publica la Asociación Americana de Psiquiatría.

Al consultar el DSM-V nos hacemos varias preguntas que tienen que quedar claras para conocer más profundamente el trastorno. En primer lugar, en qué gran tipo de trastorno incluimos al TDAH. El DSM-V lo incluye en los *trastornos de origen neurobiológico*.

Qué es el TDAH, sería una segunda pregunta que el Manual nos responde. El TDAH es definido como un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad que interfiere en el funcionamiento del desarrollo que se caracteriza por la inatención y la hiperactividad e impulsividad. Para que se produzcan cada uno estos elementos, seis o más síntomas de los siguientes se tienen que haber mantenido durante, al menos, seis meses, en un grado que no concuerde con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas. En la siguiente tabla veremos algunos de los síntomas para cada uno de los patrones anteriormente mencionados, de acuerdo, además, con lo estudiado por Mena, Nicolau, Salat, Tort & Romero (2006):

Tabla 1  
Síntomas para cada uno de los patrones. Elaboración propia.

<i>Inatención</i>	<i>Hiperactividad e impulsividad.</i>
Falla en prestar atención a los detalles.	Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
Tiene dificultad en mantener la atención en tareas y actividades recreativas.	Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado.
Parece no escuchar cuando se le habla.	Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.
Tiene dificultad para organizar las actividades o tareas.	Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor”.
Olvida actividades cotidianas.	Con frecuencia habla excesivamente.
Se muestra poco entusiasta.	Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta.

El DSM-V está lleno de matices que nos describe a lo largo de los puntos que detallan el TDAH, pero me parece imprescindible detenerme en su clasificación que se centra en el patrón predominante:

- **Presentación combinada:** si se cumplen los criterios de inatención y los criterios de hiperactividad-impulsividad durante los últimos seis meses.
- **Presentación predominante con falta de atención:** si se cumplen los criterios de inatención pero no se cumplen los criterios de hiperactividad-impulsividad durante los últimos 6 meses.
- **Presentación predominante hiperactiva/impulsiva:** si se cumplen los criterios de hiperactividad-impulsividad y no se cumplen los criterios de inatención durante los últimos seis meses.

Debido a la complejidad del trastorno y cómo éste se puede presentar de maneras muy diferentes y estar influenciado de diversas formas, el manual presenta dos formas más de denominar

al trastorno, dejando mayor libertad al evaluador o al clínico con la intención de no “encorsetar” al individuo sólo teniendo en cuenta la clasificación anteriormente presentada.

- **Otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado:** cuando no se cumplen expresamente los criterios detallados y el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de algún trastorno específico del desarrollo neurológico.
- **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado:** cuando no se cumplen expresamente los criterios detallados y el clínico opta por no especificar el motivo por el que la presentación no cumple los criterios.

### 5.3.3. CIE-10

Estudiar el TDAH en la actualidad, pasa por mencionar, obligatoriamente a la **OMS** y a su **Clasificación Internacional de Enfermedades**. EL TDAH pasa a incluirse en los **Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia**, que, se divide, en primer lugar, en trastornos hipercinéticos.

Es interesante adentrarnos en la descripción que nos hace de dicho trastorno ya que nos abre de manera muy eficiente a la cotidianeidad del hipercinético, como así lo denomina, haciendo una mayor alusión a la impulsividad caracterizada por falta de constancia en las actividades y por la tendencia a cambiar de una actividad a otra, sin completar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Alude a cómo los niños hipercinéticos son a menudo imprudentes e impulsivos, por incurrir en la violación irreflexiva de normas.

Apuntar de forma específica al tema que nos concierne en este TFG que, según señala la OMS, es común el deterioro intelectual, mientras los retrasos específicos del desarrollo motriz y del lenguaje son desproporcionadamente frecuentes. Entre las complicaciones secundarias se cuentan el comportamiento asocial y la baja autoestima.

En segundo lugar, lo divide en *“la perturbación de la actividad y de la atención”*, en la que se refleja la supremacía de la hiperactividad o del déficit de atención dentro de la conducta del individuo.

Es interesante, de qué manera es mencionado el *“trastorno de la conducta”* dentro del gran grupo de la niñez y de la adolescencia y cómo puede ir ligada a la hipercinética por un patrón repetitivo y persistente de conducta asocial, agresivo o desafiante.

#### 5.3.4. Características del TDAH según la edad y el sexo

Acudiendo al portal online TDAHYTU podemos observar los síntomas más relevantes que presenta el **TDAH en niños**, matizando que, en muchas ocasiones, lo que parece TDAH no lo es y que, como es evidente, necesitamos la evaluación de un experto para confirmar el diagnóstico, ya que con nuestra sola supervisión no es suficiente para tratar al niño de manera eficaz. Tampoco podemos olvidar que cada niño con TDAH es diferente de otro, ninguno presenta ni los mismos comportamientos, actitudes y síntomas en el mismo porcentaje que otro, debido a la influencia cultural, social y educativa que les diferencia. Aun así, los síntomas generales se centran en:

- La mala organización de los deberes, las tareas en casa o en el colegio, así como del material.
- La verborrea que presentan en cualquier momento, hablando impulsivamente, incluso, respondiendo sin escuchar toda la pregunta.
- Las interrupciones o la invasión de la otra persona tanto de manera oral como física.
- Las conductas disruptivas unidas a la agresividad en algunos momentos, su nivel alto a la frustración sin aceptar las normas sociales como atender al turno de palabra, levantarse en situaciones no adecuadas, no modular la voz en momentos necesarios, etc.

Los problemas que se presentan en el aprendizaje y el marcado fracaso escolar suelen ser el principal motivo de consulta en niños de esta edad<sup>4</sup>. Aproximadamente el 30% de los niños con TDAH tiene problemas de aprendizaje y repite algún curso.

Al revisar diferentes artículos y portales online, puede llamar la atención no sólo cómo va cambiando la sintomatología del TDAH según la edad, sino cómo varían estos mismos según el sexo. Según un estudio de Lahey et al. (1994), entre niños y niñas existen porcentajes diferentes en la presentación de los síntomas del TDAH. Existen diferencias notables de porcentajes en la presentación del TDAH según el sexo. El niño varón con TDAH presenta un mayor porcentaje que las niñas en la aparición conjunta de los tres síntomas: hiperactividad, inatención e impulsividad, de un 85% en niños frente a un 65% en niñas. Curiosamente, no ocurre lo mismo sólo con la inatención sin ningún otro síntoma asociado, con la que las niñas muestran un porcentaje mayor, del 30% frente al 16% en varones. Además, hay una ligera variación en la aparición conjunta de la impulsividad más la hiperactividad, en la que las niñas presentan un 5% y los niños un 4%.

Pero, cuáles son los **síntomas que presentan las niñas** a diferencia de los niños es un punto importante a abordar en este apartado, ya que el diagnóstico en niñas es menor, no sólo porque sea menos frecuente en ellas, sino porque los síntomas del TDAH en las niñas se desconoce más, ya que

---

<sup>4</sup> Spencer TJ. Psiquiatra.

no se muestran de manera tan evidente en la vida cotidiana. El perfil es la de una niña que quiere trabajar, inatenta y que, aparentemente, da la sensación de no llegar al nivel exigido por el currículo a pesar del esfuerzo. Las niñas presentan los siguientes síntomas:

- Fantasear: dando la sensación de estar constantemente “en las nubes”, dando la sensación de niña soñadora o, incluso, con poca disposición hacia el trabajo.
- Lentitud en iniciar y realizar el trabajo escolar: pudiéndose tildar a la niña de “vaga”.
- Ansiedad por el resultado de su trabajo: con un alto nivel a la frustración.
- Hablar demasiado: molestando constantemente en los momentos que requieren más atención en el ámbito escolar.
- Actuar tontamente o llamar la atención.
- Hiperreactividad emocional (romper a llorar de pronto, tener rabieta,...): con cambios o momentos exagerados de humor.
- Carácter autoritario: alejándola emocionalmente, en momentos de juego, de sus compañeros por querer salirse con la suya en juegos, dinámicas o actividades.

Habiendo tenido la intención de clarificar los síntomas relevantes de la infancia, debido a la importancia del paso de la **Educación Primaria a la Educación Secundaria**, como maestros que somos, no podemos dejar de presentar los síntomas más importantes en los **adolescentes** ya que, en nuestras funciones como maestros, se encuentra la puesta en marcha, en dicha transición, la transmisión de conocimientos del TDAH y el asesoramiento y gestión de estos síntomas con las familias, para que la transición de una etapa a otra, tanto educativa como madurativa, sea lo más eficiente posible. El 70% de los adolescentes sigue presentando síntomas, mientras que el 30% estos comienzan a remitir. Veamos qué síntomas están unidos a las tres grandes dificultades del TDAH:

1. **Inatención:** mantener una conversación larga, ver una película o realizar un examen largo, podría antojarse una tarea difícil, unido al impacto del riesgo académico que ello supone. Las tareas de esfuerzo mental largo suelen ser evitadas por el adolescente.
2. **Hiperactividad:** la hiperactividad motora, aunque puede estar presente con golpecitos con los dedos, los pies, jugueteando con el bolígrafo o tocándose el pelo de manera excesiva, se traduce mayormente en esta etapa, con una sensación de inquietud interior, impaciencia o desasosiego.
3. **Impulsividad:** pueden interrumpir conversaciones con frecuencia, ofender con lo que dicen por no pensar antes de hablar o invadir físicamente a los demás por lo que pueden tildarse de maleducados.

Todo esto puede tener consecuencias asociadas al déficit de las habilidades sociales, la falta de organización y planificación, la poca integración en el grupo y pocos amigos y los frecuentes cambios de humor e irritabilidad, por lo que además puede llevar a una falta de empatía, de asertividad, de dificultad en la comunicación verbal y no verbal e, incluso, de que no sean socialmente aceptados.

Como maestros, no podemos obviar la evolución del trastorno a lo largo de la vida, ya que esa visión es la que nos va a proporcionar una buena acción desde la etapa de Educación Primaria y un buen tratamiento y coordinación. Si tenemos en cuenta hacia dónde se puede dirigir el niño, hacia qué lugar evoluciona el trastorno, mayores serán nuestras posibilidades de éxito con el niño desde su infancia. Por ello, basándonos, entre otros, Ramos-Quiroga, Bosch-Munsó, Castells-Cervelló, Nogueira-Morais, García-Giménez & Casas-Brugué, (2006), nos centraremos, por último, en los **síntomas de la edad adulta**, cuyo 50% de la población sigue continuando con los síntomas del TDAH. Para poder estudiarlos claramente, me parece interesante describirlos dentro de los tres grandes bloques de síntomas reflejados anteriormente:

1. **Inatención:** se continúa con problemas de concentración y la dificultad para empezar o terminar proyectos, presentando una facilidad pasmosa para olvidarse de las cosas.
2. **Hiperactividad:** está menos presente, pero tienen una actividad constante por lo general, con horarios sobrecargados y mal organizados, Wnder (1998), junto con un trabajo que requieren mucha ocupación que se traduce en una adicción al mismo, dejando desocupados otras situaciones de la vida, como el contexto familiar o de ocio.
3. **Impulsividad:** terminar las relaciones prematuramente, cambiar de trabajo constantemente, carecer de paciencia para distintas actividades, perder el control, conducir de forma temeraria (con un mayor porcentaje de accidentes) o el consumo de tóxicos como nos indica Kessler, Adler, Barkley et al. (2006), son los síntomas más importantes que prevalecen en la adultez relacionadas con la impulsividad.

Todos estos síntomas influyen en la vida familiar, de ocio o en la laboral donde pueden aparecer la ansiedad y un cambiante estado de ánimo que podrían empeorar cada uno de dichos contextos. Es imprescindible distinguir algunos de los síntomas existentes en **la edad adulta en las mujeres**, en las que se observa un importante crecimiento en el número de mujeres afectadas por el trastorno, igualando prácticamente el número de varones. Se ha detectado un creciente número de mujeres adultas que acuden a profesionales de salud mental reportando dificultades en la atención.

### 5.3.5. Las comorbilidades que puede presentar el TDAH

La plataforma online TDAHYTU (2015) nos explica de una manera concisa, breve y precisa, en qué momento podemos utilizar la palabra comorbilidad, que sería una de las primeras preguntas que nos podríamos hacer al leer el título que nos ocupa. Cuando es frecuente que un trastorno esté asociado, por sus características a otra serie de trastornos, podemos decir que presenta comorbilidades. El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad puede presentarse junto con otros trastornos psiquiátricos asociados. Estos trastornos son lo que llamamos trastornos comórbidos. Frecuentemente, cuando nos encontramos con un TDAH con comorbilidades se complica el diagnóstico, empeora la evolución y puede que exista una menor respuesta al tratamiento.

Cuáles son los factores asociados a que pueda existir una comorbilidad, sería otra de las preguntas interesantes. En primer lugar, **un diagnóstico tardío** que haya prolongado demasiado los síntomas sin ningún tipo de tratamiento, por lo que es importante tener en cuenta que una detección precoz disminuye el riesgo de aparición de trastornos comórbidos. Según Castells (2006)<sup>5</sup>, cuanto más edad presentan los pacientes con TDAH, más probabilidades existen que tengan un trastorno de conducta asociado. Dicho autor, nos indica claramente que si el trastorno por déficit de atención e hiperactividad no recibe el tratamiento adecuado, los niños pueden desarrollar con mayor frecuencia conductas agresivas y/o antisociales.

En segundo lugar, **un bajo cociente intelectual** que agrave las capacidades lógicas, lingüísticas, matemáticas y sociales del individuo y, en tercer lugar, **un bajo nivel educativo y cultural** cuyo contexto más deprimido someta al alumno a una mayor dificultad para normalizar sus aptitudes sociales y/o académicas. Podríamos señalar, además, que otros factores asociados como los **trastornos específicos del aprendizaje, el TDAH combinado de larga duración** o la presencia de **antecedentes familiares** con TDAH, depresión, ansiedad o con trastorno bipolar, agravarían la situación del niño o adulto con TDAH, apareciendo comorbilidades que pudieran empeorar su evolución o la hiciera más lenta.

En este momento, volvemos a acudir al DSM-V que refleja los trastornos comórbidos al TDAH, recordando que es importante tener en cuenta que sólo podemos hablar de trastornos cuando las manifestaciones de éste se presentan con mayor frecuencia que las observadas en niños de su edad, centrándonos ya en la etapa de educación primaria, y con un mismo grado de desarrollo. Según Castells (2006) un 65% de los individuos que padezcan TDAH pueden presentar otras alteraciones psicopatológicas. Para un tratamiento adecuado, es fundamental conocer qué patologías suelen tener asociadas. Las más frecuentes son:

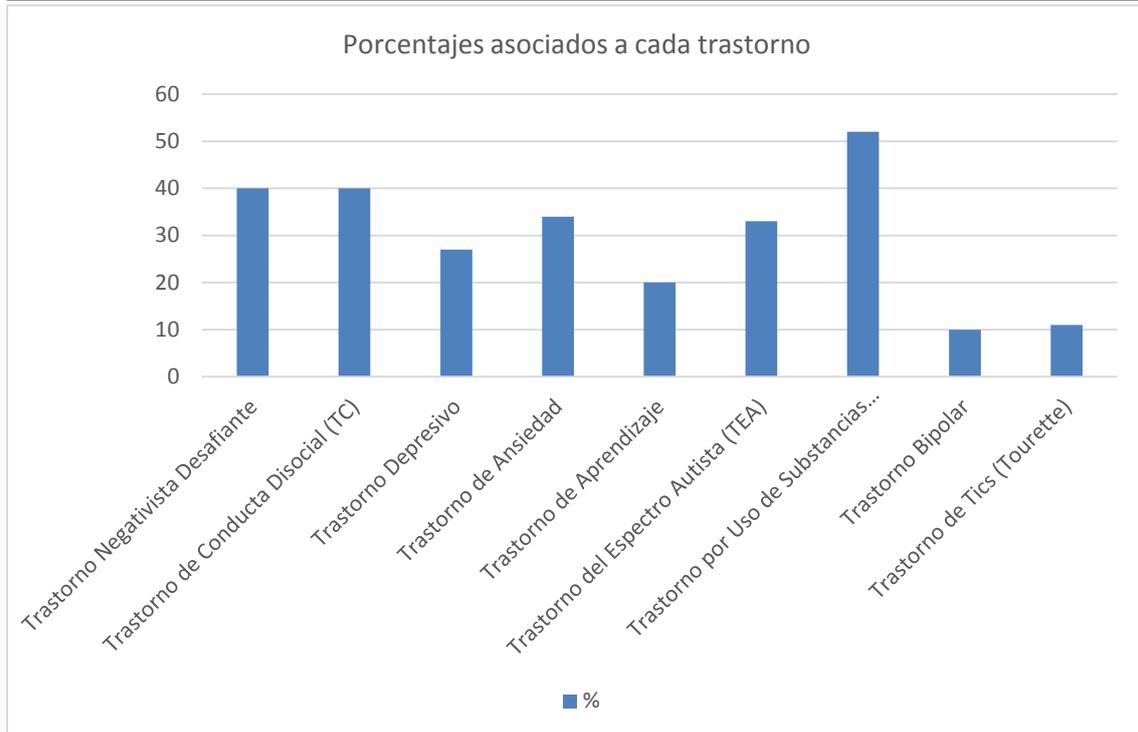
---

<sup>5</sup> Paulino Castells, doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona y especialista en Neurología, Psiquiatría y Pediatría.

