

Trabajo fin de grado

**“TRASTORNOS DEL  
DESARROLLO Y  
DIFICULTADES DE  
APRENDIZAJE:  
EL TDAH”**

Titulación:	Grado en Educación Infantil
Autora:	Lara Martín Durántez
Tutora académica:	M <sup>a</sup> Ascensión Fernández
Fecha:	20/ 06/ 2013
Curso académico:	2012/ 13

## **RESUMEN**

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más frecuentes en la infancia. Su diagnóstico no suele realizarse hasta los 6 años, cuando el alumno empieza la Educación Primaria pero, sin embargo, la mayoría de los síntomas están presentes en edades más tempranas, aunque sean difíciles de detectar. El incremento de casos con presencia de síntomas de hiperactividad en niños menores de seis años, nos hace darnos cuenta de la necesidad de una intervención temprana en el ámbito educativo, que compense mayores dificultades en edades más avanzadas.

El presente trabajo se ha basado en una revisión bibliográfica para conocer de cerca el marco teórico del trastorno, incluyendo sus antecedentes, características, diagnóstico, evaluación y tratamiento. Analiza las investigaciones recientes y propone diversas pautas y estrategias educativas tanto para educadores como para padres. Así mismo, presenta una práctica educativa con un alumno con síntomas de TDAH en Educación Infantil y una adaptación curricular para adaptar la programación educativa a las necesidades de dicho alumno.

**Palabras clave:** Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Educación Infantil, pautas y estrategias educativas, práctica educativa, intervención, y programación educativa.

## ÍNDICE

### CAPÍTULO I. JUSTIFICACIÓN

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. POSICIONAMIENTO DE LA INVESTIGADORA.....	5
3. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA ELEGIDO.....	6
3.1 RELEVANCIA DEL MISMO.....	8
3.2 RELACIÓN CON LAS RECOMPETENCIAS DEL TÍTULO.....	9
3.3 OBJETIVOS Y METODOLOGÍA.....	10

### CAPÍTULO II. EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

1. MARCO TEÓRICO.....	11
1.1 CONCEPTO.....	11
1.2 ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO.....	13
1.3 CURSO CLÍNICO Y CARACTERÍSTICAS.....	14
1.4 ETIOLOGÍA.....	17
1.5 DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN.....	19
1.6 TRATAMIENTO.....	21
1.6.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....	22
1.6.2 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.....	22
2. EL TDAH EN LOS NIÑOS DE EDUCACIÓN INFANTIL.....	25
3. INTERVENCIÓN EN EL AULA Y EN CASA.....	27
3.1 INTERVENCIÓN DEL PROFESORADO.....	27
3.2 ORIENTACIONES PARA LOS PADRES.....	30
4. PRÁCTICA EDUCATIVA CON UN ALUMNO TDAH.....	31
5. CONCLUSIONES.....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
ANEXOS.....	42

# CAPÍTULO I. JUSTIFICACIÓN

## 1. INTRODUCCIÓN

El tema de mi trabajo “Trastornos del desarrollo y dificultades de aprendizaje” implica un concepto muy amplio que engloba trastornos tan variados como por ejemplo, las dificultades de aprendizaje de la lectura o de la escritura, o las dificultades que se derivan de las bajas capacidades intelectuales y su intervención, por poner dos ejemplos. Por tanto, un enfoque tan global e inespecífico supondría que, en un trabajo de estas características, no se podrían más que obtener meras orientaciones generales, por eso, he decidido centrarme en un trastorno y en una propuesta para poder así concretar y especializar mi trabajo.

La elección del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad<sup>1</sup> se debe a que lo presentan un alto porcentaje de alumnos<sup>2</sup> en nuestras aulas. Es ya hoy en día uno de los motivos más frecuentes de consulta en Pediatría. A pesar de que hasta los 6 o 7 años no se realiza un diagnóstico más exacto, a edades más tempranas ya se manifiestan muchos de los síntomas propios de este trastorno, motivo por el cual me centraré en este trabajo en el alumnado de la etapa de Educación Infantil.

Hasta hace aproximadamente una década, el TDAH era un gran desconocido para la mayoría del profesorado. Actualmente, aunque las cosas han cambiado en parte y es una de las patologías neuroconductuales más investigadas, se sigue, con más frecuencia de la deseada, confundiendo este trastorno con problemas de conducta, con mala educación o con falta de límites. A veces, se busca la responsabilidad en el entorno familiar o la causa donde no está, y se les impide recibir el trato y el tratamiento que precisan.

La actividad motora es una característica propia de los niños preescolares, pero cuando esa actividad es excesiva y dificulta la relación con otros niños o adultos, bien en el ámbito familiar o en el escolar, puede ser un síntoma de un trastorno asociado mucho más complejo. Nos encontramos con unos niños con dificultades de rendimiento y de comportamiento en los que la causa hay que buscarla en procesos internos a ellos mismos.

Para profundizar sobre dicho trastorno, primero voy a justificar mi elección debidamente y voy a ubicarlo dentro de las distintas dificultades de aprendizaje. Realizaré una completa revisión bibliográfica sobre el tema, extraeré diversas pautas y estrategias educativas para mejorar la situación de estos niños, tanto en el ámbito familiar como escolar, y finalmente explicaré la práctica educativa a seguir con un alumno TDAH en la etapa de Educación Infantil.

---

<sup>1</sup> En adelante, el término “TDAH” se referirá al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

<sup>2</sup> Los términos “alumnos” o “niños” englobarán tanto al masculino como al femenino, como el fin hacer la lectura más ligera y economizar espacio.

Por tanto, a través de las diversas fuentes y recientes investigaciones sobre el tema, llegaré a la conclusión de cuán necesaria es una intervención temprana, así como un correcto diagnóstico, cuando sea posible, del TDAH en los niños de Educación Infantil, con el objetivo de compensar las dificultades que este trastorno puede conllevar cuando se comience la escolarización obligatoria en la etapa de Educación Primaria.

## **2. POSICIONAMIENTO DE LA INVESTIGADORA**

En 2007 comencé a trabajar como maestra de Educación Infantil, y durante mis primeras experiencias profesionales empecé a interesarme especialmente por la educación de los niños con dificultades de aprendizaje y con necesidades educativas especiales. Tuve la oportunidad de trabajar en mi aula la atención a la diversidad, ya que era tutora de una clase de niños de 5 años entre los cuales estaba un alumno con parálisis cerebral grave.

En los dos cursos escolares siguientes fui tutora de 3º y 4º de Primaria respectivamente, en cuyos grupos viví experiencias destacables con un alumno Síndrome de Down, con otro alumno que presentaba graves problemas de conducta, y con una tercera alumna con déficit de atención diagnosticado tardíamente.

Posteriormente cursé estudios de Psicopedagogía y aunque las asignaturas obligatorias me ofrecían una visión bastante completa, escogí cursar asignaturas optativas relacionadas con los trastornos del desarrollo y su intervención, en un intento de ampliar mi formación y enriquecerme con nuevos recursos y estrategias.

En 2011 realicé las prácticas de Psicopedagogía, y tuve la oportunidad de formarme en un Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP), y de aprender sobre la atención individualizada a alumnos y la adopción de medidas específicas de atención a la diversidad. Fue precisamente Doña Isabel Orjales Villar <sup>3</sup> quien ejerció como tutora de mi prácticum (también sobre la temática TDAH) y con quien tuve la oportunidad de compartir largas conversaciones telefónicas e intercambios de textos, además de un destacado enriquecimiento profesional.

En mis dos últimos años escolares he sido tutora de niños de 3 y 4 años de Educación Infantil, entre ellos, de un alumno con excesiva actividad motora y dificultades de atención.

Estos primeros contactos aumentaron mis ganas de saber más, por ello, desde que acabé mis estudios y con el objetivo de seguir aumentando mis conocimientos, he continuado realizando diversos cursos y seminarios para seguir profundizando en el tema.

---

<sup>3</sup> Isabel Orjales Villar es doctora en Ciencias de la Educación y profesora del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación en la Facultad de Psicología de la UNED. Es autora de numerosos libros y diferentes programas y artículos sobre TDAH y ha centrado su actividad profesional en estos niños y adolescentes, así como en la orientación de sus familias y profesionales del ámbito de la educación.

Basándome en la experiencia profesional expuesta, he considerado muy interesante el exponer aquí una visión aproximativa sobre los trastornos del desarrollo y las dificultades de aprendizaje, para centrarme posteriormente en un trastorno concreto: el TDAH en la etapa de Educación Infantil.

### **3. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA ELEGIDO**

En la INSTRUCCIÓN CONJUNTA de 7 de enero de 2009 se establece el proceso de recogida y tratamiento de los datos de los alumnos con necesidad específica de apoyo educativo y el “fichero ATDI”<sup>4</sup>, además de establecer los distintos grupos, tipologías y categorías de estos alumnos. A partir de la información obtenida, he realizado un **cuadro sobre las distintas categorías diagnósticas en las que se incluye al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo**, que expongo en el **Anexo 1**, el cuál pone de manifiesto la diversidad y amplitud que supone el término “trastornos del desarrollo”.

Para conocer los orígenes de este término comenzaremos con un poco de historia. Los “trastornos del desarrollo” se conceptualizan en los años 70 como una reacción al modelo médico-psiquiátrico, estas personas tienen un trastorno que ha de ser curado o paliado; postulando un énfasis en lo educativo, necesitan educación especializada; en la modificabilidad, pueden aprender; y se desarrollan en la infancia y adolescencia, aunque se sabe que en muchos casos perduran a lo largo de la vida. Así mismo, el famoso informe Warnock (1978) postula la importancia de considerar a las personas desde las necesidades educativas especiales, más que desde la «etiqueta» o clasificación que se les asignase y supone todo un movimiento de desinstitucionalización de la educación especial, que en el caso español, sirvió de base para toda la reforma educativa de los años 90) y su inclusión en el sistema educativo ordinario, lo que tuvo un gran impacto positivo en la evaluación e intervención con personas con trastornos del desarrollo. Esta posición radical (necesaria en ese momento, pero hoy insuficiente), se concretó en España, por ejemplo, desde la aseveración de que cualquier persona que presentara dificultades para aprender, fuera cual fuera su origen, habría de considerarse como alumno con necesidades educativas especiales.

Aunque el concepto de dificultad de aprendizaje dista mucho de estar claro, es necesario precisar a qué se hace referencia con tal expresión o etiqueta diagnóstica. Se trataría de un considerable número de alumnos que, sin déficit mental, ni sensorial, ni privación ambiental, no alcanzan rendimientos inicialmente esperables en sus aprendizajes. La sintomatología más general en los alumnos con dificultades de aprendizaje incluye problemas en los siguientes campos de la conducta y el aprendizaje: actividad motriz hiperactividad o hipoactividad, torpeza motora, dificultad en la coordinación...); atención (bajo umbral de concentración, dispersión...); área

---

<sup>4</sup> El “fichero ATDI (Atención a la Diversidad)” es una aplicación informática donde los centros docentes introducen y actualizan los datos concernientes a los alumnos con necesidad específica de apoyo educativo. Dicha aplicación está accesible a través de Internet en el Portal de Educación de Castilla y León.

matemática (problemas en seriaciones, inversión de cifras, reiterados errores en el cálculo...); área verbal (problemas en la codificación/ decodificación simbólica, irregularidades lectoescritoras, disgrafías...); emotividad: desajustes emocionales leves, escasa autoafirmación personal...); memoria (dificultades de fijación y otros); percepción inadecuada (en la reproducción de formas geométricas, confusión figura-fondo, inversiones de letras, rotaciones...); sociabilidad (inhibición participativa, escasa habilidad social, agresividad...).

Jesús Nicasio García Sánchez (2000) reflexiona sobre la perspectiva de las dificultades de aprendizaje, en relación con otros trastornos del desarrollo, intentando responder a la pregunta de si las dificultades de aprendizaje, son un trastorno, o una dificultad como los demás trastornos del desarrollo, o si su naturaleza, configuración, evaluación e intervención son claramente distintas. Para ello, se presentan argumentos en torno a dos tipos de cuestiones: la primera, sobre la conceptualización de las dificultades de aprendizaje y de los trastornos del desarrollo; la segunda, acerca de la evaluación e intervención en los trastornos del desarrollo, y por tanto en las dificultades de aprendizaje. Se defiende la idea de que las dificultades de aprendizaje son un trastorno del desarrollo, pero su naturaleza, profundidad y posibilidades son claramente diferentes. Ello justificaría la provisión de intervenciones especializadas diferenciales, basadas empíricamente, y probablemente también la creación de un doble nivel de servicios, educativos y de otro orden.

Los trastornos o dificultades del desarrollo se refieren a cualquier alteración que surge en la infancia o la adolescencia, sean específicos de tales edades o típicos también de los adultos pero que se manifiestan en las mismas. Además, cualquier tipo de limitación, sea de tipo mental, sensorial, motor, o conductual, que produce alteraciones en el desarrollo normal de las personas en estas edades, habrá de incluirse como tal. Desde esta perspectiva, podemos hablar de problemas que tienen que ver: con el retraso (los retrasos generalizados como el autismo, el retraso mental, e incluso el retraso en los mecanismos de inhibición conductual como el caso de los TDAH, retrasos del lenguaje, retrasos motores); con el déficit, sea sensorial (ceguera, sordera) o motor (parálisis cerebral); con las dificultades, se produzcan en el dominio académico (dificultades de aprendizaje de la lectura, la escritura o las matemáticas) o en el personal y social (maltrato infantil, violencia entre compañeros o “bullying”, abusos sexuales...); o con las alteraciones psicopatológicas en la infancia, en el nivel de activación (ej., los trastornos de ansiedad en la infancia), en el estado de ánimo (ej., la depresión infantil), o en el control y adaptación conductual (ej., los problemas de conducta infantil), etc.