- **Trastorno Negativista Desafiante (TND):** presentan cóleras frecuentes, pataletas, rechazan las órdenes de los adultos, se niegan a cumplir las peticiones que se les hacen, molestan a la gente de su entorno, se muestran muy susceptibles cuando se les molesta.
- **Trastorno de Conducta Disocial (TC):** suelen ser bastante protestones, con una conducta algo “chula”, amenazan e intimidan a los demás. Se meten en peleas y pueden tener conductas crueles con los demás o con animales.
- **Trastorno Depresivo:** se caracteriza por un estado depresivo crónico, que se manifiesta la mayor parte del día. Pueden estar irritables y presentar pérdida o aumento del apetito, falta de energía, baja autoestima, dificultades para concentrarse, insomnio o hipersomnia.
- **Trastorno de Ansiedad:** presenta inquietud o impaciencia, problemas para concentrarse irritabilidad, tensión muscular o alteraciones del sueño. Los trastornos de ansiedad más frecuentes en personas con TDAH son: ansiedad por separación, trastorno de angustia...
- **Trastorno del Aprendizaje:** interfiere significativamente en el rendimiento escolar o en las actividades de la vida cotidiana que exigen habilidades para la lectura, escritura, cálculo matemático y desarrollo del lenguaje narrativo. Afecta también a la productividad y fluidez en el desarrollo de tareas que requieran organización. Presentan un vocabulario muy limitado, mala construcción de las frases y conjugan mal los tiempos verbales.
- **Trastorno del Espectro Autista (TEA):** presentan problemas de interacción social, problemas de comunicación y un patrón repetitivo de conductas.
- **Trastorno por Uso de Sustancias (TUS):** tener TDAH aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias adictivas. Además el TDAH se ha asociado con un inicio más temprano del abuso de sustancias, con un mayor número de diagnósticos comórbidos de TUS y con mayores dificultades para mantener la abstinencia tras las desintoxicaciones.
- **Trastorno Bipolar:** el niño o adolescente con Trastorno Bipolar, se caracteriza por cambios de humor extremos, aumento del nivel de energía, pensamiento acelerado, disminución del sueño, síntomas psicóticos como alucinaciones o delirios.
- **Trastorno de Tics (Tourette):** se caracteriza por movimientos o vocalizaciones involuntarias de forma rápida y recurrente, no rítmica que comienza repentinamente y en apariencia carece de finalidad.

Gráfico 1

Porcentajes asociados a cada comorbilidad del TDAH. Elaboración propia.



Quintero Gutiérrez, Correas Lauffer & Quintero Lumbreras (2009), nos señalan que las **niñas**, comparadas con los niños, tienen menos comorbilidad con el trastorno negativista desafiante (TND), el trastorno de conducta, del aprendizaje, tics y depresión. Sin embargo, pueden presentar más trastornos de ansiedad que los varones. Con una infancia que puede estar llena de fobias específicas y ansiedad por separación o una infancia tardía con un trastorno de ansiedad generalizado.

Biederman, Faraone, Spencer, Wilens, Norman, Japey & Doyle (1993), nos indican que cerca del 70-90% de los adolescentes con TDAH puede padecer un trastorno asociado y que, dentro de los trastornos comórbidos más frecuentes en la **adolescencia**, están el Trastorno Negativista Desafiante (TND), la depresión y el Trastorno por Uso de Sustancias (TUS).

En las **chicas adolescentes** prevalecen la fobia social y la adolescencia tardía con ataques de pánico en muchos de los casos registrados. Se agudizan más los problemas relacionados con las comorbilidades, en el caso de las **mujeres**, a las que les afecta principalmente la depresión.

### 5.3.6. Etiología del TDAH

Si nos detenemos a analizar los estudios actuales existentes del TDAH, lo más probable es que se nos indique en la mayoría de artículos y manuales que, probablemente, sea uno de los trastornos más estudiados en el área de la Psiquiatría Infantil y Juvenil. Casi todos coinciden en que se trata de un trastorno fundamentalmente genético en el que en un 70-80% de los casos el origen es

hereditario, es decir, que no se adquiere a lo largo de la vida sino que se nace con dicha carga genética, demostrándose una transmisión familiar.

Aclarado este punto, me parece esencial detenerme en los **neurotransmisores** como la “*dopamina*” y la “*noradrenalina*”, cuya producción insuficiente, está demostrado, que está estrechamente vinculada a la aparición del TDAH.

Los neurotransmisores son sustancias químicas cuyo objetivo es producir una correcta comunicación entre las neuronas. Dos neurotransmisores esenciales para que esta comunicación llegue a producirse forma adecuada son la adrenalina y la noradrenalina, cuya producción en el niño con TDAH es irregular o insuficiente lo que genera una dificultad en dicha comunicación.

La Federación de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (2002) nos hace la una pregunta básica, con el objetivo de concienciar de la importancia de los neurotransmisores, como a qué áreas del cerebro afectan ese déficit de dopamina y noradrenalina. Nos señala, principalmente a tres áreas: al córtex prefrontal, al cuerpo caloso y a los ganglios basales. Basándonos, entre otros, en Gallego & Gallardo (2003) en su Manual de Logopedia, resaltaré las funciones de cada parte enumerada y qué aspectos diferenciales se presentan en los niños con TDAH:

- **Córtex prefrontal:** se encarga de planificar una acción, iniciarla, controlar si se está haciendo bien o mal, corregir los errores, es decir, abarca la función ejecutiva, evaluando si se está siguiendo el plan, de qué manera se pueden evitar distracciones o de qué forma se consigue llegar a ser flexible si las circunstancias cambian. Los niños con TDAH tienen un córtex prefrontal más pequeño, que funcionan a un ritmo menor que en circunstancias normales.
- **Cuerpo caloso:** es un conjunto de fibras comisurales que unen ambos hemisferios cerebrales, coordinando ambos lados. Estas fibras son cilindros de células piramidales de la corteza. El déficit de la cantidad de neurotransmisores se puede traducir en dificultades en las áreas motoras y en la alteración de sus funciones o la falta de prevalencia de algún hemisferio, lo que se traduciría en movimientos involuntarios o, incluso en las dificultades en el habla y en la lectoescritura.
- **Ganglios basales:** incluyen la corteza frontal, el cuerpo caloso y los ganglios basales llamados globus pallidus y núcleo caudado que se encargan de coordinar o filtrar la información que llega de otras regiones del cerebro. El globus pallidus y el núcleo caudado son más pequeños en niños con TDAH, por lo que, al reducir la información que llega de otras zonas e inhibir las respuestas automáticas, estas zonas están implicadas en el control de los impulsos.

La Federación también nos indica que los estudios sugieren que no existe una única causa que provoque el TDAH; éste se origina, más bien, en respuesta a muchas causas que se dan a la vez en el niño que lo desarrolla. Por consiguiente, podremos distinguir entre:

**Factores genéticos:** la investigación en genética molecular y TDAH esté todavía poco desarrollada, pero los estudios han revelado que existe asociación entre algunos genes candidatos y el TDAH. El TDAH se asocia con marcadores en los cromosomas 4, 5, 6, 8, 11, 16 y 17.2 Se han identificado 8 genes, de los cuales, 7 han mostrado una asociación estadísticamente significativa con el TDAH, según nos dice Faraone, Perlis, Doyle, Smoller, Goralnick, Holmgren et al. (2005). Por otro lado Acosta (2007) nos dice textualmente:

“Cada día estamos más cerca de la definición de marcadores genéticos específicos que confieran una susceptibilidad genética al TDAH. Sin embargo, la identificación de estos marcadores no indica el final de la vía diseñada durante años en la investigación genética del TDAH”. (p.40).

**Factores biológicos:** prenatales (durante el embarazo), perinatales (durante o en torno al nacimiento) o genéticos. Actualmente, se puede afirmar que el TDAH es altamente hereditario y que está más relacionado con la genética que con el entorno, aquellos niños cuyo padre o madre hayan sufrido TDAH tienen un 75% de probabilidades de padecer este trastorno. El bajo peso al nacer multiplica por tres el riesgo de presentarlo o que la madre fuma, beba o ingiera estupefacientes.

**Factores psicosociales:** resaltar, especialmente, que estos factores **no se consideran críticos en la etiología del TDAH**, no se cree que sean factores determinantes, pero sí desempeñan un papel importante en el trastorno, por lo que su profundización en ellos, puede ser una clave esencial en nuestra intervención. Basándonos en lo citado por Quintero, Jiménez y García (2011). Los entornos desfavorecidos, los problemas familiares, la malnutrición, la exclusión o los hogares en riesgo social contribuyen al desarrollo o prolongación, así como la perpetuación del TDAH, lo que, además, tiene como resultado un deterioro de la conducta, un mayor fracaso escolar y un ambiente desorganizado y desestructurado.

### 5.3.7. La medicación para el niño con TDAH

La guía para padres sobre medicamentos de la American Academy of Child & Adolescent Psychiatry y la American Psychiatric Association apoyada por la fundación Elaine Schlosser Lewis<sup>6</sup>,

---

<sup>6</sup> Maestra de educación especial, defensora de los niños con trastorno de atención para la esperanza de un futuro productivo y satisfactorio, mucho antes de que el diagnóstico fuese comúnmente aceptado.

en su revisión (2013), nos aporta una serie de elementos interesantes a tener en cuenta con el objetivo de guiar a los padres y profundizar sobre el tema que nos concierne en este título.

Nos detendremos en las siglas MTA o, también llamado, estudio de tratamiento Multimodal con niños con TDAH. El instituto Nacional de salud Mental (NIMH, con sus siglas en inglés), inició en 1992 su estudio, con el que se demostró que los medicamentos estimulantes son más efectivos para tratar los síntomas que el TDAH presenta. Este estudio se complementó con la importancia del ajuste periódico de la dosis para el niño, para obtener una mejor respuesta de la medicación. La MTA ha evaluado la seguridad y estos medicamentos que ofrecen las siguientes evidencias y que, por consiguiente, reafirman su efectividad:

- Reducen la hiperactividad y la impulsividad.
- Mejoran la atención.
- Aumenta la capacidad de llevarse bien con los demás.
- Ayuda a familias, maestros y niños a descubrir formas para manejar y modificar los comportamientos que causan problemas en casa y en la escuela.

La guía nos resalta cómo la medicación suaviza el trastorno y palía las dificultades que los niños con TDAH presentan, mejorando y normalizando su vida llenándoles de nuevos conocimientos y experiencias pero **no cura el trastorno** por lo que incide en la importancia del monitoreo, como así lo llama, constante de la medicación, evaluando y reajustando la medicación.

Muchos de los medicamentos recetados para el TDAH han sido aprobados por la FDA, con siglas en inglés, es decir, por la Administración de Alimentos y Medicamentos. Las farmacéuticas solo pueden promocionar o publicitar aquellos medicamentos que la FDA haya aprobado pero existen otro tipo de medicamentos llamados, “*fuera de etiqueta*” que no se han estudiado específicamente para una población en concreto pero lo que no significa que no pueda ser de ayuda. Hasta el año 2002, los únicos medicamentos aprobados por la FDA eran medicamentos, clasificados, solamente, como estimulantes, efectivos, incluso, para niño con Síndrome de Tourette. Dos medicamentos estimulantes son el Metilfenidato y las Anfetaminas, altamente efectivos para el TDAH, están muy bien estudiados y son seguros para niños sanos, con revisión y supervisión médica, como es evidente.

Pero, existen casos, en lo que la administración de medicación estimulante no es efectiva, debido a posibles efectos secundarios o la existencia de enfermedades, por lo que se recomiendan medicamentos no estimulantes, como los aprobados por la FDA: la atomoxetina (Strattera) y dos medicamentos originalmente desarrollados para tratar la presión arterial alta –guanfacina de liberación prolongada (Intuniv) y clonidina de liberación prolongada (Kapvay). Aunque está demostrada la eficacia de sus efectos para paliar las dificultades de niños con TDAH, se recomiendan después de haber probado con los estimulantes.

Tabla 2

Medicamentos estimulantes: anfetaminas. Tomado de La guía para padres sobre medicamentos elaborada por la American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.

<b>MEDICAMENTOS ESTIMULANTES: ANFETAMINAS</b>		
<i>CLASE</i>	<i>NOMBRE COMERCIAL</i>	<i>NOMBRE GENÉRICO</i>
<i>Anfetaminas</i>	Adderall	Sales mixtas de anfetamina.
	Adderall XR	Sales mixtas de anfetamina de liberación prolongada.
	Dexedrine	Dextroanfetamina.
	Dexedrine Spansule	Dextroanfetamina.
	Vyvanse	Vyvanse lisdexamfetamina (de liberación prolongada).

Tabla 3

Medicamentos estimulantes: Metilfenidato. Tomado de La guía para padres sobre medicamentos elaborada por la American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.

<b>MEDICAMENTOS ESTIMULANTES: METILFENIDATO</b>		
<i>CLASE</i>	<i>NOMBRE COMERCIAL</i>	<i>NOMBRE GENÉRICO</i>
<i>Metilfenidato</i>	Concerta	metilfenidato
	Daytrana	metilfenidato (parche)
	Focalin	dexmetilfenidato
	Focalin XR	dexmetilfenidato de liberación prolongada
	Metadate ER	metilfenidato de liberación prolongada
	Metadate CD	metilfenidato de liberación prolongada
	Methylin	clorhidrato de metilfenidato (líquido y pastillas masticables)
	Quillivant XR	metilfenidato de liberación prolongada (líquido)
	Ritalin	metilfenidato
	Ritalin LA	metilfenidato de liberación prolongada
	Ritalin SR	metilfenidato de liberación prolongada

### 5.3.8. Controversia y debate en torno a la medicación para el niño con TDAH

Aunque la OMS haya aprobado la utilización, investigación y desarrollo de la medicación para alumnos con TDAH y, habiendo aclarado que, como cualquier otra medicación tiene una serie de efectos secundarios, el tema de la medicación para los niños, adolescentes o adultos con TDAH, continúa siendo un tema controvertido, con muchos sectores que difieren de la efectividad de la administración de la medicación y que sigue originando debate en sectores educativos, clínicos, sanitarios o familiares.

Sin ir más lejos, existen multitud de artículos de prensa que nos invitan a concluir que la medicación para los TDAH es una simple falacia que poco tiene que ver con centrar en el niño en la tarea sino calmarle, poco más que un efecto sedante. En muchos artículos, se pone el énfasis de la responsabilidad de la familia, cuyo quehacer y educación diarios, son las responsables de que un niño muestre más síntomas de hiperactividad o déficit de atención que otros y que es, la toma de normas y su buena comprensión e interiorización, la que llevan a los niños paliar el problema, falsamente llamado, TDAH.

En el diario ABC.es, el catedrático Pérez (2014), autor de «Volviendo a la normalidad», asegura que no hay biomarcador cerebral que justifique el Trastorno por Déficit de Atención con o sin hiperactividad. Insiste en que no existe ninguna condición neurobiológica ni genética identificada, y sí muchas familias donde no se asume que la educación de los niños es más difícil de lo que se pensaba. Poniendo el énfasis en que el problema, como apuntaba en el párrafo anterior, parte de la educación de los padres, madres o tutores. Los expertos en TDAH afirman que este trastorno mental/psiquiátrico del neurodesarrollo conlleva ciertas particularidades cerebrales, y niveles anormales de sustancias neurotransmisoras pero él lo achaca a que las características del cerebro de un músico es diferente de que no lo es y que ello no prueba que de este elemento, nazca el trastorno. También recoge en su obra que muchos clínicos, y hasta laboratorios farmacéuticos, reconocen que no hay biomarcadores específicos y que, por lo tanto, no hay bases neurológicas establecidas para el diagnóstico. Incluso, arremete contra la actual LOMCE que contiene, como vimos en el marco legislativo del presente trabajo, al alumno con TDAH, afirmando que el político no está haciendo ningún bien a estos alumnos y familias. Repite en varias ocasiones, cómo los alumnos con TDAH, en la mayoría de los casos, provienen de familias con una gran problemática social.

Deteniéndose en la medicación nos dice claramente que los efectos secundarios de la medicación es algo que afirma en su obra y señala que los padres no son muy conscientes de los mismos. Me parece de gran importancia, citar textualmente lo que nos afirma en este artículo de prensa acerca de este tema y que dio mucho que hablar en los debates online y en las asociaciones de TDAH:

La utilidad de la medicación, hasta donde lo es, no se debe a que esté corrigiendo supuestos desequilibrios neuroquímicos causantes del problema, como se da a entender, sino a que el propio efecto psicoactivo de la droga estimulante puede aumentar la atención o concentración, como también lo hace el café. La medicación para el TDAH no es, en rigor, un tratamiento específico, sino un dopaje: es la administración de fármacos o sustancias estimulantes para potenciar artificialmente el rendimiento. (Marino Pérez, 2014, recuperado <http://www.abc.es/familia-padres-hijos/20141020/abci-trastorno-deficit-atencion201410171200.html>).

A estas opiniones vertidas por Pérez, se unen las de Tizón<sup>7</sup> (2016), que expresa en los Cuadernos de Pedagogía una opinión a caballo entre la oposición total a la medicación y la toma de la misma como opción desde el inicio del diagnóstico. Tizón, piensa que el tratamiento farmacológico no es una buena opción y que, antes de tomar una decisión que pueda comprometer la salud del niño, comparando la medicación con las anfetaminas consumidas en los *afterhours*, el niño y su familia deberán pasar por procesos previos hasta llegar a la toma de la misma:

1. La acogida y exploración contenedoras, tanto del niño como de la familia, prohibiendo, de manera tajante y primordial, la medicación si las entrevistas y juegos con el niño no se han producido.
2. Medidas de higienización, como así las denomina, y orientación a la familia, allegados y escuela. Refiriéndose a una terapia psicodinámica o cognitivo-conductual.
3. Introducir, si las anteriores se muestran fallidas ante el avance del niño o la niña, técnicas especializadas de tención psicoeducativa unida, además a la de la familia.
4. Si el cuadro se presenta grave, se podría usar fármacos sintomáticos, en dosis y tiempos cortos, nunca psicoestimulantes, que serán escogidas según su comportamiento y el contexto.
5. Compaginar todo lo anterior con el asesoramiento psicopedagógico o de los maestros o profesores.
6. El uso de psicoestimulantes habría que reservarlo para casos en los que todas las medidas anteriores no ha demostrado avance significativo en los síntomas del alumno, puntualizando que dicho tratamiento no es etiológico, que va a la causas, por lo que habría que revisar pronto su uso.

Otra opinión que se difunde en estos Cuadernos de Pedagogía es la de Freire<sup>8</sup> (2016). Cercano a Pérez, no ve como opción los fármacos en ninguno de los casos, alegando que es un grave

---

<sup>7</sup> Psiquiatra y neurólogo, psicólogo y psicoanalista. Fundador y exdirector del Equipo Piloto de Salud Mental La Verneda, La Pau y La Mina y del Equipo de Atención Precoz a los Pacientes de riesgos de Psicosis (EAPP).