Ello no agota todas las posibilidades, ni mucho menos, pero en última instancia, todos ellos tienen una causa biológica (quizás la excepción estaría en las dificultades en el dominio personal y social, aunque sus secuelas pueden acabar afectando al nivel biológico). En todos esos trastornos se observan dificultades de aprendizaje con bajo rendimiento escolar y en muchos casos, déficits comunicativos y de adaptación.

Me parece importante destacar, que no se debe confundir el concepto amplio “trastornos del desarrollo”, con el término “trastornos generalizados del desarrollo”, que son un grupo de trastornos caracterizados por alteraciones cualitativas de las interacciones sociales recíprocas y modalidades de comunicación, así como por un repertorio de intereses y de actividades restringido, estereotipado y repetitivo. Estos trastornos generalizados del desarrollo (TGD) tienen en común una asociación de síntomas, conocida con el nombre de tríada de Wing, del nombre de la investigadora inglesa que probó mediante un estudio clínico y estadístico, que esta asociación de tres categorías de síntomas aparecía más a menudo de la simple casualidad porque se trataba, en efecto, de un síndrome (conjunto de síntomas). Son: trastornos de la comunicación verbal y no verbal; trastornos de las relaciones sociales; centros de interés restringidos y/o conductas repetitivas. La severidad de los síntomas varía de una persona a otra, de ahí la subdivisión actual en 5 categorías que podemos ver en el Anexo 1: trastorno autista, de Rett, de Asperger, desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

Después de esta primera aproximación a las distintas categorizaciones, me centraré en un trastorno específico: el TDAH.

### **3.1 RELEVANCIA DEL MISMO**

Como ya he indicado líneas atrás en la introducción, el TDAH es más habitual de lo que pensamos y menos conocido de lo que se debería. En los últimos años han sido numerosas las investigaciones y crecientes el número de artículos publicados. Probablemente se deba a dos motivos: el impacto a nivel académico, ya que es un trastorno vinculado con el fracaso escolar; y el impacto social, ya que el comportamiento de un niño hiperactivo puede entorpecer su propio aprendizaje, pero también el de sus compañeros, y en muchas ocasiones, supone un reto para maestros y padres, quienes a menudo se sienten desorientados y desconocen las pautas a seguir hasta que el diagnóstico es definitivo.

Lo padecen entre un 5% y un 7% de los niños entre 6 y 16 años, es decir, casi un millón y medio de niños en España y en nuestra comunidad de Castilla y León afecta a más de 12.000 niños. Es más común en niños que en niñas (cinco niños por cada niña), aunque este dato no es del todo cierto, ya que el problema radica en que en las niñas es más difícil de observar este tipo de conductas. Según Barkley (1998) al menos un estudiante por aula padece problemas de este tipo.

Existe cierta controversia en cuanto al diagnóstico. Por una parte, al ser una tarea complicada es necesaria la prudencia, pues no se puede generalizar el término hiperactivo para clasificar a cualquier niño que muestre inquietud y provoque desorden en el ambiente de las aulas escolares. Por otra parte, los programas de intervención destinados mayormente a niños de Educación Primaria, dejan de lado a aquellos alumnos de



Educación Infantil que aun presentando síntomas característicos del TDAH, al no ser diagnosticados, no son tratados a nivel conductual ni psicopedagógico.

### **3.2 RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL TÍTULO**

El objetivo fundamental del título de Grado en Educación Infantil es formar profesionales con capacidad para la atención educativa directa a niños del primer ciclo de Educación Infantil, y para impartir el 2º ciclo de Educación Infantil, así como para la elaboración y seguimiento de una propuesta pedagógica.

En el proceso de realización de este Trabajo Fin de Grado he desarrollado competencias y habilidades relevantes. He sido capaz de seleccionar un tema para lo que he tenido en cuenta su viabilidad o la posibilidad de realizarlo adecuadamente, es decir, si disponía de los elementos necesarios para llevar a cabo mi trabajo (documentación, sujetos, materiales,...). También he tenido en cuenta que el trabajo esté relacionado con mis estudios y mi formación profesional, y que despierte un especial interés en mí por mi experiencia docente, lo cual expuse en el apartado “Posicionamiento de la investigadora”. He planificado un proceso de análisis y estudio, del tema que he seleccionado, cuyos resultados se reflejan en el apartado “Marco teórico”, y he establecido unos objetivos que presento en el siguiente apartado. Además, tanto en el apartado de “Intervención en casa y en el aula”, como en el de “Práctica educativa con un alumno TDAH”, ofrezco y defiendo una respuesta lógica y justificada a los problemas o situaciones que planteo inicialmente. Por tanto, puedo decir que este trabajo me ha permitido desarrollar una amplia variedad de competencias, tanto generales como específicas: me ha permitido desarrollar especialmente mi capacidad de análisis, de resolución de problemas y de asimilación y presentación de resultados.

¿Qué relación existe entre los objetivos del título de Grado en Educación Infantil y las actividades de mi Trabajo Fin de Grado? Para fomentar mi metacognición y ser más consciente de mi propio aprendizaje, he extraído algunos de los objetivos de la “Guía del trabajo fin de grado”, que se relacionan de manera más directa con los objetivos de mi trabajo.

Objetivos del Grado en Educación Infantil	En mi Trabajo Fin de Grado...
Conocer los objetivos, contenidos curriculares y criterios de evaluación de Educación Infantil.	He tenido en cuenta dichos conocimientos al realizar las adaptaciones curriculares necesarias.
Planificar la acción educativa y desarrollar estrategias didácticas para promover aprendizajes.	He analizado distintas estrategias de aprendizaje, procedimientos y técnicas conductuales, adecuándolas a este alumnado específico.
Diseñar espacios y situaciones de aprendizaje en contextos de diversidad, que atiendan a las singulares	En el apartado 3.2 sobre la intervención de los profesores doy pautas sobre la disposición en el aula, la estructuración de las lecciones, el planteamiento

necesidades educativas de los estudiantes.	de actividades,... para estos alumnos concretos
Actuar como mediador y fomentar la convivencia dentro del aula.	A través las técnicas que presento, como la tortuga, el entrenamiento autoinstruccional, la autoobservación, contratos, etc.
Analizar el contexto.	Al describir el contexto sociofamiliar del caso objeto de estudio.
Elaborar documentos curriculares adaptados a las necesidades y características de los alumnos.	Al realizar la adaptación curricular de mi caso.
Realizar una evaluación formativa de los aprendizajes.	A través de los criterios de evaluación de las adaptaciones curriculares.
Ejercer funciones de tutoría y de orientación al alumnado.	Al interactuar con familias y guiar el proceso de aprendizaje del alumno.
Diseñar, organizar y evaluar trabajos disciplinares e interdisciplinares en contextos de diversidad.	Al adecuar las actividades al este tipo de alumnado.
Colaborar con las familias.	Destaco este aspecto en el apartado “Orientaciones para los padres” y “La comunicación entre padres y profesores”.