<sup>8</sup> Periodista

error introducir sustancias psicoactivas en el cerebro inmaduro de un niño, porque desconocemos los efectos que puede tener a largo plazo. La medicación puede calmar en momentos de estrés familiar pero en la mayoría de los casos, crean dependencia e irresponsabilidad, tanto en dicho entorno como en el propio sujeto, nos dice. Propone transformar los contextos familiares, educativos y sociales de los niños para que les permitan satisfacer necesidades auténticas de movimientos, juegos, atención, etc., resaltando la importancia del contacto con la naturaleza.

Por último, Guerra & Alda (2016) que son médicos psiquiatras, en el Hospital San Joan de Deu, sin quitar importancia a la complejidad del diagnóstico, apoyan lo reflejado en todas las guías de práctica para el TDAH en niños y adolescentes, poniendo de ejemplo, la Guía Salud en España, que apoyan el uso de los medicamentos como el metilfenidato, la atomoxetina y la dexanfetamina.

### 5.3.9. Mitos del TDAH

Todos los portales web y profesionales que se encargan de proteger al alumno o individuo con TDAH, se encargan de reflejar los mitos que existen en torno al TDAH y, además, trabajan por aclarar de manera empírica o científica de qué manera esos mitos se derrumban cuando vives o trabajas con el trastorno. Desde la Universidad Clínica de Navarra (2015) se nos explican algunas falsas creencias sobre el TDAH:

1. **Los padres tienen la culpa del TDAH y el diagnóstico es poco fiable:** el 75% del trastorno es genético, por lo cual su origen es biológico y, por lo tanto, afecta al nivel y atención en la actividad, a la inhibición de ideas o actuaciones y a la concentración entre otros factores relevantes para la vida cotidiana del individuo, por lo que su diagnóstico es muy fiable. Estas conclusiones confrontan con lo expresado por Cano<sup>9</sup> (2010) que nos dice que no es una enfermedad orgánica, sino un conjunto de perturbaciones formando parte de una secuela más del maltrato infantil, cuya solución reside en más afecto y comprensión, por parte del adultos responsables. Además, se rompe otro falso mito al pensar que **los síntomas de TDAH son leves, se trata de una enfermedad falsa, fruto del poco aguante de los padres de hoy, del perfeccionismo y la exigencia excesivos**, ya que tenemos una base científica sólida que ha probado lo contrario.
2. **El tratamiento del TDAH deber ser primero sin medicación, y si no mejora se puede usar medicación, porque los fármacos son peligrosos:** es otro falso mito más que aclara la Universidad de Navarra. El tratamiento del TDAH pasa por un entrenamiento de los padres, definiendo reglas de disciplina y normas sociales, los profesionales a nivel escolar o de apoyo en actividades, dirigiendo planes de actuación en los centros en las diferentes

---

<sup>9</sup> Psicoterapeuta y Escritor.

áreas... por lo que la medicación no debe de ser nunca la única salida, sino una coordinación entre todos, aunque la toma de la medicación sea imprescindible en la mayoría de los casos. Cuanto más sepan, lean y pregunten los padres sobre el TDAH mejor podrán ayudar a su hijo.

La fundacioncadah (2012) sigue haciendo incisos en la medicación aclarando falsos mitos que la rodean, como los siguientes:

- 3. Las medicaciones producen adicción, porque son drogas o la medicación produce la medicación una reducción del crecimiento en altura del niño:** el Metilfenidato, del que hablamos en páginas anteriores, no produce adicción. Aunque químicamente es similar a la anfetamina, a dosis normales, no produce efecto euforizante. El Metilfenidato, al tratar el TDAH, de hecho reduce el riesgo de que el niño en el futuro abuse de drogas, porque disminuye su impulsividad. Por otra parte, respondiendo al mito del crecimiento, hay estudios que prueban una menor talla en edades anteriores a la adolescencia pero no se encontraron diferencias más tarde, alcanzando la talla esperada en la adolescencia.

Ruiz-Lozano (2006)<sup>10</sup> se encarga de romper falsos mitos y poner sobre la mesa las realidades del TDAH:

- 4. Los sujetos que tienen TDAH de niños lo superan al llegar a la adolescencia:** en muchas ocasiones, los deterioros debidos al TDAH no son muy apreciables hasta la adolescencia, debido al mayor control que se requiere en la escuela y en los entornos en los que nos desarrollamos en la infancia. Además, el TDAH puede ser sutil pero poder presentar más dificultades durante la adolescencia que en la infancia.

---

<sup>10</sup> Psiquiatra Infanto-Juvenil. Servicio Murciano de Salud.

## 6. TRATAMIENTO MULTIMODAL: PSICOLÓGICO, MÉDICO Y EDUCATIVO

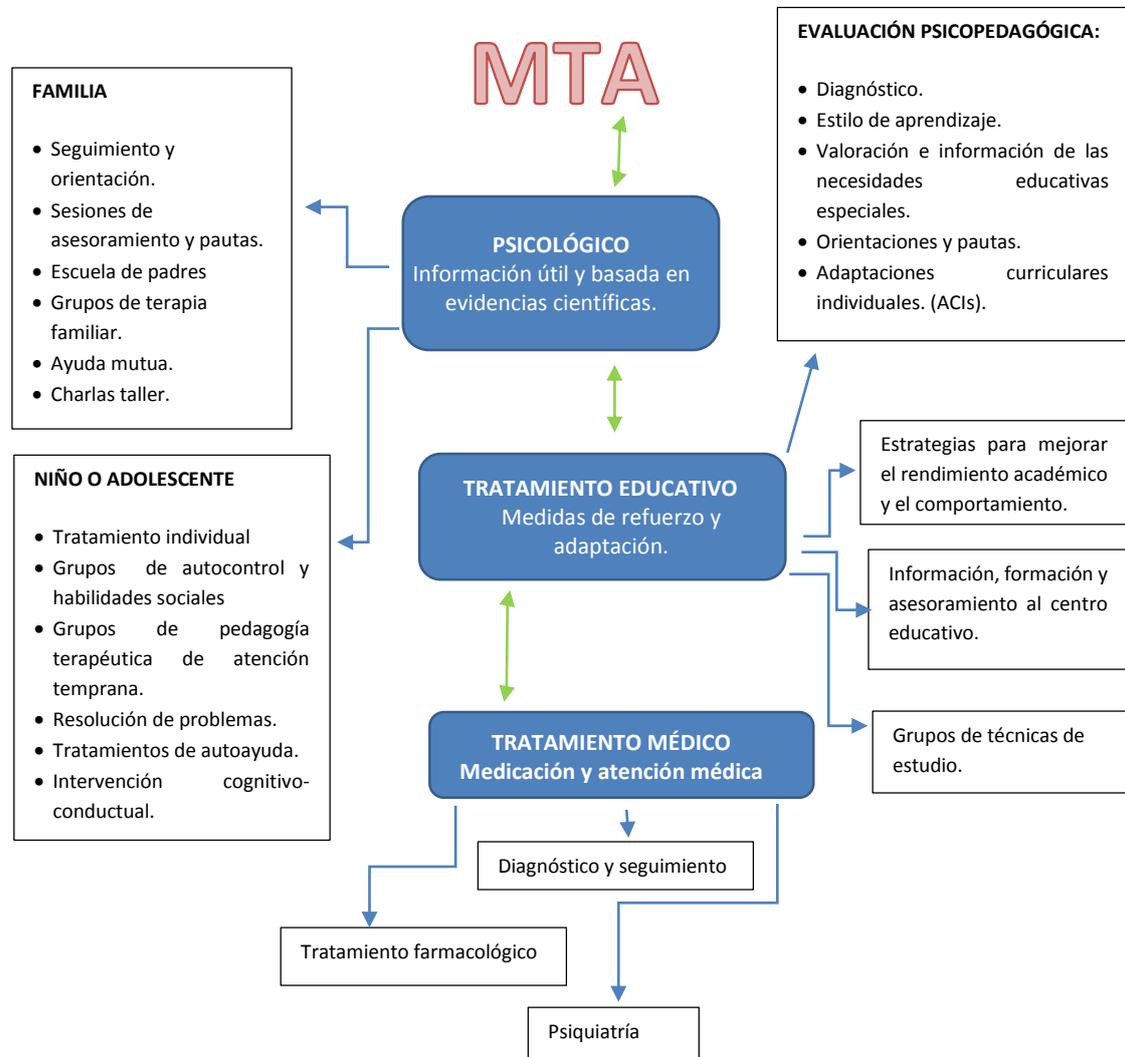


Figura 2  
Tratamiento multimodal (MTA) con los niños y adolescentes con TDAH. Elaboración propia.

Hoy en día el tratamiento multimodal sigue siendo un trabajo imprescindible y fundamental de referencia en lo que al tratamiento del TDAH se refiere. EL MTA (estudio multimodal de tratamiento de niños con TDAH) se diseñó para evaluar las posibles opciones de tratamiento disponibles con niños con este tipo de trastorno. Los primeros estudios de campo, Loro-López, Quintero, García-Campos, Jiménez-Gómez, Pando, Varela-Casal, Campos & Correas-Lauffer (2009), fue realizado en los 90 por el National Institute of Mental Health, a seis equipo de intervención independiente con muestras de tratamiento a lo largo de 14 meses con diversos grupo de tratamiento,

desde tratamientos farmacológicos hasta combinados con terapias conductuales. Las conclusiones fueron claras: un tratamiento combinado ofreció importantes ventajas, reduciendo los síntomas, frente al resto de las opciones. Es decir, un tratamiento de Metilfenidato de liberación inmediata junto con un tratamiento conductual basado en técnicas psicológicas estructuradas. Lo que se puntualizaba de manera explícita es que los resultados no implicaban que la terapia conductual no pudiera realizarse sola para el TDAH en determinadas situaciones clínicas.

### 6.1. Tratamiento psicológico y metodología

El tratamiento psicológico se basa en estrategias conductuales, como nos explica la plataforma online fundacionadana.org. Las terapias utilizadas consisten en estrategias conductuales que se deben emplear de manera el más precozmente posible ya que es una medida para mejorar el pronóstico y eficacia en cada uno de los contextos en los que el alumno se relaciona.

El registro de conductas previo será imprescindible para identificar los problemas o las dificultades y atajarlos. Los puntos del registro se basarán en:

- Las características de la conducta anómala y todas sus particularidades importantes.
- La intensidad de los síntomas, incluyendo consistencia y frecuencia.
- La expresión de los síntomas en relación con el entorno. En qué situaciones empeoran o mejoran.
- La evolución a lo largo del tiempo.

Posteriormente al registro, se planifican las estrategias que se deberán aplicar de manera continua sin establecer descansos, ni siquiera los fines de semana y cuya coordinación sobre las pautas utilizadas será esencial para el avance positivo de dichos síntomas. Por lo que el entorno escolar, familiar, escolar y médico, que tendrá que estar informado también, como veremos más adelante, deberán trabajar de manera conjunta. Por ello, se debe entrenar a los tutores en la identificación de los problemas que van apareciendo y en la idoneidad para aplica la técnica.

Otro aspecto a tener en cuenta es la importancia de la individualización del tratamiento según el caso. La intervención universal no existe en este tipo de programas y tratamientos debido a dos niños con TDAH serán similares en muchos síntomas y diferentes en otros y, atendiendo al registro inicial, se deberán incidir en aspectos distintos. Lo que en un niño una estrategia tiene un efecto positivo en otro no tiene por qué ser de la misma manera. Por ello, además, hay que reevaluar constantemente la efectividad de la evolución de la intervención mostrando afectividad al alumno y aclarándole que le damos disciplina y lo mejor para él y no castigos.

Rodríguez, Fernández-Mayoralas & Fernández-Jaén (2011) nos revelan algunas de las técnicas conductuales más importantes:

- **Reforzadores o también llamados premios:** se asocian a una buena conducta para que pueda tener mayor probabilidad de aparición. Pueden ser tangibles si es un pequeño regalo una vez haya aparecido la conducta positiva o intangible como un abrazo, un beso o una palabra de aliento o afectiva.
- **Economía de fichas:** se utilizan reforzadores mediante un registro y un calendario en el que se reflejan conductas positivas que tienen que sobrepasar un cierto número determinado para poder obtener el premio deseado.
- **Castigos:** si incidimos demasiado en el castigo el niño con TDAH no les dará importancia ya que estos niños están muy acostumbrados a ellos, debido a las interrupciones constantes que suelen hacer en muchos de los contextos en los que se desenvuelven. Por esto mismo, habrá que emplear un castigo cuando el comportamiento ha sido especialmente disruptivo. El castigo debe cumplir requisitos como que sea de poca frecuencia y de poca duración. Nunca puede ser descalificador sobre la persona y se debe acompañar de un componente afectivo y emocional para que el niño sienta la disciplina, no el alejamiento del mayor, ya que corremos el riesgo de mermar su autoestima. Nunca podremos decir “eres un chico malo por haber roto el vaso” sino “papá y mamá están tristes por lo que has hecho y van a tener que gastar el dinero en otro vaso”.
- **Técnica de contrato de contingencias:** este tipo de contratos recoge los resultados de una negociación. En primer lugar, se debate sobre un tema en el que existen posturas opuestas. Se llega a un acuerdo y éste se plasma en dicho contrato de contingencias. Antes de firmar el contrato se deben plasmar las consecuencias por su incumplimiento por ambas partes y, por último, se firma. Es muy efectivo con adolescentes pero también con niños de Primaria. En el contrato se deja visible para que no se olvide y se especifican qué cambios de actitud deben ocurrir para que el niño en cuestión pueda, por ejemplo, ir a la excursión en la que tiene que pasar la noche fuera.
- **Técnicas de extinción:** apropiadas para eliminar conductas negativas, desafiantes o, incluso, episodios intrusivos o explosivos, como así los denominan los autores. Ignorar es la palabra clave para poder extinguir dicha conducta desde el principio,

teniendo en cuenta que en los primero episodios en los que empleamos las técnicas de ignorancia, la actitud se incrementa el negativismo y el desafío porque le retiramos la atención pero que, poco después esa actitud se torna a positiva cambiándola totalmente. Puede ser que reitere dicha conducta pasado un tiempo por lo que nuestra ignorancia tiene que ser la misma con el niño.

Dentro del tratamiento psicológico nos encontramos con la intervención sobre el paciente en la que se introduce la psicoterapia cognitiva y el entrenamiento específico de ciertas habilidades sociales registradas y con las que el niño o adolescente muestra dificultad. En esta intervención también se introducen las técnicas de resolución de problemas y estrategias de auto-ayuda como métodos efectivos de intervención.

Hodgson, Hutchinson & Denson (2014) nos relatan la importancia que tiene la modificación de determinados pensamiento, creencias o actitudes en el niño o adolescente con TDAH. La psicoterapia cognitiva comprende una serie de técnicas psicológicas que se utilizan para modificarlos. Reestructurar el pensamiento es indispensable para lograr nuevas conductas positivas que se adapten a los contextos en los que el individuo convive con los demás y se utilizarán, por lo tanto, para reducir los problemas del comportamiento. Este tipo de psicoterapia requiere de aprendizaje y utilización por parte de terapeutas entrenados y con experiencia.

Como indicamos en puntos anteriores, la impulsividad e hiperactividad, así como el déficit atencional que estos niños presentan pueden desembocar en multitud de situaciones de alejamiento del niño con respecto de la sociedad y, como no, de sus compañeros en el contexto escolar, así como en ir asociado con un escaso manejo de las habilidades sociales. Para ello, la terapia de habilidades sociales y las técnicas de resolución de problemas son vitales para poder conseguir una mayor inclusión.

Es curioso cómo estos autores nos mencionan que existen otras técnicas de intervención sobre el paciente que presentan resultados de efectividades dispares y, en ocasiones, contradictorios. Una técnica que más ha aportado más evidencia científica positiva sea el *neurofeedback* que radica en un programa de entrenamiento de pacientes mediante el control individual de las ondas cerebrales utilizando tecnología electroencefalográfica. El objetivo es mejorar la atención y proporcionar una medida fisiológica de auto-control. El debate sigue siendo muy activo y controvertido en este sentido.

## 6.2. Tratamiento médico

La función del pediatra de Atención Primaria posee diversas funciones dentro del tratamiento bimodal que son claves para el avance del niño en cada uno de los ambientes en los que el niño vive y realiza estrategias alrededor del trastorno:

- **Asesoramiento:** el pediatra es una pieza clave en el asesoramiento, según criterios científicos y de utilidad, hacia cómo tratar el trastorno, dando pautas y normas básicas de comportamiento hacia el mismo, sin olvidar realizar una devolución de los puntos más importantes el TDAH: su origen, su evolución, sus modos de tratamiento, etc., pudiendo aportar manuales y páginas webs apropiadas para ello.
- **Coordinación:** en los momentos en el que el trastorno se diagnostica la coordinación es básica para el progreso del niño. Estar en contacto e informado de las actitudes y aptitudes del alumno en el centro escolar, de las demás actividades extraescolares, del comportamiento en casa, será esencial para tomar determinaciones y decisiones alrededor del niño. Además, no sólo será importante en los inicios del diagnóstico, sino a lo largo de la vida del niño, transmitiendo la información a otros posibles pediatras o médicos de cabecera, en el momento de la adolescencia o la adultez, que nos ayuden a seguir evaluando la evolución. En esencia, coordinar todas las estrategias terapéuticas que intervienen en el tratamiento multimodal del TDAH.
- **Tratamiento farmacológico:** con toda la información vertida sobre el pediatra y tanteados cada uno de los ambientes tratados, el profesional realizará una adecuada aproximación terapéutica inicial para evaluar si será necesaria o no una terapia farmacológica o no farmacológica.
- **Control y seguimiento continuo:** evaluando las recomendaciones dadas para alcanzar la mayor normalización, no sólo será importante en los inicios del diagnóstico la coordinación y el control, sino a lo largo de la vida del niño, transmitiendo la información a otros posibles pediatras o médicos de cabecera, en el momento de la adolescencia o la adultez, que nos ayuden a seguir evaluando la evolución. En esencia, coordinar todas las estrategias terapéuticas que intervienen en el tratamiento multimodal del TDAH.
- **Derivación:** puede que los casos que el pediatra tenga ante sus ojos, puedan necesitar de ayuda especializada que escape a los conocimientos o competencias del mismo. Para ello, será importante la derivación de la familiar (tutores, educadores, padres...), del niño a recursos especializados presentes en la zona, tales como: asociaciones de pacientes con TDAH, talleres organizados por la Consejería de Sanidad, psiquiatría, neurología, etc.

- **Asesoramiento profundo sobre el estado actual del TDAH:** pero cuando a los padres o tutores, se les presenta en su familia una realidad como el TDAH, el pediatra no obvia tener un primer momento de familiarización con el trastorno, no sólo con qué capacidades nos podemos encontrar en el niño sino con qué dificultades y presentar las tendencias y opiniones que rodean al trastorno: qué tratamientos han mostrado efectividad, cuáles no y qué modo es más efectivo para el niño en concreto.

## 7. ESTUDIO INDIVIDUAL DE PABLO

---

La intención de abordar un caso concreto de TDAH en un centro ordinario de un colegio público del distrito de Villa de Vallecas, tiene como objetivo centrar la atención del proceso real de un alumno con este trastorno en un aula de la etapa primaria, que nos ocupa.

Cómo ha sido su diagnóstico, qué estrategias estamos utilizando en el aula o cómo está siendo la coordinación con los diferentes profesionales podrán darnos una visión amplia del trabajo práctico que nos concierne en este TFG y con el que podemos aprender a sacar conclusiones en muchos de los ámbitos trabajados.

### 7.1. La localidad y el centro

El colegio para el que realizamos este estudio de campo es un centro de Educación Infantil y Primaria (CEIP), de línea 2 situado en el distrito de Madrid de Villa de Vallecas perteneciente, por lo tanto, a la Dirección de Área Territorial Madrid-Centro.

En el alumno influirá el ambiente y el nivel sociocultural de su entorno ya que es donde el niño jugará y se relacionará, por lo que es importante saber que el distrito acoge a población con un nivel socioeconómico medio-bajo con un gran porcentaje de inmigrantes, que se dedica, en general, al sector terciario. Casi todos los alumnos, incluyendo a Pablo, residen en bloques de pisos de pocas plantas.

El centro enriquece el nivel cultural del entorno ya que los niños conviven con diversas aulas que apoyan el juego simbólico, los sentidos, los Tratamientos de la Información y la Comunicación, en adelante, TICs, la lectura, con salas digitales y de acceso a la escritura interactiva y con una amplia oferta de actividades extraescolares, centradas en el baile, el ajedrez, el juego cooperativo en ludotecas y segundos idiomas que enriquecen la cultura y el lenguaje. Todo este entorno escolar favorece las competencias sociales de Pablo y sus relaciones afectivas con sus amigos, compañeros y maestros.

### 7.1.1. Recursos que ofrece la dirección de área territorial (DAT)

Además de los servicios del ayuntamiento, el centro se coordina con los distintos recursos dependientes de la DAT y que influirá en la vida escolar de Pablo y en su inclusión en el colegio:

- **CTIF o Centro Territorial de Innovación y Formación** que atienden a las necesidades específicas de formación, a la investigación e innovación, que nos asesora con cursos o ponencias especializadas en el TDAH para poder tratar de manera especializada a los niños con dicho trastorno.
- **SUPE o Servicio de Unidad de Programas Educativos** que le corresponde la coordinación, fomento, asesoramiento y seguimiento de las actividades y programas relacionados con la formación, el uso de las TICs o de la atención a la diversidad, entre otros muchos. Para ello, también se nos asesorará sobre posibles actividades para llevar a cabo en el centro encauzados a la normalización e inclusión de los alumnos con TDAH.
- **Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP)** que constituye el soporte técnico de la orientación, tanto en las etapas de Educación Infantil como en las de Educación Primaria, y que atiende al colegio los lunes, miércoles y jueves en horario de mañana para realizar un seguimiento de los distintos alumnos que lo precisan. Como veremos más adelante, se encarga de la evaluación psicopedagógica y seguimiento de Pablo dentro del centro escolar. También contribuye a la detección de las necesidades del alumnado, el asesoramiento al profesorado y la ayuda en realizar los protocolos correspondientes.

### 7.1.2. Algunos documentos de planificación del centro relacionados con el TDAH

La planificación educativa constituye el elemento fundamental que da cauce al artículo 120 de la LOE, ampliado por el punto 73 de la LOMCE, que otorga autonomía para elaborar el Proyecto Educativo en el que se incluyen programas que nos ayudan a fomentar la normalización de los alumnos con TDAH y entre los que destaco:

- **Plan para el fomento de la lectura, el desarrollo de la comprensión lectora y la mejora de la expresión oral:** con el fin de armonizar e impulsar las actividades relativas a la promoción y práctica de la comprensión lectora, básica para que el alumno con TDAH comprenda y se relacione con el mundo que le rodea.

- **Plan de Atención a la Diversidad:** documento de actuación para adaptar la respuesta educativa a las características de los alumnos, en concreto aquellos con TDAH. Nuestro centro cuenta con medidas de apoyo ordinario como grupos flexibles y sesiones de PT y AL, estas últimas partiendo de la evaluación psicopedagógica. En este plan se señala la importancia de la detección de las necesidades del alumnado en el colegio, en la que recae, principalmente en el maestro-tutor por el tiempo que pasa con el alumno y al que se considera el mayor responsable del maestro de enseñanza y aprendizaje del centro escolar.

### 7.1.3. La evaluación psicopedagógica como cauce fundamental hacia el tratamiento escolar

La evaluación psicopedagógica que se rige por la **Orden Ministerial de 14 de febrero de 1996** relativa a su elaboración y revisión, establece que la evaluación tiene que describir una serie de elementos esenciales para llegar al diagnóstico y las necesidades educativas especiales que el alumno presenta. La evaluación psicopedagógica, aunque es responsabilidad de la orientación, pueden colaborar con su observación maestros tutores y en la elaboración de diversas pruebas el maestro especialista en audición y lenguaje. Siempre con la autorización de los padres o tutores para dicha realización (*Anexo 1*). Es necesario ver, por consiguiente, los puntos relevantes en la vida de Pablo en la evaluación y de qué manera se llega al diagnóstico:

**ESCOLARIZACIÓN:** el alumno está escolarizado en 3º de la etapa de Educación Primaria y tiene 8 años de edad.

**MOTIVO DE LA EVALUACIÓN:** solicitud de evaluación por parte del equipo docente ya que el alumno está teniendo dificultades de adaptación y escasa evolución en los aprendizajes.

#### **PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN:**

- Revisión del expediente y coordinación del EOEP con el Centro de Salud Mental.
- Entrevistas con la familia y con los diferentes educadores en las actividades que realiza.
- Observaciones del aula y del patio y revisión de las tareas escolares.
- Escala de Inteligencia Wechsler<sup>11</sup> para niños-IV revisado (WISC-IV-R), entre otras. (*Anexo 2*).
- Coordinación con el AL para llevar a cabo la evaluación del lenguaje.

---

<sup>11</sup> Test de inteligencia.

**HISTORIA CLÍNICA Y DESARROLLO EVOLUTIVO:** embarazo controlado con preeclampsia<sup>12</sup> materna, parto con cesárea a las 32 semanas de gestación con un peso al nacer de 1.290gr. Permaneció en la incubadora 2 meses hasta que tuvo los 2.5 Kg. de peso. Ha tenido un buen desarrollo a pesar de ser prematuro. Se encuentra en seguimiento de Neurología en su hospital por *TDAH combinado con problema de conducta asociado y trastorno del lenguaje*. Le pautaron la medicación (Concerta) e hicieron una derivación a un Centro de Rehabilitación del Lenguaje además de acudir al Centro de Salud Mental. La madre duda si la medicación es efectiva y le preocupan los efectos secundarios que esta pueda tener en su hijo.

**HISTORIA ESCOLAR Y UNIDAD FAMILIAR:** el parto y el embarazo se desarrollaron dentro de la normalidad. No se detecta ninguna alteración asociada. Debido a una enfermedad que padece la madre, elemento que agrava la situación del alumno, Pablo se traslada de Ciudad Real a Madrid por lo que, en el cambio de etapa, de Infantil a Primaria, cambia de centro y de Comunidad Autónoma, lo que afecta aún más en su impulsividad y en su comportamiento. Se llegan a abrir protocolos de absentismo en varios centros. Ya en Madrid, Pablo no se adapta al centro y los padres deciden cambiarle a otro que tenga más horas del orientador y más recursos personales. Los padres tienen sólo estudios primarios y están separados y aunque ve al padre a menudo, el no tenerle diariamente, empeora sus carencias afectivas. El alumno acude a tratamiento logopédico externo junto con terapia psicológica, dos días a la semana.

**ASPECTOS COGNITIVOS:** en la plataforma psicodiagnosis.es se nos indica que con el WISC-IV, uno de los test más generalizados por su efectividad en la actualidad, se permite comparar el rendimiento en los distintos índices y pruebas, detectar puntos fuertes y débiles y realizar un análisis de procesamiento. La información obtenida mediante la WISC IV-R es importante para evaluar eficazmente dificultades de aprendizaje, funciones ejecutivas, lesiones cerebrales traumáticas, altas capacidades, discapacidad intelectual y otras alteraciones médicas y neurológicas. Índice de Capacidad General (ICG=80) que es Normal-Bajo porque el Cociente Intelectual Total (CIT):

- Comprensión verbal: normal-baja con un 87. Tiene dificultades para integrar conceptos verbales, relacionarlos y hacer inferencias.
- Memoria de trabajo y velocidad de trabajo: muy baja con un 51.
- Razonamiento perceptivo: puntuación inferior a la media con un 79. No maneja conceptos abstractos o relaciones lógicas además de las dificultades para la integración visomotora.

---

<sup>12</sup> Estado patológico de la mujer en el embarazo que se caracteriza por hipertensión arterial, edemas, presencia de proteínas en la orina y aumento excesivo de peso; puede preceder a una eclampsia.

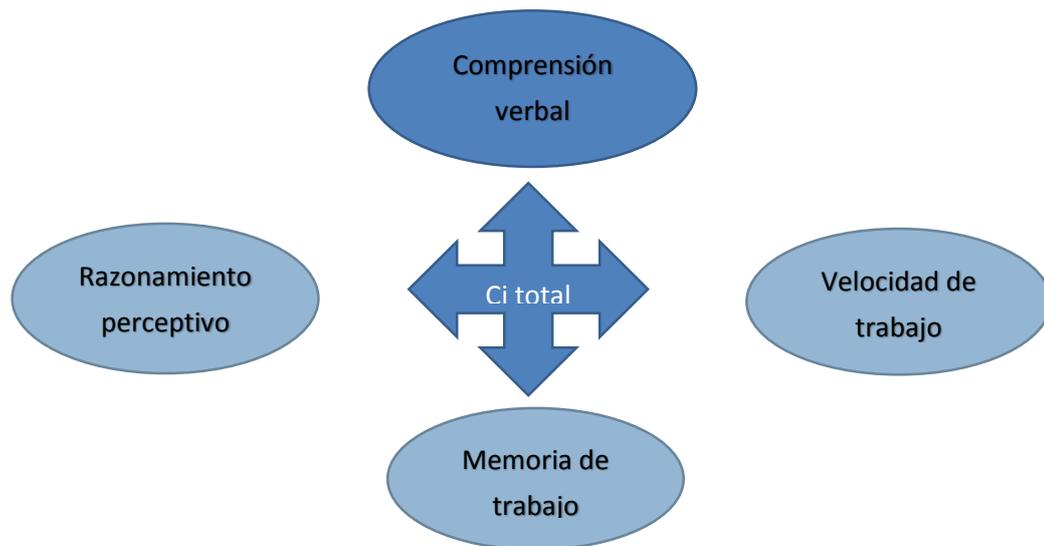


Figura 3  
Escala de Inteligencia Wechsler para niños-IV revisado (WISC-IV-R). Elaboración propia.

**ASPECTOS LINGÜÍSTICOS:** muchos de ellos han podido analizarse gracias al Test de Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas también llamado **ITPA** (*Illinois Test Psycholinguistic Abilities*), que nos permite tener una visión concreta y general de cada uno de los componentes que conforman el lenguaje.

- **Prerrequisitos básicos y bases funcionales del lenguaje:** los resultados muestran que tiene muchas dificultades para la imitación y un hándicap importante para mantener la atención conjunta e individual y el contacto ocular. Posee intención comunicativa y presenta períodos prolongados de soledad.
- **Respiración y soplo:** su capacidad respiratoria es clavicular (costal superior) e impulsiva. El soplo es descontrolado.
- **Praxias:** se aprecian dificultades en la consecución de los movimientos logocinéticos.
- **Discriminación y percepción auditiva:** Se aprecian dificultades en la discriminación de algunos sonidos y fonemas, sobre todo si el punto de articulación es próximo o el modo de articulación es semejante, como /b/ y /p/, o /t/ y /θ/.
- **Ritmo del habla:** presenta un habla sin reflexión y muy impulsiva. Con un ritmo acelerado, llegando, incluso, al farfullero.

- **Fonética y fonología:** se observan inversiones, omisiones, reducciones de fonemas y sílabas, teniendo especial dificultad en finales de sílaba, en palabras con más de dos sílabas, sinfonos y en la /r/ vibrante múltiple que velariza. A continuación se exponen los principales datos de análisis a través del Registro Fonológico Inducido (**RFI**), Monfort & Juárez (2003).

**Ausencia de vibrante simple /r/ por /d/:** /káda/ en vez de /kára/.

**Ausencia de vibrante múltiple:** /gógo/ en vez de /góro/.

**Simplificación de grupos consonánticos:** /tes/ en vez de /tres/, /líbro/ por /líbo/...

**Omisión de sílabas:** /ula/ en vez de /xáwla/ o /ódico/ en vez de /perjódiko/.

- **Morfosintaxis:** está desarrollando una estructura sintáctica correcta de tres elementos «sujeto-verbo-complemento», sin tenerla conseguida en su totalidad de manera espontánea. Aunque sigue tendiendo a la palabra-frase o al sujeto + verbo. Errores de concordancia entre el género y el número. Aconjugación del verbo. La Prueba del Lenguaje Oral de Navarra Revisada o **PLON-R** (*Anexo 3*) ha sido imprescindible para aportar más puntos importantes en la evolución.
- **Léxico y semántica:** tiene carencia de vocabulario específico de los contextos que le rodean aunque tiene facilidad para su adquisición. Es capaz de relacionar palabras formando familias y categorizarlas con el vocabulario
- **Pragmática:** muestra interés por el juego interactivo, buscando la participación del adulto, aunque a veces ignora su presencia no evita el contacto ocular y acude a gestos naturales y sonrisas para comunicarse. Tiene escasas estrategias para contestar a preguntas como “¿por qué?”, “¿para qué?”, “¿cómo lo hace?”, “¿para quién?”, etc., y ampliar normas de cortesía.
- **Lectoescritura:** Pablo está comenzando a leer las vocales y a conocer consonantes como la /p/ y la /l/, pero no ha conseguido comprender el proceso de codificación y decodificación. La grafomotricidad, en respuesta a la motricidad fina o a la pinza, es adecuada y se adapta a su edad.

**ASPECTOS MATEMÁTICOS Y CONCEPTOS BÁSICOS:** reconoce los número del 1 al 10. Realiza sumas manipulando objetos. Le cuesta hacer restas. Conoce el número posterior del 1 al 10 pero no el anterior. Sabe lo que es un círculo y un cuadrado. Ha adquirido los días de la semana, aunque en la expresión de los mismos a veces olvida el viernes, empieza a ubicar las estaciones del año y no conoce el orden de los meses del año.

**ASPECTOS AFECTIVO-SOCIALES:** Pablo es extrovertido y necesita mucho el contacto afectivo, a través del abrazo o de las caricias pero pasa tiempo solo por las interrupciones continuas que presenta en el aula y por las agresiones físicas o verbales que ha llegado a mostrar a principio de curso con sus compañeros. Estos últimos le cuidan y comprenden y, poco a poco, debido a que Pablo se está acostumbrando al centro y disminuyendo sus conductas descontextualizadas los compañeros se acercan más a él y comparten más momentos de juego.

**NIVEL DE COMPETENCIA CURRICULAR:** el EOEP, tras la correspondiente evaluación psicopedagógica, realiza el informe psicopedagógico en el que aparece reflejado que Eduardo presenta un desfase curricular de más 3 años tanto a nivel oral como a nivel escrito, en todas las áreas, con respecto de su grupo-clase, por lo que se sitúa en el currículo del segundo ciclo de Educación Infantil, teniendo en cuenta que tuvo prórroga en 5 años.

Además se reflejan las principales Necesidades Educativas Especiales del alumno, a partir de las cuales se realizó la toma de decisiones sobre los ajustes o adaptaciones que necesita.

**NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES Y CONCLUSIONES EXTRAÍDAS DEL DIAGNÓSTICO:** el alumno presenta necesidades educativas especiales asociadas a un trastorno de las emociones y del comportamiento de la infancia: **TDAH unido a un trastorno del lenguaje**. Las Escalas de Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad o **EDAH** (*Anexo 4*), de Farré & Narbona (1997), aconsejada por la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes (2010), ha permitido, **junto con la Escala de Conners** (*Anexo 5*), ser, en una primera fase como *screening*, tests estandarizados que han concedido la posibilidad de elaborar hipótesis sobre el trastorno del niño y corroborar el diagnóstico.

- Necesita un entorno familiar y escolar estructurado, estable y con normas y límites muy claros. Necesita sesiones de apoyo de PT y AL.
- Necesita adaptaciones curriculares individuales significativas y metodológicas en cada una de las áreas. Necesita mejora en hábitos básicos de trabajo: actividades que fomenten su atención concentración, constancia, iniciativa, organización y esfuerzo en la tarea.
- Necesita descubrir la funcionalidad de los aprendizajes que va adquiriendo.
- Necesita aumentar su motivación hacia la lectoescritura.

**PROPUESTA DE MODALIDAD EDUCATIVA:** modalidad educativa ordinaria con apoyos (integración).

#### 7.1.4. Coordinación para elaborar el Documento Individual de Adaptación Curricular (DIAC) y la ACI de Pablo y conclusiones

Las reuniones para realizar entre todos los profesionales el DIAC, son indispensables para adaptar nuestra acción diaria al alumno y para tener en cuenta su estilo de aprendizaje y su modo de actuar con el adulto y con el igual en diversas situaciones.