### **3.3 OBJETIVOS Y METODOLOGÍA**

El principal objetivo de mi trabajo es conocer cómo se presenta el TDAH en los niños, proponer pautas y estrategias para el entorno, tanto familiar como escolar, y defender una práctica educativa con un alumno de este tipo, además de ofrecer las adaptaciones necesarias.

Algunos objetivos más específicos son:

- Obtener unas bases teóricas acerca del trastorno y de sus características en la edad escolar y en Educación Infantil.
- Conocer técnicas e instrumentos de evaluación para identificar a estos alumnos.
- Distinguir las características propias del niño hiperactivo respecto de otros niños con problemas de conducta, ansiedad, estrés...
- Conocer métodos, estrategias y pautas específicas para la actuación de los padres en casa, y de los profesores en el aula, para ayudar a los alumnos en su desarrollo integral.
- Obtener información sobre recursos didácticos en torno al tema, y actividades para realizar en clase con todos los alumnos.
- Establecer pautas de intervención temprana, y defender una práctica educativa con un alumno hiperactivo.
- Realizar las adaptaciones curriculares necesarias para este alumno.

Para alcanzar los objetivos propuestos he utilizado la siguiente metodología:

- El primer paso para elaborar mi trabajo ha sido, realizar una investigación bibliográfica sobre el tema y su situación actual, para lo que he consultado diversos manuales, artículos, investigaciones previas y recientes sobre el trastorno, etc.
- Revisión de distintos instrumentos y escalas de medida para el diagnóstico del TDAH, su detección y evaluación.
- Proponer una serie de métodos, estrategias y pautas de actuación, para mejorar la conducta de los niños en el aula y en el hogar.
- Diseñar y elaborar una propuesta de intervención a partir del estudio de un caso, y proponer diversas actividades y adaptaciones.
- Reflexionar acerca de mi propio proceso de aprendizaje y sobre los resultados y contribuciones de mi trabajo.

## **CAPÍTULO II. EL TDAH**

### **1. MARCO TEÓRICO**

En esta fase inicial realizaré un proceso de estudio del tema a través de una exhaustiva revisión bibliográfica, en el que incluiré aspectos como sus antecedentes, sus características, su diagnóstico, y su evaluación y tratamiento.

#### **1.1 CONCEPTO**

El TDAH es un trastorno del comportamiento que presentan tanto niños como adultos, con manifestaciones diferentes según la edad y la educación recibida. Implica una dificultad generalizada en el espacio y el tiempo (ocurre en cualquier lugar y todos los días) para mantener y regular la atención, y una actividad motora excesiva. Secundariamente, manifiesta un notable déficit de reflexividad (impulsividad o con escasa reflexión). En general, la persona, niño, joven o adulto, se muestra a los demás como un individuo con escaso autocontrol, dejándose llevar con frecuencia por sus emociones (ira, tristeza, alegría, ansiedad...), sus deseos o sus necesidades.

Aunque descrito científicamente por primera vez en 1902, no fue hasta 1980 cuando se alcanza un consenso científico que permite llegar a la descripción de hoy en día. Actualmente, el DSM- IV-TR<sup>5</sup> (2002) lo define como “un determinado grado de déficit de atención y/o hiperactividad- impulsividad que resulta desadaptativo e incoherente en relación con el nivel de desarrollo del niño y está presente antes de los 7 años de edad”.

---

<sup>5</sup> El DSM-IV-TR es la cuarta edición de un Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales que se usa como herramienta diagnóstica en Psicología y Medicina. Elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), usa una metodología descriptiva y proporciona una clasificación de los trastornos mentales para su uso clínico y en educación. Es un “texto revisado”, con modificaciones respecto a los anteriores.

Es un síndrome que afecta fundamentalmente a la conducta, pero también a las funciones ejecutivas, puesto que se produce un mal funcionamiento del lóbulo frontal (Bonet, Solano y Soriano, 2006). Barkley (2011) afirma que las funciones ejecutivas son necesarias para planificar, organizar y llevar a cabo conductas complejas durante largos periodos de tiempo, y que en los niños con TDAH esta parte ejecutiva del cerebro funciona de manera poco eficaz. Estas funciones se encuentran dañadas por lo que les resulta muy difícil, e incluso imposible, centrar su atención, ignorar determinados estímulos y autocontrolarse.

Después de décadas en las que hubo diferencias entre unas definiciones y otras, se ha producido un acercamiento en la concepción de la hiperactividad que se refleja en los dos sistemas internacionales de clasificación actuales: el DSM- IV- TR (2002) y CIE-10<sup>6</sup> (1992). Aunque no existen criterios unívocos que permitan definir con exactitud los límites de este trastorno, ambas clasificaciones recogen un listado similar de 18 síntomas que se refieren a conductas de inatención (un estilo conductual de cambio frecuente en las actividades); hiperactividad (exceso de actividad o movimiento en situaciones que requieren calma); e impulsividad (un estilo de conducta demasiado rápido y precipitado), y coinciden en la necesidad de que esos síntomas persistan durante un tiempo y en al menos dos contextos diferentes.

El DSM- IV- TR (2002) expone una serie de **criterios diagnósticos para el TDAH** que se detallan en el **Anexo 2**. Apoyándose en la existencia de la utilización de los criterios diagnósticos para caracterizar los diferentes subtipos, Orjales (2005) extrae algunas conclusiones sobre la incidencia de los diferentes subtipos (que se presentan así mismo en dicho anexo) en el aula. Así destaca que los niños que pertenecen al subtipo combinado son los que con más frecuencia suelen aparecer en las aulas, aunque la evolución que experimentan las características con el paso del tiempo, hace que este tipo de alumnos, hacia los 12-13 años hayan reducido las manifestaciones de la sintomatología hiperactiva/impulsiva, debido a la maduración de su sistema nervioso. Por otra parte, los niños que son muy desatentos pero nada hiperactivos ni impulsivos, suelen ser más difíciles de detectar en el aula como un subtipo de TDAH, siendo confundidos en algunas ocasiones con alumnos de baja capacidad, cuando en realidad su evaluación intelectual puede sorprender situándose por encima de la media. Y por último, cuando algunos niños del subtipo hiperactivo/impulsivo presentan también ciertos problemas para centrar su atención, pueden pasar desapercibidos para los profesores sus aspectos de desatención

---

<sup>6</sup> La CIE-10 es el acrónimo de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión y fue publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es la versión en español de la ICD (*Internacional Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) y determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales y causas externas de daños y/o enfermedad.

debido a: que se encuentran en los primeros cursos escolares, y la exigencia de atención es menor; que presentan una alta dotación intelectual que les compensa su desatención; o bien, que reciben un importante apoyo familiar que compensa estas carencias.