El Documento Individual de Adaptación Curricular (DIAC) (*Anexo 1*), contendrá los datos de identificación del alumno, la adaptación significativa del currículo, en adelante ACI, y las propuestas que se hayan realizado para facilitar su acceso a dicho currículo, las medidas de apoyo y los criterios de promoción. Dicho documento se adjuntará, en todo caso, al expediente académico del alumno, según se nos indica en la **Orden 1493/2015, de 22 de mayo, de la Consejería de Educación, Juventud y Deporte de la Comunidad de Madrid.**

Este documento será imprescindible para conocer cuáles los contenidos que queremos adaptar y enseñar al alumno a lo largo del año escolar y cuáles serán los estándares de aprendizaje evaluables que queremos evaluar y que se adaptan a sus necesidades, intereses y capacidades. Estos últimos forman parte del **artículo 6** de la **LOMCE** que nos describe como un elemento curricular indispensable en nuestra acción diaria.

Retomando nuestro estudio de Pablo como alumno con TDAH con un gran desfase curricular que necesita apoyos ordinarios como desdobles y extraordinarios como PT o AL, necesitamos adaptar el currículo a sus necesidades partiendo de su competencia y de lo que observamos con nuestra acción directa, indirecta y de lo que no se nos expone en la evaluación psicopedagógica. De esta forma, estos contenidos oscilarán desde el último ciclo de Educación Infantil hasta 3º de la etapa que cursa que es la Educación Primaria. **Estas ACIs serán un instrumento vivo, en continua observación y evaluación**, que podrá modificarse y adaptarse según la evolución del alumno, eliminando estándares, ampliándolos, acortándolos, eliminándolos para crear unos nuevos, etc.

Pablo necesitará adaptación en cada una de sus áreas, pero quisiera destacar las adaptaciones curriculares individuales que se corresponden con áreas que son imprescindibles para el conocimiento del entorno y la competencia lingüística y matemática. Tendremos que tener presente en cada estándar y en cada objetivo diseñado que Pablo alcance cada una de las competencias clave que el Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero, por el que se establece el currículo básico de la Educación Primaria nos marca:

1. Comunicación lingüística.
2. Competencia matemática y competencias básicas en ciencia y tecnología.
3. Competencia digital.
4. Aprender a aprender.
5. Competencias sociales y cívicas.
6. Sentido de iniciativa y espíritu emprendedor.
7. Conciencia y expresiones culturales.

<b>ÁREA DE LENGUA</b>
-----------------------

La ACI de lengua perseguirá una introducción a la lectoescritura y una ampliación de sus prerequisites del lenguaje como la atención, la imitación y la escucha activa a su interlocutor, no sin olvidar el crecimiento en experiencias con actividades y dinámicas nuevas que le llenen de nuevo vocabulario y a planificar su discurso. La **colaboración** del maestro especialista en audición y lenguaje y la maestra o maestro de Pedagogía Terapéutica para incluir ítems más específicos en su evolución.

<p>Tabla 4 Estándares de aprendizaje evaluables. ACI de Lengua Castellana y Literatura. Elaboración propia.</p>
---

ESTÁNDARES DE APRENDIZAJE EVALUABLES	1ºT	2ºT	3ºT	CC
Identifica y expresa los propios sentimientos, emociones y necesidades respetando y valorando las de los demás.				
Comprende mensajes orales sencillos.				
Amplía su vocabulario funcional adaptado a los temas que se trabajen.				
Se forma una imagen ajustada y positiva de sí mismo, a través de la interacción con los otros.				
Participa en la medida de sus posibilidades en todas las actividades de su grupo de referencia, iniciándose en el aprendizaje de normas que las rigen.				

Utiliza las normas básicas del intercambio comunicativo en su vida diaria.				
Controla y coordina todos los movimientos que impliquen una actividad corporal global o segmentaria.				
Planifica de forma secuenciada todas las actividades tanto de autonomía personal (higiene, vestido, alimentos...) como en la resolución de tareas sencillas (escolares, juegos,...).				
Identifica y discrimina todos los sonidos vocálicos: /i/ /u/ /o/ /e/ /a/.				
Reconoce e identifica la grafía de las letras: a, e, i, o, u.				
Realiza el grafismo de las letras trabajadas respetando la direccionalidad.				
Experimenta, practica y utiliza correctamente diversas técnicas plásticas: colorear, dibujar con ceras, pegar adhesivos...				
Empieza el estudio de algunas las letras (p, l, m, s, n, t ...).				
Identificar y discriminar el sonido consonántico: p, l, s, m...				
Reconoce e identifica la grafía de las letras: p, l, m...				
Realiza el grafismo de las letras trabajadas respetando la direccionalidad.				
Lee, repasa y escribe la sílaba.				
Ordena sílabas para formar palabras.				
Ordena palabras para formar frases.				

### ÁREA DE MATEMÁTICAS

La ACI de matemáticas perseguirá la experimentación con los números de manera visual, manual y atractiva con la que se quiere alcanzar la familiarización del alumno con nuevos conceptos y habilidades que preceden a la abstracción a la que se quiere llegar en cursos posteriores. Controlar nuevos conceptos en la descripción de objetos, conocer nuevos signos relacionados con las matemáticas se antoja una tarea indispensable para que el alumno se desenvuelva en la vida diaria y

crezca en competencias. La **colaboración** con los demás maestros es esencial para realizar entre todos las mismas metodologías matemáticas que ayuden a nuestro alumno a llevar una continuidad en su aprendizaje sin rupturas de un curso a otro.

Tabla 5 Estándares de aprendizaje evaluables. ACI de Matemáticas para Pablo. Elaboración propia.				
<b>ESTÁNDARES DE APRENDIZAJE EVALUABLES</b>	<b>1ºT</b>	<b>2ºT</b>	<b>3ºT</b>	<b>CC</b>
Identifica, traza y asocia a su cantidad los números del 1 al 7.				
Percibe los atributos de los objetos: Color (rojo, amarillo...), cualidades (liso, rugoso...), forma (círculo, cuadrado, triángulo, y rectángulo).				
Reconoce y emplear conceptos espaciales (junto- separado, primero-ultimo), temporales (rápido-lento y cuantificadores a (todos –ninguno, uno-varios).				
Identifica, traza y asocia a su cantidad los números del 0 al 9.				
Resuelve sumas sencillas a través de la manipulación y reconoce y trabaja números de una cifra.				
Compone y descompone los números del 0 al 9.				
Identifica el número anterior y el posterior de los números que se han trabajado.				
Escribe, calcula sumas y restas, en horizontal y vertical.				
Identifica signos matemáticos de suma y resta y resuelve problemas básicos de sumas y restas., mediante el apoyo gráfico.				
Compara (<,>,=) y compara realiza series ascendentes y descendentes y realiza secuencias temporales con varias premisas.				
Realiza clasificaciones, series, agrupaciones, transformaciones con las siguientes variables: color, tamaño, forma, número o cantidad.				
Resuelve pequeños problemas de suma y resta con apoyo gráfico.				

En la ACI de Ciencias de la Naturaleza, además de escoger, modificar y selecciones contenidos relacionados con el aprendizaje, la observación y la concienciación del cuidado del entorno y de nosotros mismos, se quiere alcanzar la autonomía necesaria para que Pablo pueda desenvolverse en cada uno de los ambientes en los que se relaciona de manera competente y socialmente adaptada. Por ello, tomar conciencia de nuestro cuerpo, de nuestras emociones, analizarlas, expresar las dudas acerca de ellas y cuidar la naturaleza, explorándola y preguntando sobre todo lo que nos preocupa acerca de ella puede hacer avanzar al alumno en su manera de comunicarse y dirigirse al adulto y al igual. (*Anexo 7*).

Las ACIS serán evaluadas con 4 ítems que nos permitirán observar cuál está siendo la evolución real del alumno e irán siempre acompañadas de un apartado correspondiente a diversas observaciones que podamos realizar con respecto a su comportamiento, a la matización e algún ítem, entre otros. Estos serán los ítems:

**A:** alcanzado.

**A\*:** alcanzado pero hay que reforzar.

**NA:** no alcanzado.

**D:** en desarrollo.

**- :** no se ha podido trabajar por el momento.

Hay muchos factores en Pablo que dificultan los tratamientos, directo e indirecto y, llevar a cabo el tratamiento multimodal deseado para poder avanzar en cada una e las competencias clave que permitirían aumentar su motivación y el conocimientos del mundo que le rodea. El tratamiento multimodal tan ansiado por todos profesionales que trabajan con el niño es difícilmente aplicable porque Pablo está influido negativamente por muchos factores que a su alrededor conviven diariamente:

- La falta de afectividad por parte de los padres y la influencia de su separación desde su infancia.
- Las dificultades con las que ha nacido desde su nacimiento atribuido al TDAH y lo que ello implica en el centro y fuera del mismo destacando la convivencia con los demás y el retraso curricular que presenta. El alumno podría saber alcanzado muchos procesos curriculares debido a la inteligencia sostenida que presenta y que permite llegar a ellos.
- La de falta de estabilidad de vivienda, colegio y compañeros han agravado la situación del alumno.
- El titubeo de los padres ante la toma de la medicación y la inestabilidad en su toma.

- El absentismo escolar que ha tenido en sus primeros años en Educación Primaria.
- La inestabilidad en la asistencia a todos los servicios públicos existentes: salud mental, pediatra, centro escolar, etc.
- La falta de liquidez de la familia para ayudar a Pablo con material escolar.
- La escasez de tiempo de la familia para ayudar a Pablo en casa con las tareas y la estimulación diaria: museos, deberes, juegos, actividades lectoras y matemáticas.

Con estos factores expuestos tanto en la evaluación psicopedagógica, como en estas conclusiones, es imprescindible llevar cabo una serie de **orientaciones en el centro escolar**:

- Ofrecer el mayor número posible de sesiones de apoyo por parte de la maestra de **Pedagogía Terapéutica** y por parte de la maestra especialista en **Audición y Lenguaje**.
- Ofrecer un **programa de atención a la diversidad** eficiente para posibilitar pautas adaptadas a las necesidades del alumno.
- Optar por una comunicación semanal entre el **EOEP** y la familia para poder mejorar en el día a día con el alumno, ofreciendo la posibilidad de la importancia de la coordinación familiar y la posibilidad de recomendar terapia psicológica y sesiones a los padres con **salud mental** y **con la asociación de TDAH más cercana**.
- Mejorar la coordinación con los **servicios externos** a los que acude Pablo con reuniones con el tutor y los maestros especialistas.
- Emplear **apoyos visuales** en todo el centro para los alumnos con TDAH que los precisen.

Pero será esencial que nosotros como tutores ofrezcamos un ambiente clave y motivador para ampliar el nivel curricular del alumno, por lo que llevar a cabo una serie de **orientaciones en el aula de 3º** será esencial para tal cometido, teniendo como base lo indicado por Fernández, Del Caño, Palazuelo & Marugán (2011):

- Cuidar el **ambiente del aula** para facilitar la atención-concentración y el rendimiento en las tareas. Sentarle cerca del maestro evitando, en la medida de lo posible, estímulos **distractores** como puertas, ventanas, etc. Buscar el agrupamiento en el que pueda rendir más.
- Proporcionar **apoyo individualizado** dentro del aula, explicándole personalmente el tipo de actividad que hay que realizar, cerciorándose que ha comprendido la tarea supervisando el desarrollo de la misma.
- Posibilitarle **encuadres escolares** muy estables, altamente estructurados predecibles para centrar su atención y anticipar lo que va a ocurrir.

- Emplear **apoyos visuales** en cualquier proceso de enseñanza y para organizar la jornada escolar (horarios, listas, agenda).
- Asegurar pautas de **aprendizaje sin errores** para evitar frustraciones excesivas, enfados o conductas disruptivas. Ofrecer todo tipo de ayuda para garantizar el éxito de la tarea desvaneciendo poco a poco las ayudas ofrecidas.
- Precisar que las tareas estén muy estructuradas y establecer período de **descanso**, cambios de actividad para evitar que se agote. Alternar tareas más difíciles con otras más sencillas. Es conveniente anticiparlas.
- **Negociar** con el alumno períodos cortos de atención cuando realiza tareas individuales o en grupo, para ir aumentando de forma progresiva su duración.
- **Segmentar** las tareas para ayudar a su comprensión. Descomponer las tareas en pasos más pequeños y secuenciados.
- Ofrecerle oportunidades para realizar **elecciones** y alternativas para desarrollar capacidades de autodeterminación, autodirección y encauzar al éxito.
- **Adecuar** tareas y contenidos a su nivel de competencia real y su estilo de aprendizaje.
- Partir de sus campos de **intereses** y de los contenidos de su entorno para introducir nuevos contenidos para motivar y hacer un aprendizaje significativo funcional.

### 7.1.5. Muestra de actividades en el aula de referencia y metodología

Las actividades en el aula son la muestra diaria de nuestra metodología, la puesta en práctica docente de lo que somos y de lo que sabemos y la pura adaptación a cualquier alumno y a sus capacidades, por ello, me parece esencial realizar una muestra de actividades que creamos útiles en el día a día con Pablo. Siempre, teniendo en cuenta que, lo importante es saber cómo se juega o cómo se actúa ante la dinámica o actividad que la actividad en sí o su material.

#### 1. ORGANIZAR LOS ASPECTOS TEMPORALES



Imagen recuperada de <http://cuentameloquequierasaudicionylenguaje.blogspot.com.es/2015/10/los-dias-de-la-semana-y-la.html>

En la práctica diaria con un alumno con TDAH, acudir al Sistema Pictográfico de Comunicación es una tarea que permite que estos alumnos, en muchos casos, memoricen los días de la semana y los aprendan de forma lúdica y manipulativa. Además, el uso de los signos de la Lengua de Signos Española nos ha permitido globalizar desde una metodología más visual el nombre del día que se esté dando e interiorizar los golpes silábicos de los mismos. Esta actividad diaria en el aula, junto con sus compañeros de clase y en pequeño grupo, modelado por el tutor, será la unión de las 3 áreas vistas anteriormente en las ACIs mostradas.

## 2. MÉTODO FONÉTICO-GESTUAL

Como nos dicen Monfort & Juárez (2011), relacionar un apoyo fonético con una grafía nos facilita adquirir los siguientes objetivos:

- Adquirir un correcto punto de articulación ayudado con los gestos fonéticos pactados previamente.
- Facilitar el habla dirigida y espontánea por medio del gesto que apoye a la discriminación auditiva del fonema.
- Adquirir una mayor conciencia fonológica. y facilitar la lectoescritura.
- Ayudar a la familia en la lectoescritura y en el habla.



Imagen recuperada de  
<http://cuentameloquequierasaudicionylenguaje.blogspot.com.es/2015/09/el-metodo-fonetico-gestual-en-mi-centro.html>

Evidentemente, esta metodología empleada tanto en pequeño grupo (desdobles, trabajos en grupo), como en gran grupo será ideal para modelar su habla y el inicio de su escritura. Además, será imprescindible para que el método sea implantado correctamente y Pablo avance con ello, la coordinación con cada uno de los profesionales del centro, especialmente el maestro especialista en audición y lenguaje, encargado de elementos tan importantes como la discriminación auditiva y que todo ello parta de un gran proyecto (*Anexo 6*) al que podemos llamar, “*nos ayudamos con las manos para hablar y escribir*”, con el que confluyamos cada una de las aulas del centro y así todos hagamos lo mismo sin que Pablo se sienta diferente.

### 3. RINCÓN DE DESCANSO



Imagen recuperada de <http://www.imageneseducativas.com/ideas-para-decorar-el-aula-en-primavera-vuestras-aportaciones-en-facebook/rincones-de-clase-17/>

Entre actividad y actividad es conveniente que Pablo se mueva, se relaje y cambie de acción. Para ello, en la propia aula de primaria, puede componerse un rincón que nos ayude a tal cometido y que nos posibilite centrar a Pablo en la tarea y que este se sienta valorado y libre en un rincón que compartirá con sus compañeros y que impulsará muchos de los estándares señalados en las ACIs anteriores.

### 4. ORGANIZAR EL DÍA

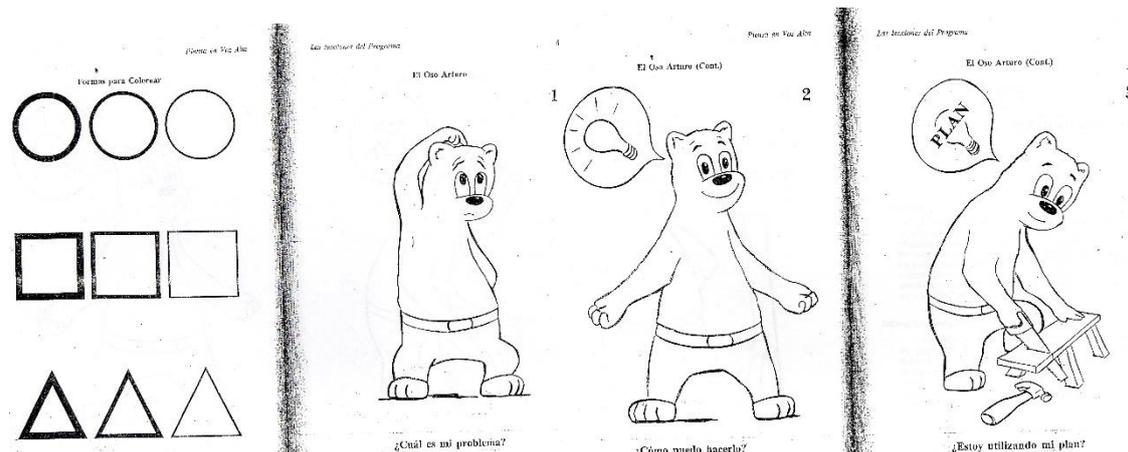
El “qué viene después” es una pregunta que el alumno con TDAH nos verbalizará o nos formulará a través de su comportamiento. Por ello, debemos ofrecerle un ambiente estructurado, con rutinas establecidas (coger el almuerzo, estar atento a la música para entrar al patio, no olvidar la flauta para música...), y con una seria anticipación por si va a haber algún cambio.

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
De 9,00 a 9,55	LENJIA	LENJIA	LENJIA	LENJIA	LENJIA
De 9,55 a 10,45	LENJIA	LENJIA	LENJIA	LENJIA	LENJIA
De 10,45 a 11,40	LENJIA	LENJIA	MATEMÁTICAS	MATEMÁTICAS	LENJIA
De 11,40 a 12,10	RECREO	RECREO	RECREO	RECREO	RECREO
De 12,10 a 13,05	RECREO	RECREO	RECREO	<del>RECREO</del>	MATEMÁTICAS
De 13,05 a 14,00	RECREO	MULES	RECREO	MULES	RECREO

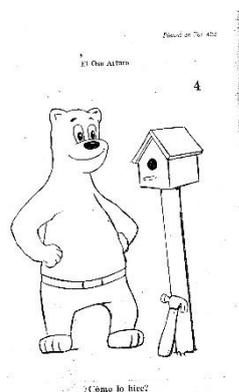
Imagen recuperada de <http://recursosdeaudicionylenguaje.blogspot.com.es/>

## 5. PENSAR EN VOZ ALTA PARA SOLUCIONAR CONFLICTOS

Esencial para el maestro de Primaria es conocer qué piensa el alumno con TDAH cuanto tenga que resolver un conflicto, porque de esa manera podemos pautar el comportamiento ofreciéndole una serie de pasos como nos indican claramente Bonnie (1998). Hagamos de guías, verbalicemos lo que “se nos pasa por la cabeza” para poder actuar de manera libre y sin conflictos. Nos conoceremos más y podremos atajar grandes problemas desde las acciones más pequeñas.



Imágenes recuperadas del libro Piensa en voz alta (1998), 84-88.



Si nuestro cometido es pintar la forma geométrica que el maestro nos indica, tenemos que pensar en primer lugar **¿cuál es el problema que tenemos?**, haciéndole verbalizar el cometido para centrar al alumno con la debida atención y no confundirnos de figura. Pasaremos a preguntarnos **¿cómo puedo hacerlo?**, verbalizando estrategias como poner el dedo en el borde o repasar el borde con la ayuda del profe para no salirnos. Continuaremos preguntándonos **¿estoy utilizando bien mi plan?**, fijándonos en la ejecución de la acción, para finalizar con **¿cómo lo hice?**, con la que alabaremos la conducta del niño y los logros conseguidos. Todo ello, incluido en un juego dentro del aula llamado, por ejemplo, “*el gato copión*”, en el que todos participaremos y todos verbalizaremos nuestra sensaciones. Progresivamente iremos subiendo la dificultad de la actividad.



Tabla 6  
Informe del tutor anexo a su boletín de notas y a sus ACIs.

<b>OBJETIVO TRABAJADO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	<b>PROCESO</b>
Ampliar la estructuración de cada componente del habla mediante el juego simbólico y juegos de articulación, modelando palabras cotidianas.	Colabora con mejor atención en las dinámicas de juego propuestas, pero necesitamos modelar aún más su habla y la morfosintaxis, <b>porque no reflexiona lo suficiente</b> , aumentando su tono, su atención y haciendo los fonemas más inteligibles. Movemos la lengua, inflamos globos, nos relajamos atendiendo a nuestra respiración en el rincón de descanso de la clase con más alumnos y realizamos cuentos encaminados a las praxias fonoarticulatorias.	<b>EN DESARROLLO (Necesita más trabajo en la reflexión del habla)</b>
Tomar conciencia de las vocales y las primeras consonantes en las palabras: p, l y s, a través de los gestos del método fonético-gestual.	El proceso es lento pero el contacto con las vocales es positivo. Necesitamos trabajarlos más intensamente. <b>Necesita trabajo extra en casa o con el maestro de audición y lenguaje ya que no hay casi evolución en las consonantes.</b>	<b>EN DESARROLLO (Necesita más trabajo)</b>
Adquirir vocabulario del barrio y de los lugares públicos.	Adquiere nuevo vocabulario y lo emplea. <b>Necesita más salidas y experiencias fuera del cole.</b>	<b>SATISFACTORIO</b>
Potenciar los prerrequisitos del lenguaje, en especial, la atención.	La imitación y la discriminación auditiva se han potenciado cada día. <b>La atención sigue siendo un problema para trabajar.</b>	<b>EN DESARROLLO (Atención poco sostenida)</b>
Conocer más cualidades para describir objetos.	Adquiere <b>poco a poco estas cualidades correctamente</b> : rugoso, suave, caliente, frío...	<b>SATISFACTORIO</b>
Aprender los aspectos temporales más importantes.	Todavía <b>tiene dificultades</b> en las palabras específicas de los elementos temporales: mes, estación, pero juega con ellas satisfactoriamente. Trabajamos con el horario del aula y responde con motivación.	<b>EN DESARROLLO (Aunque la adquisición va por buen camino).</b>

## 8. CONCLUSIÓN

---

Para finalizar y, a modo de conclusión en este TFG, quiero resaltar que mi principal objetivo ha sido **aprender** y empapar me de cada uno de las dificultades y capacidades que un niño con TDAH puede presentar en nuestra aula. He pretendido cumplir cada uno de los objetivos que se marcaban en la introducción indicada en el inicio.

He querido perseguir una investigación sobre el TDAH que pueda proporcionar una **amplitud de conocimientos** sobre dicho trastorno, plasmando la evolución del mismo, hasta llegar a las últimas opiniones y tendencias de tratamientos en la actualidad: desde las divergencias de opinión con respecto a la toma de la medicación hasta los acuerdos en los tratamientos psicológicos enfocados a la familia y al alumno.

Con este TFG, he querido trasladar la importancia del estudio del TDAH y de nuestros conocimientos teóricos hacia la adaptación del currículo y de nuestra acción y metodología diaria, sea esencial para que la evolución del alumno sea mayúscula, teniendo presente a la **LOMCE**, derivada en sus Decretos y las Órdenes de evaluación. No sin antes, tener claro que nosotros como maestros-tutores formamos parte de la **detección** de las necesidades junto con la ayuda del EOEP de los demás maestros especialistas, sin olvidar, la familia en dicho proceso de detección y evaluación.

Desde mi punto de vista, el alumno con TDAH es el puro reflejo de la atención a la diversidad, en la que cada alumno con TDAH no es igual que otro por sus circunstancias individuales y contextuales. Estas necesidades no pueden ser nunca una regresión o barrera en nuestra acción diaria sino un enriquecimiento de la metodología empleado en donde las necesidades educativas especiales son un refuerzo y una necesidad en nuestro día a día y en la que la atención a la diversidad es un elemento fortalecedor del proceso de enseñanza y aprendizaje.

En el proceso de enseñanza y aprendizaje será esencial, en mi opinión, un **tratamiento multimodal** para que el alumno avance en sus competencias y sus destrezas, de manera coordinada y efectiva, en el que la medicación forma parte fundamental, si el médico así lo determina, para centrar la atención del alumno y frenar su impulsividad y conseguir, con un terapia psicológica si así se determinara, los objetivos planteados. Un proceso coordinado con todos y cada uno de los servicios que posibilitan el tratamiento del alumno y un camino en el que la **familia** será pilar fundamental y que tendrá que ser evaluado de manera periódica para ajustar nuestro hacer diario y el de todos los profesionales. A raíz, de los reflejado y tomando prestadas las palabras de Jean Frederic Herbart *“la educación es el arte de construirse y edificarse”* y en ese cometido nos embarcaremos como un ladrillo más en esa edificación como tutores de este tipo de alumnos.

## 9. REFERENCIAS

---

- ABC (2014). El TDAH no existe, y la medicación no es un tratamiento, sino un dopaje. Recuperado de <http://www.abc.es/familia-padres-hijos/20141020/abci-trastorno-deficit-atencion201410171200.html>.
- Acosta, MT. (2007) Aspectos genéticos y moleculares en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: búsqueda de los genes implicados en el diagnóstico clínico. *Revista de Neurología*, (44) (Supl 2), 37-41.
- ADHD and comorbidity in childhood. (2007). *J Clin Psychiatry*, 67 (8), 27-31.
- American Academy of Child/Adolescent Psychiatry & American Psychiatric Association. (2013). Guía para padres sobre medicamentos revisada. Recuperado de [www.psychiatry.org/.../adhd-parents-medication-guide-spanish.pdf](http://www.psychiatry.org/.../adhd-parents-medication-guide-spanish.pdf). (Consulta: 12 de febrero de 2016).
- 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.
- Barkley, R.A (2011). *Niños hiperactivos. Como comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.
- Benito Moraga, Rafael (2008). *Evolución en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*. Madrid: Draft Editores.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Spencer, T., Wilens T., Norman, D., Japey, K.A. & Doyle, A. (1993). Patterns of Psychiatric comorbidity, cognition and psychosocial, functioning in adults with attention déficit hyperactivity disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150(12), 8-1792.
- Bonnie W. & Bash M. (1998). *Piensa en voz alta: las habilidades cognitivas y sociales en la infancia, un programa de resolución de problemas para niños*. Madrid: Promolibro.
- Rafael Blanco-Menéndez R. & Vera de la Puente E. (2013). Un marco teórico de las funciones ejecutivas desde la neurociencia cognitiva. *Eikasia: revista de filosofía*. 1(48); 216-197.
- Castells, Paulino. (2006). *Nunca quieto, siempre distraído. ¿Tendrá TDAH?* Madrid: Espasa.
- CIE-10 (1994). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Cuéntame lo que quieras en audición y lenguaje. (2015). *Método fonético-gestual*. Recuperado de <http://www.imageneseducativas.com/ideas-para-decorar-el-aula-en-primavera-vuestras-aportaciones-en-facebook/rincones-de-clase-17/>
- DECRETO 89/2014, de 24 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se establece para la Comunidad de Madrid el Currículo de la Educación Primaria. (Boletín oficial de la Comunidad de Madrid, (25 de julio de 2014).

- Departamento de Educación del Gobierno de Navarra. (2012). Entender y atender al alumnado con déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en las aulas. Guía para el profesorado. Autor: Pamplona.
- El baúl de AL. (2015). Horario con pictogramas de ARASAAC. Recuperado de <http://recursosdeaudicionylenguaje.blogspot.com.es/>
- Orden ECD/65/2015, de 21 de enero, por la que se describen las relaciones entre las competencias, los contenidos y los criterios de evaluación de la educación primaria, la educación secundaria obligatoria y el bachillerato. Boletín oficial del estado (29 de enero de 2015).
- Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 1(11) 23-131.
- Farré, A. & Narbona, J. (1997). Escalas EDAH. Madrid: TEA ediciones.
- Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad. (2002). Recuperado de Trastornos asociados. <http://www.feadah.org/es/sobre-el-tdah/trastornos-asociados.htm> (Consulta: 11 de febrero de 2016).
- Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad. (2002). Causas. Recuperado de <http://www.feadah.org/es/sobre-el-tdah/causas.htm> (Consulta: 19 de febrero de 2016).
- Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad. (2014). V Jornada sobre TDAH. Fuenlabrada. Recuperado de <http://www.feadah.org/es/difusion/396> (Consulta: 26 de diciembre de 2015).
- 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 ANDANA (2009). Diagnóstico y tratamiento. Recuperado de [http://www.fundacionadana.org/diagnostico\\_tratamiento](http://www.fundacionadana.org/diagnostico_tratamiento) (Consulta: 24 de mayo de 2014). Barcelona: Autor.
- Fundación CADAH. (2012). Autoestima y TDAH. Recuperado de <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/autoestima-y-tdah.html> (Consulta: 29 de mayo de 2014). Santander: Autor.
- Fundación CADAH. (2012). Causas del TDAH. Recuperado de <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/que-cause-y-que-no-cause-el-tdah.html> (Consulta: 26 de mayo de 2014). Santander: Autor.
- Fundación CADAH. (2012). Diagnóstico del TDAH. Recuperado de <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/diagnostico-del-tdah.html> (Consulta: 22 de mayo de 2014). Santander: Autor.

- Pediatría Integral. Órgano de expresión de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP). (2011).  
Recuperado de <http://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-11/plan-de-tratamiento-multimodal-del-tdah-tratamiento-psicoeducativo/>
- Fundación CADAH. (2012). Diez mitos sobre el TDAH que infieren con la mejoría. Recuperado de <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/diez-mitos-sobre-el-tdah-que-interfieren-con-la-mejoria.html> (Consulta: 26 de mayo de 2014). Santander: Soutullo.
- Fundación CADAH. (2012). Recuperado de Etiología del TDAH. <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/etiologia-del-tdah.html> (Consulta: 10 de mayo de 2014). Santander: Hidalgo, M<sup>a</sup> y Soutullo.
- Fundación CADAH. (2012). Habilidades sociales y TDAH. <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/habilidades-sociales-y-tdah.html> (Consulta: 28 de mayo de 2014). Santander: Autor.
- Fundación CADAH. (2012). Manifestaciones Clínicas del TDAH en adultos. <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/manifestaciones-clinicas-del-tdah-en-adultos.html> (Consulta: 21 de mayo de 2014). Santander: Autor.
- Fundación CADAH. (2012). TDAH en adultos. <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-en-adultos.html> (Consulta: 20 de mayo de 2014). Santander: Autor.
- Fundación CADAH. (2012). TDAH y Trastorno por uso de sustancias (Tus). Recuperado de <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-y-trastornos-por-uso-de-sustancias-tus.html> (Consulta: 21 de mayo de 2014). Santander: Autor.
- Fundación CADAH. (2012). TDAH: Conductas problemáticas y/o trastornos de conducta. <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-conductas-problematicas-yo-trastorno-de-conducta.html> (Consulta: 20 de mayo de 2014). Santander: Autor.
- Fundación CADAH. (2012). TDAH: Instrumentos o pruebas para evaluar la atención, hiperactividad e impulsividad. Recuperado de <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-instrumentos-o-pruebas-para-evaluar-la-atencion-hiperactividad-e-impulsividad.html> (Consulta: 27 de mayo de 2014). Santander: Autor.
- Fundación CADAH. (2012). Técnica del espejo para mejorar el autoconcepto y la autoestima en afectados de TDAH. Recuperado de <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tecnica-del-espejo-para-mejorar-autoconcepto-autoestima-afectados-tdah.html> (Consulta: 20 de mayo de 2014).
- Gallego, JR. & Gallardo JL. (2003). Manual de logopedia escolar. Madrid: Aljibe.
- García, E., Magaz, A. (2003). Mitos, Errores y Realidades sobre la Hiperactividad. Guía para Padres y Profesionales. Bilbao: Albor-Cohs.

- Ministerio de Ciencia en Innovación. (2010). Guía de práctica clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en niño y adolescentes. Recuperado de [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_477\\_TDAH\\_AIAQS\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_477_TDAH_AIAQS_compl.pdf) (Consulta: 3 de febrero de 2016)
- Hodgson, K., Hutchinson, AD & Denson, L. (2014). Nonpharmacological treatments for ADHD: a meta-analytic review, 18(4), 82-275.
- Imágenes educativas (2015). Rincones de clase. Recuperado de <http://www.imageneseducativas.com/ideas-para-decorar-el-aula-en-primavera-vuestras-aportaciones-en-facebook/rincones-de-clase-17/>
- Kessler RC, Adler L, Barkley R, et al. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 7(163)16-23.
- Kessler, RC., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, CK., Demler, O., Faraone, SV., Greenhill, LL., Howe, MJ., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, TB., Walters, EE., Zaslavsky, AM. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, 4 (163), 23-716.
- Lahey BB, Applegate B, McBurnett K, Biederman J, Greenhill L, Hynd GW, et al. (1994). DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 151(11), 85-1673.
- 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).
- Martí, L. et al. (2016). TDAH: ¿Existe? Cuadernos de Pedagogía. 463, 88-54.
- Mena, B., Nicolau, R., Salat, L., Tort, P., Romero, B. (2006). Guía práctica para educadores. El alumno con TDAH (2ª ed.). Barcelona: Mayo.
- Ministerio de Ciencia en Innovación. (2010). Guía de práctica clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en niño y adolescentes. [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_477\\_TDAH\\_AIAQS\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_477_TDAH_AIAQS_compl.pdf) (Consulta: 20 de febrero de 2016).
- Monfort, M. & Juárez, A. (2004). Leer para hablar: la adquisición del lenguaje escrito en niños con alteraciones del desarrollo y/o del lenguaje. Madrid: Enttha.
- Nutrition is a better way, Feingold. (2015). Recuperado de <http://feingold.org/>. (Consulta 16 de diciembre de 2015).
- ORDEN 3225/2008, de 27 de junio, por la que se modifica la Orden 1028/2008, de 29 de febrero, de la Consejería de Educación, por la que se regulan para la Comunidad de Madrid la evaluación en la Educación Primaria y los documentos de aplicación. Boletín oficial de la Comunidad de Madrid, (1 de agosto de 2008).

- 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).
- ORDEN 3622/2014, de 3 de diciembre, de la Consejería de Educación, Juventud y Deporte de la Comunidad de Madrid, por la que se regulan determinados aspectos de organización y funcionamiento, así como la evaluación y los documentos de aplicación en la Educación Primaria. Boletín oficial de la Comunidad de Madrid (10 de diciembre de 2014).
- Quintero, FJ., Lauffer J., Quintero-Lumbreras, FJ. (2009). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad a lo largo de la vida. Barcelona: Masson Elsevier.
- Quintero, J., Loro, M., Jiménez, B., García-Campos, N. (2011) “Aspectos evolutivos del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): de los factores de riesgo al impacto socioacadémico y a la comorbilidad” Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría., (22), 101-8.
- Ramos-Quiroga, J.A., Bosch-Munsó, R., Castells-Cervelló, X., Nogueira-Morais, M., García-Giménez, E., Casas-Brugué, M. (2006). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. Revista de Neurología, 10(42), 600-606.
- Ruiz Lozano, MJ., (2006). Jornadas de Actualización del TDA/TDAH. Recuperado de <http://www.ada-hi.org/descargas/Ponencia2.pdf>. (Consulta: 23 de marzo de 2016).
- Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero, por el que se establece el currículo básico de la Educación Primaria. Boletín Oficial del Estado (1 de marzo de 2014).
- TDAHYTU. (2016). Manejar el TDAH en clase. Recuperado de <http://www.tdahytu.es/manejar-el-tdah-en-clase/> (Consulta: 23 de enero de 2016).
- TDAHYTU. (2015). Manual para diagnosticar el TDAH: DSM-5. Recuperado de <http://www.tdahytu.es/manual-para-diagnosticar-el-tdah-dsm-5/> (Consulta: 29 de diciembre de 2015).
- TDAHYTU. (2015). Síntomas a diferentes edades. Recuperado de <http://www.tdahytu.es/sintomas-a-diferentes-edades/> (Consulta: 20 de diciembre de 2015).
- TDAHYTU. (2015). Síntomas del TDAH en niños. Recuperado de <http://www.tdahytu.es/sintomas-hiperactividad-en-ninas/> (Consulta: 20 de diciembre de 2015).
- TDAHYTU. (2016). Tratamiento del TDAH. Recuperado de <http://www.tdahytu.es/tratamientos/> (Consulta: 3 de enero de 2016)
- Vaquerizo-Madrid, J. & Cáceres C. (2006). El trastorno por déficit de atención e hiperactividad: guía pediátrica. Vox Paediatrica, 14(2), 22-33.