## **1.2 ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO**

Normalmente se atribuye al doctor Hoffmann la primera descripción escrita del comportamiento típico de un niño hiperactivo quien, en 1884 publicó el cuento de “El pequeño Phil”, en el que describe la inquietud, hiperkinesia, extravagancia y otras conductas antisociales más características de los niños TDAH. En 1877, Ireland observó un caso de supuesta hiperactividad infantil en un varón de 7 a 8 años de edad cuyos padres “no lo querían”. En 1882 Tuke definió la hiperactividad como un síntoma de la enfermedad “impulsiva”.

Tras estos inicios descriptivos (que amplió en el **Anexo 3: Desarrollo histórico del “síndrome hiperactivo”**), en 1902 se procede a definir el trastorno como un “conjunto de problemas conductuales”. Aunque la identificación de este conjunto de problemas ayuda en un principio a clarificar su diagnóstico, posiblemente también sea la causa de que hoy no hayamos llegado a una definición conceptual clara del trastorno. La dificultad para identificar a estos niños y para hacer un diagnóstico diferenciado de otras patologías, la diversas teorías que explican el origen y la naturaleza del trastorno y la falta de uniformidad en los criterios para establecer programas de tratamiento, hacen que hablemos del concepto de “síndrome” o “cluster” que ha permanecido desde entonces.

En muchas ocasiones, se ha pretendido tratar este problema desde el punto de vista puramente conductual, y los tratamientos han ido dirigidos a modificar la conducta desadaptativa de estos niños, considerando este trastorno como un problema de comportamiento. Pero, aunque es cierto que la sintomatología del TDAH tiene unas consecuencias claramente conductuales, el déficit que le subyace, la etiología y, por lo tanto, el tratamiento, son sustancialmente distintos, por lo que debe ser analizado de forma diferencial, sin olvidar, claro está, las semejanzas que se establecen en algunos aspectos con los problemas de comportamiento.

Inicialmente la hiperactividad fue estudiada desde un enfoque fundamentalmente médico pero, con el tiempo, la investigación ha ido derivando hacia una perspectiva más psicopedagógica. Una intervención psicopedagógica que ayude al niño a estructurar sus propios recursos, que le permitan controlar las respuestas impulsivas, planificar y organizar su conducta.

Fue considerada en un principio como un trastorno de tipo neurológico, debido a la existencia de una lesión cerebral, si bien las dificultades para comprobar la presencia de tal lesión llevaron a un cambio en la consideración del trastorno. En los años 50 se produce un giro en la investigación y se pasa a una concepción más funcional del síndrome. Aparece el concepto de “Disfunción Cerebral Mínima”: un trastorno de conducta y aprendizaje asociado con disfunciones del Sistema Nervioso Central, en niños con inteligencia normal, y caracterizado por hiperactividad, inestabilidad emocional, déficits de coordinación general, déficits de atención, etc. No manifiestan déficits intelectuales, pero suelen obtener un rendimiento muy por debajo del que cabría esperar debido a su déficit atencional.

En los años 70 las investigaciones se centraron en analizar el síndrome desde una perspectiva conductual abandonando la búsqueda de factores orgánicos. El principal déficit de los niños hiperactivos sería su incapacidad para mantener la atención y su impulsividad, restando importancia a la actividad excesiva, ya que ésta, a diferencia de la atención, mejora con la edad. Más tarde, la 3ª edición del DSM (DSM-III) reemplazó el término “Hiperactividad” por el de “Déficit Atencional con Hiperactividad” señalando como características fundamentales la falta de atención, la actividad excesiva y la impulsividad, pero poniendo un énfasis especial en el déficit atencional, tendencia que se mantiene en la última edición del manual (DSM-IV-TR).

### **1.3 CURSO CLÍNICO Y CARACTERÍSTICAS**

Si atendemos a la historia preescolar, sus padres los describen como:

- Niños difíciles de manejar, activos, enérgicos, a quienes es necesario vigilar constantemente para prevenir accidentes.
- Se caracterizan por su tendencia al rechazo de nueva estimulación, dificultades con los cambios en la rutina y reacciones muy intensas a los cambios en el ambiente.
- Son muy irritables y duermen de forma muy irregular. Suelen ser obstinados y caprichosos en relación a la alimentación y pueden mostrarse bastante agresivos.

Frecuentemente muchos preescolares temperamentales y con un nivel de actividad superior al normal, son diagnosticados posteriormente en su etapa escolar como hiperactivos. Las investigaciones sugieren que entre un 60 y un 70% de los niños en edad escolar identificados como hiperactivos, eran marcadamente diferentes en sus conductas cuando eran preescolares. A pesar de esto muchos profesionales defienden que los problemas comportamentales durante la etapa preescolar constituyen fases evolutivas transitorias, más que signos precoces de un trastorno crónico potencial. Sin duda hay que saber distinguir si los síntomas reflejan una exageración de las conductas apropiadas a la edad. El profesor es el más adecuado para determinar cuándo el patrón comportamental refleja el desarrollo normal y cuándo no, incrementándose el convencimiento de que

ignorar estos signos, especialmente en los últimos años de preescolar, puede ser un gran error. En el apartado 2 de este capítulo volveremos sobre este tema.

Durante el período escolar aparecen los problemas de comportamiento en clase. No permanece el tiempo suficiente en las tareas y molesta a sus compañeros, por lo que el profesor debe actuar como reforzador, centrando la atención del niño hasta que vuelva a implicarse en la tarea y focalice su atención hacia las conductas más adecuadas. La consecuencia directa del escaso tiempo que permanece trabajando, se traduce en un bajo rendimiento académico. No se trata de niños poco inteligentes, como en ocasiones se ha argumentado. En el caso de que obtengan bajas puntuaciones en los tests de inteligencia, se debe en gran parte, al impacto que puede ejercer su conducta sobre la realización.

Las relaciones con sus compañeros no son buenas por lo que tiende a buscar amigos más pequeños. Los estudios sociométricos habitualmente reflejan que los niños con déficits atencionales son poco populares por lo que frecuentemente se les excluye de las interacciones sociales. A menudo son descritos como inmaduros e incompetentes. Aunque algunos son capaces de desarrollar habilidades sociales adecuadas, la mayoría presentan una baja competencia social. Algunos sencillamente carecen de habilidades sociales, son poco populares o están aislados, mientras que otros muestran conductas agresivas que les abocan al rechazo de sus compañeros.