- Wnder, PH. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Psychiatry Clin Nosrth Am*, 21(6), 74-761.
- Zapico, Y. & Pelayo, JM (2012). TDAH: una visión multidisciplinar. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 11(2), 7-35.

## 10. ANEXOS

### 10.1.ANEXO 1: autorización de los padres/tutores legales y modelo de DIAC

<b>AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES PARA LA REALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA</b>
--

D. \_\_\_\_\_, DNI/NIE/Pasaporte \_\_\_\_\_ y  
Dña. \_\_\_\_\_, DNI/NIE/Pasaporte \_\_\_\_\_,  
como padres/tutores legales del alumno \_\_\_\_\_, escolarizado  
en el centro público/privado \_\_\_\_\_, código \_\_\_\_\_,  
dirección \_\_\_\_\_, localidad \_\_\_\_\_, y con domicilio, a  
efectos de notificación, en la localidad de \_\_\_\_\_, calle  
\_\_\_\_\_, número \_\_\_\_\_, C.P. \_\_\_\_\_ y  
teléfonos de contacto \_\_\_\_\_.

#### **AUTORIZAN**

La realización de la evaluación psicopedagógica de su hijo/a a fin de determinar, en su caso, las necesidades específicas de apoyo educativo así como la respuesta educativa más adecuada a las mismas.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

El padre o tutor legal

La madre o tutora legal

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

## C.E.I.P XXXXXXXXXXXXXXXX

### D. I. A. C.

#### DATOS PERSONALES

<b>Nombre y apellidos:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b>Edad:</b>	<b>Curso:</b>
<b>Fecha de elaboración DIAC:</b>	<b>Duración Prevista:</b>
<b>Profesionales implicados</b>	
<b>Tutora:</b>	<b>Profesora P.T.:</b>
<b>Profesora A.L.:</b>	<b>Orientadora:</b>

#### ANTECEDENTES ESCOLARES Y ACTITUD FAMILIAR

**Escolarización Previa:**

**Repetición de curso:**

**Absentismo:**

**Colaboración de la familia con el profesorado**

**Otros datos a destacar:**

## **INFORME PSICOPEDAGÓGICO**

**Nivel Intelectual:**

**Nivel de Competencia Curricular:**

**Modalidad Educativa:**

ORDINARIA

ORDINARIA CON APOYO

INTEGRACION

**Tratamientos extraescolares (reeducción, terapias...):**

### **MODALIDAD DE APOYO**

**Nº de sesiones:**

**Duración:**

**Tipo (en o fuera del aula...):**

**Áreas:**

**Seguimiento:**

**Espacio:**

### **RECURSOS**

**Personales:**

**Materiales:**

**Metodológicos: (según la etapa):**

### **CRITERIOS DE PROMOCIÓN**

Se valorará si ha alcanzado los objetivos propuestos y su integración en su grupo-aula.

**PAUTAS PARA LA OBSERVACIÓN DEL ESTILO DE APRENDIZAJE/MOTIVACIÓN**

**ALUMNO/A:**

**CURSO:**

**FECHA:**

**1.-ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE.**

Actúa de forma impulsiva, no planifica ni supervisa		Actúa de forma reflexiva, corrige	
Intenta memorizar		Intenta comprender	
Empieza inmediatamente a realizar la actividad, pero se cansa fácilmente		Es constante, persevera a pesar de las dificultades	
Reproduce textualmente la exposición del profesor o el contenido del libro		Completa lo que aprende con otras aportaciones (experiencias, opiniones, ...)	
Necesita muchas instrucciones para realizar la tarea (ayudas verbales)		Se organiza bien el trabajo, tras proporcionarle unas directrices básicas.	
Realiza actividades dirigidas con pautas muy marcadas		Realiza actividades originales, imaginativas y de creatividad personal	
Se centra en hechos concretos		Se centra en hechos generales	
Aborda los problemas de forma global		Aborda los problemas paso a paso	
Persiste en su sistema de trabajo aunque no funcione		Intenta cambiar de sistema de trabajo cuando ve que no funciona	
Su método de estudio es rígido e inflexible		Adapta el estudio a las características de cada materia	
Pide ayuda cuando no entiende las explicaciones o no sabe realizar las tareas		No solicita ayuda	

**2.-NIVEL DE ATENCIÓN**

Tiene buenos hábitos de atención y se concentra en la tarea.	
Se distrae fácilmente en tareas que no le interesan.	
Sólo se concentra y trabaja cuando ve oportunidades de tener éxito.	
Los compañeros le distraen fácilmente.	

**3.- RITMO DE APRENDIZAJE**

Su ritmo de aprendizaje es lento, necesita más tiempo del previsto		Suele acabar las tareas en el tiempo previsto		Suele acabar las tareas antes del tiempo previsto	
--	--	---	--	---	--

**4.- MODALIDAD SENSORIAL. Para acceder al conocimiento prefiere:**

Ayudas visuales (leer, observar, ...)		Elementos auditivos (Hablar, escuchar, ...)		Experimentar, manipular	
---------------------------------------	--	---	--	-------------------------	--

**5.- PLANIFICACIÓN DEL TRABAJO Y HÁBITOS DE ESTUDIO**

Planifica su trabajo en casa y en clase.	
Asiste a clase con los deberes hechos.	
Toma apuntes y notas en tiempo de clase.	
Tiene al día el cuaderno de apuntes y material de clase.	
Acostumbra a corregir los ejercicios que ha resuelto mal, cuando se revisan.	
Usa diccionarios, libros de consulta.	
Hace resúmenes, esquemas, cuadros sinópticos cuando debe sintetizar.	
Subraya cuando analiza una lectura.	
Revisa los trabajos antes de entregarlos.	

## 6.- PREFERENCIAS DE AGRUPAMIENTO

**Prefiere trabajar:**

Individualmente		En pareja		En pequeño grupo	
-----------------	--	-----------	--	------------------	--

**Implicación en el trabajo en grupo:**

Participa activamente en el trabajo en grupo.	
Es capaz de tomar iniciativas y de hacer sugerencias.	
Admite la ayuda de otro compañero.	
Adopta una actitud pasiva, poco colaboradora.	
Interrumpe el trabajo de sus compañeros.	
Copia a sus compañeros.	

## 7.- AUTOESTIMA

Siempre duda de sus posibilidades.	
Reconoce sus defectos y sus limitaciones.	
Se muestra seguro en sus realizaciones.	
Se sobrevalora.	
Es excesivamente dependiente de los demás.	

## 8.- MOTIVACIÓN.

**A.-Nivel general de motivación:**

Alto		Medio		Bajo	
------	--	-------	--	------	--

**B.-Forma de abordar las tareas:**

Se centra en el proceso.		Se centra en el producto (resultado).	
--------------------------	--	---------------------------------------	--

**C.-Metas de aprendizaje. Motivación intrínseca.**

Demuestra interés por los contenidos y por las actividades en sí mismas.	
Fundamentalmente le interesa incrementar su competencia.	

**D.- Metas de ejecución. Autovaloración.**

Más que incrementar su competencia, le interesa experimentar el éxito (valoraciones positivas de su competencia).	
Le motiva la competición en el trabajo escolar.	
Su máxima preocupación es evitar el fracaso (valoraciones negativas de su competencia).	
Manifiesta ansiedad ante los exámenes o ante actividades que considera difíciles.	
Le preocupa su capacidad para el trabajo escolar.	

**E.-Atribuciones.**

Atribuye sus éxitos a: (profesor, aptitud, esfuerzo, suerte...).	
Atribuye sus fracasos a: (falta de esfuerzo, mala suerte, baja aptitud, dificultad de la tarea...).	

**F.-Motivos externos (aprobar, reconocimiento social, obtener recompensa, evitar sanciones, expectativa profesional al acabar...).**

Refuerzos a los que responde mejor	
------------------------------------	--

**OBSERVACIONES.**

--

NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES	

## PROPUESTA DE ELEMENTOS CURRICULARES

### 1. ÁREA DE LENGUA

#### CONTENIDOS

*Comunicación oral: hablar y escuchar*

*Comunicación escrita: leer*

*Comunicación escrita: escribir*

*Conocimiento de la lengua*

*Lenguajes: Comunicación y representación*

*Bloque 1. Lenguaje verbal.*

#### CRITERIOS DE EVALUACIÓN

*Comunicación oral: hablar y escuchar*

*Comunicación escrita: leer*

*Comunicación escrita: escribir*

*Lenguajes: Comunicación y representación*

*Bloque 1. Lenguaje verbal.*

## 2. ÁREA DE MATEMÁTICAS

### CONTENIDOS

*Procesos, métodos y actitudes en Matemáticas*

*Números y operaciones*

*Magnitudes y medida*

*Geometría*

*Conocimiento del entorno*

*Bloque 1. Medio físico: Elementos, relaciones y medida*

### CRITERIOS DE EVALUACIÓN

*Procesos, métodos y actitudes en Matemáticas*

*Números y operaciones*

*Magnitudes y medida*

*Geometría*

### COMPETENCIAS CLAVE

1. Competencia lingüística.
2. Competencia matemática y competencias básicas en ciencia y tecnología.
3. Competencia digital.
4. Aprender a aprender.
5. Competencias sociales y cívicas.
6. Sentido de la iniciativa y espíritu emprendedor.
7. Conciencia y expresiones culturales.

<b>Adaptación Curricular Individual (A.C.I)</b>	<b>C.E.I.P. XXXXXXXXXXXXX</b>
---	-------------------------------

<b><u>Área de Lengua</u></b>	
<b>Nombre del alumno:</b>	<b>Profesor Tutor/a:</b>
<b>Curso:</b>	<b>Profesora PT:</b>
<b>Año académico:</b>	<b>NC:</b>

<b>ESTÁNDARES DE APRENDIZAJE EVALUABLES</b>	<b>1ºT</b>	<b>2ºT</b>	<b>3ºT</b>	<b>CC</b>

<b>Adaptación Curricular Individual (A.C.I)</b>	<b>C.E.I.P. XXXXXXXXXXXXXXXXX</b>
---	-----------------------------------

<b><u>Área de Matemáticas</u></b>	
<b>Nombre del alumno:</b>	<b>Profesor Tutor:</b>
<b>Curso:</b>	<b>Profesora PT:</b>
<b>Año académico:</b>	<b>NCC:</b>

<b>ESTÁNDARES DE APRENDIZAJE EVALUABLES</b>	<b>1ºT</b>	<b>2ºT</b>	<b>3ºT</b>	<b>CC</b>

### 3. OTRAS ÁREAS

#### CONTENIDOS

#### CRITERIOS DE EVALUACIÓN

## Adaptación Curricular Individual

Adaptación Curricular Individual (A.C.I)	C.E.I.P. XXXXXXXXXXXXX
--	------------------------

<u>Área de XXXXXXXX</u>	
Nombre del alumno:	Profesor Tutor:
Curso:	Profesora PT:
Año académico:	NCC:

ESTÁNDARES DE APRENDIZAJE EVALUABLES	1ºT	2ºT	3ºT	CC

#### Leyenda

A: Alcanzado

A\*: Alcanzado necesita reforzar

-: no trabajado

D: En desarrollo

## COLABORACIÓN CON LA FAMILIA

FECHA	COMPROMISOS

## SEGUIMIENTO

FECHA	VALORACIÓN DE LA PROPUESTA CURRICULAR	ACUERDOS

10.2. ANEXO 2: Escala de Inteligencia Wechsler para niños-IV revisado (WISC-IV-R).

# 215

# WISC-IV

## Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños - Revisada

### CUADERNILLO DE ANOTACIÓN Y PERFIL

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Entrevistado por: \_\_\_\_\_

**VERBAL** **PERFIL** **MANIPULATIVO**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

**RESUMEN DE PUNTUACIONES**

INTELIGENCIA VERBALES	Verbal	Perfil
INTELIGENCIA MANIPULATIVAS	Manipulativo	Perfil
INTELIGENCIA TOTAL	Total	Perfil

**Observaciones:**

Copyright © 1997, 1998, 1999 by The Psychological Corporation, New York, N.Y. © 2007  
 Copyright © 2003 by The Psychological Corporation, New York, N.Y. © 2007  
 Todos los derechos reservados. No se permite la reproducción, distribución o venta de esta obra sin el consentimiento escrito de The Psychological Corporation.

# WISC-IV

## ESCALA DE INTELIGENCIA DE WECHSLER PARA NIÑOS-IV

### Página resumen

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Edad de la edad cronológica: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Examinador: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_  
 Fecha de realización: \_\_\_\_\_  
 Edad cronológica: \_\_\_\_\_

**Convertir de puntuaciones brutas en escalas**

Bruta	Verbal	Manipulativa	Total
100	100	100	100
110	110	110	110
120	120	120	120
130	130	130	130
140	140	140	140
150	150	150	150
160	160	160	160
170	170	170	170
180	180	180	180
190	190	190	190
200	200	200	200

**Convertir de las sumas de escalas en puntuaciones compuestas**

Suma de escalas	Verbal	Manipulativa	Total
100	100	100	100
110	110	110	110
120	120	120	120
130	130	130	130
140	140	140	140
150	150	150	150
160	160	160	160
170	170	170	170
180	180	180	180
190	190	190	190
200	200	200	200

**Perfil de puntuaciones escalas**

Escala	Verbal	Manipulativa	Total
1	100	100	100
2	100	100	100
3	100	100	100
4	100	100	100
5	100	100	100
6	100	100	100
7	100	100	100
8	100	100	100
9	100	100	100
10	100	100	100
11	100	100	100
12	100	100	100
13	100	100	100
14	100	100	100
15	100	100	100
16	100	100	100
17	100	100	100
18	100	100	100
19	100	100	100
20	100	100	100
21	100	100	100
22	100	100	100
23	100	100	100
24	100	100	100
25	100	100	100
26	100	100	100
27	100	100	100
28	100	100	100
29	100	100	100
30	100	100	100
31	100	100	100
32	100	100	100
33	100	100	100
34	100	100	100
35	100	100	100
36	100	100	100
37	100	100	100
38	100	100	100
39	100	100	100
40	100	100	100
41	100	100	100
42	100	100	100
43	100	100	100
44	100	100	100
45	100	100	100
46	100	100	100
47	100	100	100
48	100	100	100
49	100	100	100
50	100	100	100
51	100	100	100
52	100	100	100
53	100	100	100
54	100	100	100
55	100	100	100
56	100	100	100
57	100	100	100
58	100	100	100
59	100	100	100
60	100	100	100
61	100	100	100
62	100	100	100
63	100	100	100
64	100	100	100
65	100	100	100
66	100	100	100
67	100	100	100
68	100	100	100
69	100	100	100
70	100	100	100
71	100	100	100
72	100	100	100
73	100	100	100
74	100	100	100
75	100	100	100
76	100	100	100
77	100	100	100
78	100	100	100
79	100	100	100
80	100	100	100
81	100	100	100
82	100	100	100
83	100	100	100
84	100	100	100
85	100	100	100
86	100	100	100
87	100	100	100
88	100	100	100
89	100	100	100
90	100	100	100
91	100	100	100
92	100	100	100
93	100	100	100
94	100	100	100
95	100	100	100
96	100	100	100
97	100	100	100
98	100	100	100
99	100	100	100
100	100	100	100

Copyright © 2003 by The Psychological Corporation, New York, N.Y. © 2007  
 Todos los derechos reservados. No se permite la reproducción, distribución o venta de esta obra sin el consentimiento escrito de The Psychological Corporation.

10.3. ANEXO 3: Prueba del Lenguaje Oral de Navarra Revisada. (PLON-R).

Cuadernillo de anotación **5 años**

**PLON-R**

**Contenido**

**Uso**

**V. Definición por el uso**

**1. Nivel comprensivo**

**INSTRUCCIONES:** Señala una cosa que sirve para...  
(Mostrar LÁMINA 6).

no mojarse	+	-
pintar	+	-
hacer fotos	+	-
jugar	+	-
ordenar el tráfico	+	-

**PUNTUACIÓN**

- 1 punto:** señala todos los elementos correctamente.
- 0 puntos:** señala 1 o más elementos incorrectamente.

**2. Nivel expresivo**

**INSTRUCCIONES:** Dime para qué sirven...  
(Nombrar cada parte).

los ojos	+	-
la boca	+	-
la nariz	+	-
los oídos	+	-
las manos	+	-

**PUNTUACIÓN**

- 1 punto:** todas las respuestas correctas.
- 0 puntos:** 4 o menos respuestas correctas.

**I. Expresión espontánea ante una lámina**

Denomina	+	-
Describe	+	-
Narra	+	-

**PUNTUACIÓN**

- 2 puntos:** narra.
- 1 punto:** describe.
- 0 puntos:** denomina.

**II. Expresión espontánea durante una actividad manipulativa: rompecabezas**

**INSTRUCCIONES:** Ahora vamos a hacer este rompecabezas. A ver si nos sale (Se sacan todas las piezas menos una, que se deja parcialmente a la vista).