Durante la última infancia persisten las dificultades para el estudio, la conducta disruptiva y la ausencia de amigos, todo lo cual contribuye a mantener baja su autoestima e incrementa la probabilidad de padecer trastornos de tipo depresivo. Cuando eran pequeños sus problemas a menudo les llevaban a los servicios de educación especial y a frecuentes avisos a sus padres. Ya en la adolescencia, si bien la actividad motora gruesa ha descendido, el déficit atencional, la impulsividad y la inquietud persisten. Se trata de sujetos con bajos niveles de responsabilidad. Entre el 30 y el 40% de hiperactivos se han involucrado al menos una vez en una conducta de tipo antisocial, mientras que el porcentaje que hace esto mismo en la población normal está entre el 3 y el 4%. Parece ser, por tanto, que los adolescentes con déficit atencional continúan teniendo problemas sociales, académicos y emocionales. Los profesores siguen quejándose de su inatención, nerviosismo, sobreexcitación y mala ejecución de las tareas. Muchos muestran signos de indefensión y depresión, pues son conscientes de su larga historia de problemas.

En general, suelen tener dificultades para mantener la alerta que requieren las situaciones escolares, para activarse hacia la ejecución de las tareas, para la selección de los estímulos relevantes y para mantener la atención. Sobre todo, cuando las tareas no son demasiado motivadoras, son repetitivas o de larga duración, tienden a abandonarlas u olvidan completarlas (Barkley, 1998). En la tabla del **Anexo 4**, se pueden observar algunas

de las **características de los niños con TDAH a lo largo de distintas etapas educativas** que pueden estar originando dificultades de aprendizaje.

Los profesores, cuando se refieren a estos niños, utilizan expresiones como: “está en las nubes”, “parece que no escucha”, “nunca finaliza la tarea”, “sólo termina su trabajo si estoy con él”, “lo hace todo muy rápido, sin emplear el tiempo necesario y, por ello, le sale mal”... Sí además añadimos que muchos de estos alumnos se levantan del asiento constantemente, no disponen de los materiales necesarios, interrumpen sin esperar su turno al hablar..., podemos decir que, estos niños, rompen la armonía del aula, al mismo tiempo que esto conlleva dificultades en el propio rendimiento escolar, tanto en la producción de la tarea, como en el logro de aprendizajes más complejos.

En cuanto a la conducta, conviene tener en cuenta:

- El niño hiperactivo en edad temprana, no tiene un comportamiento muy distinto al de otro niño de su misma edad. Sus conductas son conflictivas por la frecuencia con que se presentan, su excesiva intensidad y la inoportunidad del momento en que suceden.
- Estos niños tienen más dificultades para controlar su conducta cuando están con otros niños, que cuando están solos. Esto se debe a sus dificultades para mantener la atención y a la gran facilidad que tienen para distraerse. Cuando está solo, sin apenas quererlo, el niño se convierte en el centro de atención de la situación, siéndole más fácil prestar atención y estando para ello más motivado.
- No todos los niños hiperactivos manifiestan todas las características que a continuación se describen. Sin embargo, las dificultades de atención, la impulsividad y la hiperactividad, no suelen faltar aunque se manifiestan con un grado de severidad muy diferente en cada niño.

Las características principales de estos niños son:

- Poca capacidad de concentración (falta de atención).
- No son constantes en sus labores y actividades.
- Impulsividad que les va a producir una mala fama en el colegio, y está asociado a alta siniestralidad porque hacen todo sin pensar (cruzar la calle sin mirar, lanzar objetos...).
- No pueden para de moverse.
- No se relacionan bien socialmente.
- Insaciables: si juegas un poco con él, no se aparta de ti.
- Desorganización: no son capaces de organizarse.
- Inflexibles: por no pensar las cosas.
- Patozo: no son capaces de hacer pequeñas labores.



- Dificultades en el aprendizaje.
- Les falla la memoria a corto plazo.
- Poca autoestima: debido a todo lo anterior (porque le regañan muy frecuentemente).
- Comportamiento desafiante.
- Suelen ser desobedientes y tener mal genio.
- Quieren salirse siempre son la suya.
- Suelen tener problemas de ansiedad y estrés.

En el **Anexo 5** se detallan las **características de la hiperactividad en determinadas áreas**.

## **1.4 ETIOLOGÍA**

Aunque se ha convertido en un trastorno muy investigado en las últimas décadas, no se conoce la causa exacta que lo origina, su etiología es desconocida.

Según la hipótesis genética, la causa sería una “diferencia biológica” transmitida mediante los genes de los padres. Algunas investigaciones han resaltado el carácter hereditario del trastorno, ya que un número considerable de padres de niños hiperactivos, manifestaron conductas de este tipo durante su infancia. Un estudio realizado por el neuropediatra Mulas (2012), en el Instituto Valenciano de Neurología Pediátrica, demuestra “que el 80% de los casos son de origen genético”, lo cual no quiere decir que no haya causas ambientales a tener en cuenta en la intervención y diagnóstico. En este sentido, el estudio elaborado por la Academia Americana de Medicina del Sueño (2011), liderada por Taylor, demuestra que los niños que no duermen lo suficiente son más propensos a ser hiperactivos y a no prestar atención. La falta de sueño puede provocar somnolencia durante el día, lo que agrava los síntomas de inatención, el nerviosismo y la irritabilidad.

También destaca un estudio publicado en la revista norteamericana *Fertility and Sterility* (Beydoun, Sicignano, Beydoun, Matson, Bocca et al., 2010), según el cual los niños concebidos mediante fecundación in vitro son más propensos a sufrir trastornos psicológicos como TDAH. Destaca la posibilidad de que los embarazos concebidos mediante técnicas de reproducción asistida sean múltiples, lo que aumenta la probabilidad de que el parto sea prematuro y, como consecuencia del bajo peso, el desarrollo de los niños se vea afectado. Lo cual resulta relevante dado el aumento de embarazos mediante fecundación in vitro en las últimas décadas.

La hipótesis del daño cerebral defiende que la causa sería un “trastorno funcional”, subsiguiente a algún accidente perinatal, asociado a sufrimiento cerebral con anoxia significativa. En la historia biográfica, el 90% de los casos reportaron incidencias

significativas en el momento del parto. Otra causa notable sería la alteración de dos neurotransmisores cerebrales, la noradrenalina y la dopamina, que no funcionan de manera adecuada en algunas áreas del cerebro, sobre todo en las encargadas del control de las funciones ejecutivas.

Las ideas iniciales del “daño cerebral mínimo” han llegado en los últimos años a evolucionar hacia estudios de neurobiología y fisiopatología, neuroimagen y genética. Del mismo modo, aunque los factores psicosociales no se consideran actualmente como etiológicamente primarios, el estudio de las disfunciones familiares de estos niños, ha revelado su importante papel en el desarrollo de los síntomas, en la aparición de comorbilidad conductual (como el trastorno oposicionista desafiante y trastorno disocial) y, por lo tanto, en el diseño de las intervenciones terapéuticas. El ambiente familiar, social y educativo que rodea al niño influye directamente sobre el trastorno. Las investigaciones más recientes han identificado algunos factores ambientales de riesgo. Moreno (2005) indica entre otros: consumo de alcohol o tabaco durante el embarazo, mala alimentación y salud de la madre, estilo educativo de los padres en los primeros años de vida, mala salud del niño y retraso del desarrollo, condiciones socioeconómicas adversas, etc.

Miranda y Santamaría (1986) realizaron una revisión crítica que recoge los enfoques clínicos, evolutivos, psicobiológicos y ambientales–familiares que puede haber en la base del TDAH. En el **Anexo 6** se presenta un resumen de **las causas del TDAH** según dichos autores.

Otro factor investigado es el impacto de los dibujos animados. La investigación realizada en la Universidad de Virginia (Lillard y Peterson, 2011) en EEUU trató de analizar su influencia en la capacidad de aprendizaje estableciendo tres grupos de niños: al primero se le proyectó la serie de dibujos animados “Caillou”, al segundo “Bob Esponja” y al tercero les dieron lápices para colorear. Los resultados demostraron que el grupo que había estado viendo “Bob Esponja” presentaba una conducta más acelerada y obtuvieron peores resultados en las pruebas en relación con los otros dos grupos.

Concluyendo, su etiología sería multifactorial al no identificar un factor causal único, ya que el trastorno está relacionado con factores biológicos, genéticos y otras variables propias del ambiente del niño. Las evidencias etiológicas hasta la fecha sugieren la improbabilidad de encontrar una causa única al trastorno, considerándose más bien la vía final de una serie de vulnerabilidades biológicas que interactúan entre sí y con otras variables ambientales, tanto de orden biológico como psicosocial, ya que los factores mencionados en el anexo anterior pueden interactuar conjuntamente.

## **1.5 DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN**

Como ya hemos visto, a la hora de caracterizar este trastorno se argumenta que el síndrome es poco específico, y simplemente está describiendo conductas que se ven en la mayoría de los niños. Pero a la hora de diagnosticarlo, es preciso definir qué niveles de actividad motora o falta de atención son suficientes para considerarlos anormales. Esta aparente subjetividad y falta de especificidad en el diagnóstico es debida a la ausencia de marcadores biológicos. El diagnóstico es un diagnóstico clínico basado en los síntomas que el niño presenta, aunque en muchos casos puede llegar a ser difícil diferenciar a un niño normal de otro con TDAH, ya que las diferencias son cuantitativas y no cualitativas. Las conductas que niños normales presentan a veces, el niño con TDAH las presenta la mayor parte del tiempo (Montague & Castro, 2005).

Debido al carácter multifacético del trastorno, hay que abordar su diagnóstico desde un punto de vista multidisciplinar. Presentación, Miranda y Amado (1999), señalan que su diagnóstico exige una aproximación especialmente clínica, y que se debe hacer uso de diferentes procedimientos de evaluación. Es necesario realizar una evaluación comprensiva, que incluya, además del examen médico, una minuciosa historia de los síntomas específicos del TDAH, los criterios diagnósticos del DSM IV-TR (APA, 2002), la utilización de escalas de estimación conductual, la evaluación psicoeducativa y las observaciones en la escuela.

Según Orjales (2005), el uso de pruebas neurobiológicas (electroencefalogramas, neuroimagen, pruebas bioquímicas...) puede proporcionar una información complementaria, pero no proporcionan resultados concluyentes para diferenciar a un niño que presenta TDAH de otro que no lo tiene. Aunque estudios recientes revelan posibles diferencias anatómicas en los neurotransmisores que actúan en estas zonas (dopamina y norepinefrina).

Presentación, Miranda y Amado (1999) sostienen lo siguiente:

El proceso de evaluación del TDAH debe pasar por una serie de estadios que comienza por los criterios del DSM-IV-TR; sigue con la obtención de datos (cognitivos, académicos y sociales) a partir de diferentes instrumentos; y concluye con la interpretación de los resultados, de cara a planificar la intervención. (p.296)

Los procedimientos de evaluación se agrupan en tres grandes bloques:

**I. Evaluación desarrollada con el propio sujeto:** en cuanto al funcionamiento cognitivo, los dos aspectos esenciales a valorar son la atención y el estilo cognitivo. En la valoración de los recursos atencionales se debe tener en cuenta los datos que puede aportar la observación del niño a lo largo de las sesiones de observación. También, deberán recogerse datos procedentes de tests psicométricos En relación

al funcionamiento sociopersonal se puede realizar la evaluación de la competencia social, la resolución de problemas y la utilización de estrategias en la resolución de conflictos.

**II. Instrumentos de evaluación cumplimentados por los padres y profesores:** es necesario recoger la percepción que tienen del comportamiento del niño las personas significativas (padres y profesores) con los que está interactuando a diario. En este sentido, las escalas de estimación que suelen utilizarse con más frecuencia en la evaluación del niño con TDAH se agrupan en tres categorías: listas generales de problemas, escalas específicas de hiperactividad y escalas para evaluar la variación situacional.

**III. Técnicas para la observación directa del comportamiento:** las observaciones del comportamiento se suelen utilizar para confirmar un diagnóstico de TDAH, pero también suministran datos sobre conductas específicas y permiten objetivamente, conocer las variaciones situacionales y temporales en la expresión de los síntomas de los niños con hiperactividad, ante diferentes actividades que se desarrollan en el aula o el hogar. Por tanto, aportan datos inestimables de cara a planificar las adaptaciones instruccionales, los cambios ambientales físicos y las modificaciones necesarias a realizar en las interacciones padres-hijo o profesor-alumno. Por otra parte, también permiten contrastar la eficacia de una intervención, mediante la comparación de los datos obtenidos en las observaciones de la línea base en el pre-tratamiento, con los datos provenientes de las observaciones del post-tratamiento. No obstante, este procedimiento no está exento de problemas, entre los que podemos destacar el considerable tiempo que requiere la recogida de datos y la reacción que puede producirse en el sujeto observado. El profesional puede optar por la utilización de distintos tipos de registro, elección que dependerá de la disponibilidad del observador y de las características propias de la conducta a observar. Posiblemente, el registro más significativo, aunque también el más costoso en cuanto a tiempo de observación, sea el registro continuo de frecuencias, que informa sobre el número de veces que se produce un comportamiento en un periodo amplio de tiempo. Otras variables de registros serían el registro de intervalo temporal y el registro de análisis de tareas. (p. 298-299)