**TIEMPO:** de uno a tres minutos.

Solicita información	+	-
Pide atención	+	-
Autorregula su acción	+	-

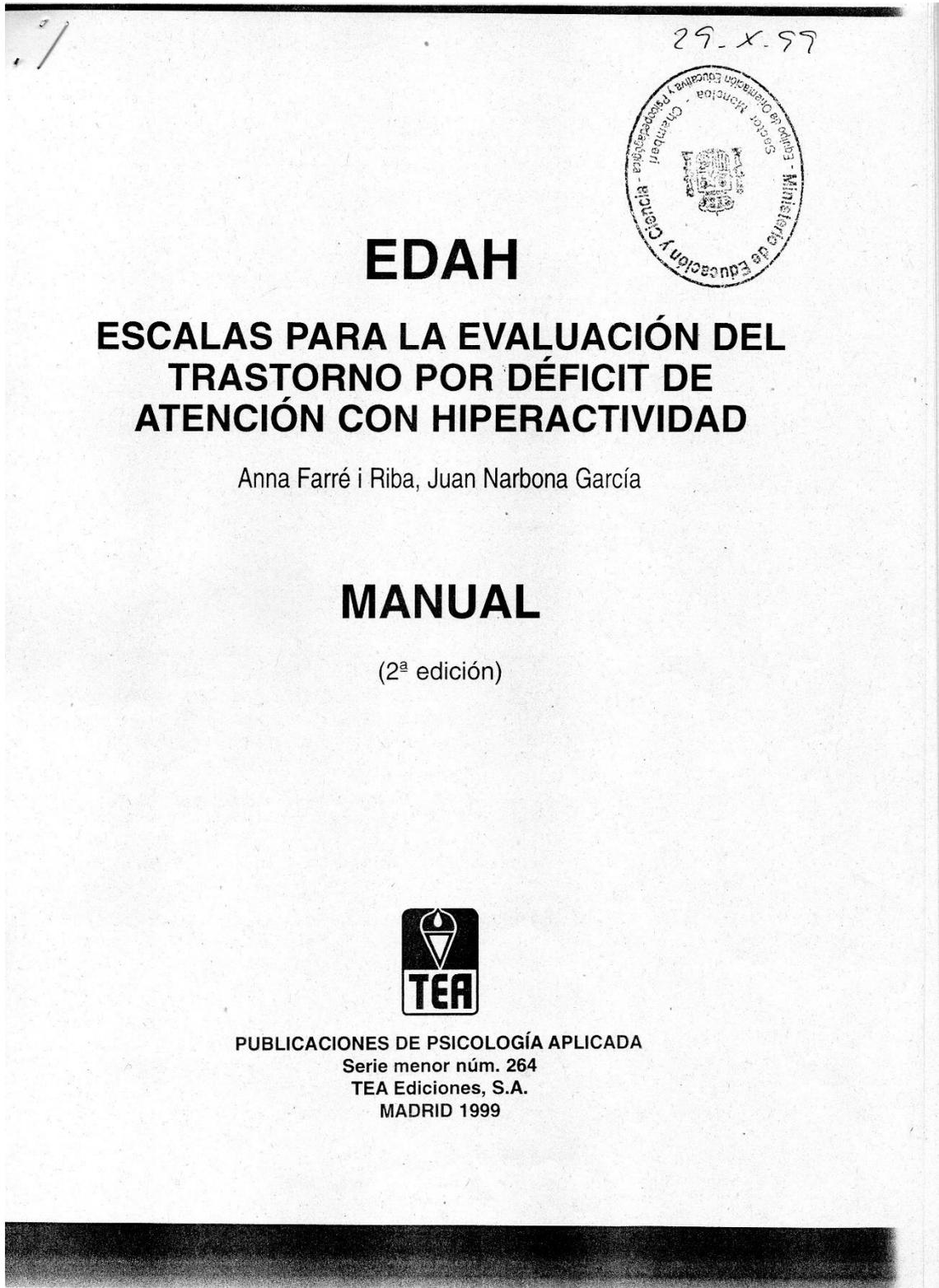
Otras

**PUNTUACIÓN**

- 1 punto:** 1 o más respuestas observadas.
- 0 puntos:** ninguna respuesta observada.



10.4. ANEXO 4: Escalas de Evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH).



## 2. FICHA TÉCNICA

<b>Nombre:</b>	Escalas para la evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.
<b>Autores:</b>	Anna Farré y Juan Narbona.
<b>Aplicación:</b>	Individual (para el profesor del sujeto a evaluar).
<b>Duración:</b>	5 a 10 minutos.
<b>Ámbito de aplicación:</b>	6 a 12 años (1° a 6° de Primaria).
<b>Significación:</b>	Medida de los principales rasgos del TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) y de los Trastornos de Conducta que puedan coexistir con el síndrome.
<b>Baremación:</b>	Baremos en centiles para las cuatro subescalas y la escala global. Puntos de corte.
<b>Material:</b>	Hoja de anotación autocopiativa que contiene el cuestionario para el profesor.

## 3. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Debido a la amplitud y diversidad de la sintomatología, el diagnóstico del TDAH debe considerarse desde un criterio multifactorial, en el que es necesaria la intervención de un equipo multiprofesional médico y psicopedagógico, además de requerir la colaboración de profesores y, sobre todo, de los padres.

El trabajo en equipo va a permitir un doble objetivo: por un lado el diagnóstico funcional, a partir del cual se constituyen las bases para el tratamiento, por otro lado, los datos nos pueden llevar al diagnóstico sindrómico, que nos permita atribuir los trastornos observados al mal funcionamiento de determinadas estructuras; y, en ciertos casos, no en todos, elaborar hipótesis hacia un diagnóstico

etiológico (Bugié, 1990). La evaluación del TDAH puede realizarse desde distintos procedimientos complementarios. Distintos autores señalan la importancia de utilizar métodos estructurados y otros de menor sistematización para obtener más riqueza de información.

El acceso a los padres y a los propios sujetos es relativamente fácil tanto desde el ámbito de la psicología clínica como desde el ámbito médico, puesto que son los padres los que acuden a la consulta. Sin embargo, el acceso a los maestros, excepto para el psicopedagogo o para el psicólogo escolar, suele ser más difícil. La información que nos puede aportar el maestro es tan valiosa por su obje-

Nº 264

# EDAH

## HOJA DE ANOTACIÓN

Nombre \_\_\_\_\_

Centro \_\_\_\_\_ Nivel escolar: \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo  VARÓN  MUJER Fecha \_\_\_\_\_

RESPONDA A CADA CUESTIÓN RODEANDO CON UN CÍRCULO EL GRADO EN QUE EL ALUMNO PRESENTA CADA UNA DE LAS CONDUCTAS DESCRITAS

NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
0	1	2	3

1	Tiene excesiva inquietud motora	0	1	2	3
2	Tiene dificultades de aprendizaje escolar	0	1	2	3
3	Molesta frecuentemente a otros niños	0	1	2	3
4	Se distrae fácilmente, muestra escasa atención	0	1	2	3
5	Exige inmediata satisfacción a sus demandas	0	1	2	3
6	Tiene dificultad para las actividades cooperativas	0	1	2	3
7	Está en las nubes, ensimismado	0	1	2	3
8	Deja por terminar las tareas que empieza	0	1	2	3
9	Es mal aceptado por el grupo	0	1	2	3
10	Niega sus errores o echa la culpa a otros	0	1	2	3
11	A menudo grita en situaciones inadecuadas	0	1	2	3
12	Contesta con facilidad. Es irrespetuoso y arrogante	0	1	2	3
13	Se mueve constantemente, intranquilo	0	1	2	3
14	Discute y pelea por cualquier cosa	0	1	2	3
15	Tiene explosiones impredecibles de mal genio	0	1	2	3
16	Le falta sentido de la regla, del «juego limpio»	0	1	2	3
17	Es impulsivo e irritable	0	1	2	3
18	Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros	0	1	2	3
19	Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante	0	1	2	3
20	Acepta mal las indicaciones del profesor	0	1	2	3



Autor: A. Farré y J. Narbona.

Copyright © 1998 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Pro reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan otro en tinta una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España.

10.5. ANEXO 5: Escalas de Conners para profesores, el hogar y la escuela.

**Cuestionario de conducta de CONNERS para PROFESORES**  
(C.C.E.; Teacher's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada

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

**Instrucciones:**

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

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

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

- Puntuación:

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

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

## CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN EL HOGAR (Continuación)

(C.C.I.; Parent's Questionnaire, C. Keith Connors). Forma abreviada.

Descriptores	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.				

**CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN LA ESCUELA**  
(C.C.E.; Teacher`s Questionnaire, C. Keith Connors). Forma abreviada.

Utilizar este cuestionario para obtener una descripción de las conductas de los alumnos. Los datos obtenidos deben trasladarse a la tabla diagnóstica del DSM-IV.

<b>Descriptor</b>	<b>Nada</b>	<b>Poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
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.				

10.6. ANEXO 6: Proyecto fonético-gestual (muestra). Elaboración Propia.

# PROYECTO FONÉTICO-GESTUAL DEL CEIP XXXXXXX



**“NOS AYUDAMOS DE  
LAS MANOS PARA  
LEER Y HABLAR”**

## **ÍNDICE**

### **1. INTRODUCCIÓN**

### **2. MARCO LEGAL**

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVOS PARA EL HABLA**

#### **3.2 OBJETIVOS PARA LA LECTOESCRITURA**

### **4. METODOLOGÍA**

### **5. UNIFICACIÓN DE LOS APOYOS FONÉTICOS VISUALES**

#### **5.1 GESTOS FONÉTICOS VISUALES DE APOYO DEL CEIP xxxxxxxxxxxxxx**

## **1. INTRODUCCIÓN**

La Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, modificada con la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, de la Mejora de la Calidad Educativa, establece, entre sus competencias clave a la comunicación y al lenguaje y ésta se presentará de base para todas y cada una de las competencias establecidas. Nos ayudará a fomentar el pensamiento abstracto frente a la competencia matemática, fomentará seriamente las habilidades sociales, la normalización del lenguaje y elementos transversales, mencionados en dicha ley, para impulsar la competencia social y cívica. Con este proyecto, queremos considerar a la competencia de aprender a aprender, llenando de pautas al alumno o alumna para adquirir estrategias que contemplen nuevas formas para llenar de conocimientos nuestra vida diaria.

Este proyecto pretende alcanzar dichas competencias clave, ratificando lo establecido en la Orden 65/2015 de 21 de enero, uniendo nuestra labor diaria, nuestras programaciones y los currículos vigentes con el impulso de estas competencias.

De este espíritu nace este proyecto que quiere alcanzar unos objetivos claros con todo el claustro que posibiliten un desarrollo efectivo y correcto del Plan de Fomento a la lectura, el desarrollo de la comprensión lectora y la mejora de la expresión oral y que contribuya a poder renovar nuestra metodología con un enfoque visual, que globalice el sonido de los fonemas y puedan aportar un desarrollo escrito normalizado.

El enfoque sistémico que pretende este método pone de manifiesto cómo el centro tiene como objetivo fundamental la coordinación y

cómo esa coordinación se traduce en el desarrollo de nuestro centro en nuevas metodologías y planteamientos como nos ratifica la actual ley de Educación.

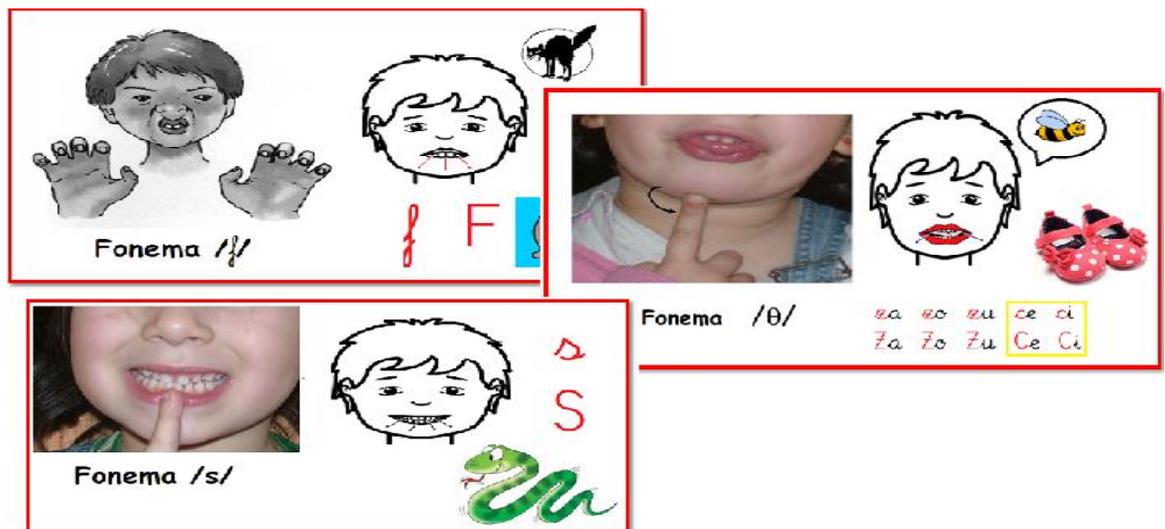
## **2. MARCO LEGAL**

- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa.
- Decreto 89/2014, de 24 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se establece para la Comunidad de Madrid el Currículo de la Educación Primaria.
- Decreto 17/2008, de 6 de marzo, del Consejo de Gobierno, por el que se desarrollan para la Comunidad de Madrid las enseñanzas de la Educación Infantil.
- Orden ECD/65/2015, de 21 de enero, por la que se describen las relaciones entre las competencias, los contenidos y los criterios de evaluación de la educación primaria, la educación secundaria obligatoria y el bachillerato.
- ORDEN 3622/2014, de 3 de diciembre, de la Consejería de Educación, Juventud y Deporte de la Comunidad de Madrid, por la que se regulan determinados aspectos de organización y funcionamiento, así como la evaluación y los documentos de aplicación en la Educación Primaria.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. OBJETIVOS GENERALES PARA LA DESTREZA FONOARTICULATORIA

- Adquirir un correcto punto de articulación ayudado con los gestos fonéticos pactados previamente.
- Facilitar el habla dirigida y espontánea por medio del gesto que apoye a la discriminación auditiva del fonema.
- Adquirir una mayor conciencia fonológica.



#### 3.2. OBJETIVOS GENERALES PARA LA LECTOESCRITURA

- Aportar estrategias visuales que permitan al alumno la discriminación auditiva de los diferentes fonemas del castellano.
- Desarrollar una correcta discriminación auditiva de cada uno de los fonemas que tenemos en nuestra lengua.

- Facilitar el proceso escrito y lector por medio de apoyos visuales (gestos establecidos) y auditivos que permitan la consecución de una adecuada escritura espontánea.

#### **4. METODOLOGÍA**

- Asegurarnos que el alumno o alumna se encuentra en el momento adecuado para comenzar con el proceso de la lectoescritura, teniendo afianzados todos los requisitos previos para su consecución: contacto ocular normalizado, imitación contextualizada y atención conjunta e individual que permitan el aprendizaje.
- Adaptar, si fuera necesario el apoyo al alumno, incluso personalizar los apoyos con ayuda de una agenda individual.
- Fomentar, junto con la lectoescritura, habilidades sensoriomotoras que activen el desarrollo y la madurez del alumno hacia dicho proceso: psicomotricidad gruesa, fina, coordinación visomanual, discriminación visual y auditiva.

#### **5. UNIFICACIÓN DE LOS APOYOS FONÉTICOS**

##### **VISUALES**

Como cita Monfort y Juárez en Leer para hablar 2010, la primera etapa en el aprendizaje de la vía fonológica pasa por la comprensión de que ciertos "dibujos" representan sonidos. Por lo tanto, esta etapa no incluye todavía la comprensión ya que los contenidos son esencialmente fonemas.

Los movimientos o posturas que se proponen intentan reforzar la asociación fonema y grafema pretendiendo ser un puente entre lo visual y lo auditivo. Hay muchas propuestas válidas para ello y que se adaptan a cada característica del niño, por ejemplo, puede establecerse que los cuernos de una vaca se relacionen con la /m/ porque para el niño es más representativo.

## 5.1 GESTOS FONÉTICOS VISUALES DE APOYO DEL CEIP xxxxxxxx

A: puño cerrado al lado de la boca.



C, Z: dedo meñique señalando a la lengua. Para la escritura la se hará la /Z/ cerca de la boca con el meñique. Y la /c/ con la mano como el dactilológico.



E: estirar la cara como si se sonriera o mano en el oído como si no oyéramos bien.

F: arañamos a ambos lados de la boca.

G: mano en el cuello con la palma de la mano abierta.

H: levantar el pulgar, el índice y el corazón. Igual que en el dactilológico.

I: dedo índice o meñique al lado de la boca.

10.7. ANEXO 7: Modelo de ACI del área de Ciencias de la Naturaleza.

**ÁREA DE CIENCIAS DE LA NATURALEZA**

Tabla 6  
Estándares de aprendizaje evaluables. ACI de Ciencias de la Naturaleza. Elaboración propia.

<b>ESTÁNDARES DE APRENDIZAJE EVALUABLES</b>	<b>1ºT</b>	<b>2ºT</b>	<b>3ºT</b>	<b>CC</b>
Identifica las partes del cuerpo humano.				
Asocia los órganos de los sentidos y la información que proporcionan.				
Clasifica alimentos según su origen.				
Identifica y adopta hábitos de higiene, cuidado y descanso.				
Establece y mantiene relaciones emocionales amistosas, basadas en el intercambio de afecto y la confianza mutua.				
Observa e identifica directa e indirectamente animales y plantas.				
Observa y asocia los rasgos físicos y las pautas de comportamiento de los animales y las plantas con los entornos en los que viven.				
Reconoce las características básicas y clasifica los seres vivos.				
Observa y registra algún proceso asociado a la vida de los seres vivos: dónde viven, qué comen, cómo nacen, etc.				
Identifica en algún animal y planta las partes que lo forman y la función de cada una de ellas.				
Muestra conductas de respeto y cuidado hacia los seres vivos.				
Explica con ejemplos concretos y cercanos los usos y la utilidad de algunos materiales e identifica diferentes tipos de máquinas relacionándolas con un oficio determinado.				
Reduce, reutiliza y recicla objetos en el aula y en el centro.				