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

función de la información obtenida. Por tanto, esta evaluación deberá tener un enfoque multidisciplinar, abarcar distintos tipos de evaluaciones y agentes, y abordar distintas perspectivas:

- **Evaluación médica:** debe incluir una historia médica y un examen físico del niño. Es importante descartar déficits visuales y auditivos que puedan influir negativamente en el proceso de aprendizaje.
- **Evaluación familiar:** entrevista a los padres para conocer historia familiar, antecedentes, ambiente, relaciones entre los miembros, cómo viven el problema los padres, cómo se enfrentan a las conductas de sus hijos, cómo afecta el trastorno a su relación con el niño, etc. A menudo, las reacciones de los padres ante la conducta de sus hijos aumentan las consecuencias negativas, y es necesario establecer ciertas pautas.
- **Evaluación escolar:** el maestro aporta datos sobre el comportamiento en el aula, la actitud con compañeros y profesores, los juegos, el rendimiento escolar, las intervenciones que se hayan realizado anteriormente con el niño y sus resultados, etc. El TDAH afecta principalmente al área comportamental, que repercute en gran medida en el rendimiento académico del niño. Existen pruebas para evaluar las capacidades intelectuales como por ejemplo, la escala de inteligencia para niños revisada de Wechsler (2001).
- **Escalas de medición:** son instrumentos de valoración complementarios y pueden ser diversos, según el tipo de respuesta (ordinal o de intervalo), el aspecto que evalúan (cognitivo, emocional o conductual) y los destinatarios (para padres, maestros o el propio niño), o combinar distintas fuentes de información. En el **Anexo 7** se incluye un documento con **las escalas de medición de mayor difusión para valorar el TDAH**, además de un breve comentario de las mismas. De entre esos instrumentos cuyas características se explican en el anexo anterior, se presenta además, la **forma abreviada del Cuestionario de conducta de Connors para Profesores y para Padres y el Cuestionario de Conducta en la Escuela y en el Hogar, y la hoja de anotación del EDAH\_de Farré y Narbona, en los Anexos 8 y 9 respectivamente.**

## **1.6 TRATAMIENTO**

Como el TDAH es un trastorno que afecta al desarrollo integral del niño a nivel emocional, psicológico, cognitivo, conductual y social, su tratamiento debe ser abordado desde una perspectiva multidisciplinar, combinando tratamiento médico o farmacológico, y tratamiento psicológico y educativo, pero siempre teniendo en cuenta las particularidades de cada caso.

### **1.6.1 Tratamiento farmacológico**

Los fármacos más usados son los psicoestimulantes. Aunque parezca una paradoja que se prescriban psicoestimulantes (el más utilizado es el metilfenidato [Rubifen]) en niños hiperactivos, éstos fármacos potencian la acción de ciertos neurotransmisores, que actúan, no sólo sobre el sistema de activación reticular, sino también sobre el sistema límbico y otras regiones del cerebro, que se consideran relacionadas con los procesos de atención, activación e inhibición. El 60% de los sujetos responden favorablemente a este tratamiento, mostrándose, en general, los efectos más positivos en los niños más pequeños, de 6 u 8 años. El metilfenidato se absorbe rápidamente por el tubo digestivo y sus efectos se detectan a los 15 ó 30 minutos de la ingestión, alcanzando un pico a la hora, y desapareciendo su acción a las 4 ó 5 horas de su administración. Lo normal es que sea administrado dos veces al día para mantener sus efectos a lo largo de la jornada. Cuando se introduzca este tratamiento, es preciso adecuar la dosis a las características de cada niño. El profesor cumple una función inestimable, al informar al médico acerca de los efectos que las distintas dosis ejercen sobre el comportamiento del niño en el aula. Los fármacos tienen efectos positivos sobre el procesamiento de la información, reducen sustancialmente los comportamientos sociales negativos de los estudiantes con hiperactividad, a nivel cognitivo incrementan la atención y facilitan que se pueda trabajar mejor con estos niños en el plano cognitivo. También pueden tener efectos secundarios como: pérdida del apetito, aumento de la tasa cardíaca, dificultad en el inicio del sueño, etc. El comité para fármacos de la Sociedad Americana de Pediatría estableció que la medicación “sólo debe ser prescrita cuando la sintomatología es responsable de un fracaso académico, un déficit en las funciones cognitivas y/o una conducta desadaptada que conduce a un deterioro en las relaciones interpersonales”.

### **1.6.2 Tratamientos psicológicos: Métodos cognitivo- conductuales**

El primer ámbito de intervención, es la familia. Los padres deben actuar como modelos positivos y, en general, aprender a emplear la disciplina de forma adecuada, es decir, ser consistentes en sus prescripciones y conductas, y utilizar correctamente las recompensas. El profesor cumple un importante papel a la hora de informarles y enseñarles a manejar a sus hijos.

Desde el ámbito escolar es importante diseñar el ambiente de aprendizaje, de forma que el niño pueda desarrollar al máximo sus potencialidades. Existen una serie de técnicas de intervención, que resultan altamente efectivas con estos niños y que el maestro debe conocer y aplicar, en la medida de lo posible, en el contexto del aula. Son las técnicas cognitivo- conductuales, que consisten en manipular los eventos que preceden y/o siguen al comportamiento, con objeto de incrementar las conductas adecuadas y disminuir las

inadecuadas, y en reforzar positivamente al sujeto cuando desaparece o disminuye la conducta que se desea eliminar y cuando aparecen aquellas conductas deseables. La modificación de conducta, hace hincapié en la importancia de las consecuencias de la conducta, a través de refuerzos positivos (elogios, puntos, premios tangibles, privilegios especiales...) y negativos (retirada de atención, tiempo fuera, castigos o sanciones, reprimendas verbales...). La gestión en el aula, incluye el reforzamiento mediante fichas y el contrato de contingencias, que a continuación se comentan, ya que son las **técnicas más usadas** y que mejores resultados proporcionan.

Ⓢ **La economía de fichas:** resuelve el problema que estos niños tienen para demorar las gratificaciones. En ella, el niño sabe que sus acciones se traducen en la adición o sustracción de una serie de fichas, que al final de un período preestablecido, pueden intercambiarse por refuerzos reales. Es decir, si realiza una conducta deseada, automáticamente recibe el número de fichas previamente fijado (éste variará, claro está, en función del tipo de conducta de que se trate), y si realiza una conducta no deseable, se verá penalizado con la supresión de las mismas. Así, el niño obtiene contingentemente los refuerzos, aprendiendo, a la vez, a demorar las gratificaciones.

Ⓢ **El contrato de contingencias:** consiste en discutir, redactar y acatar (en los términos en que se establezca) un contrato que, en su forma, sigue las directrices de los contratos al uso. En él, se plasman aquellos aspectos que el niño se compromete a cambiar, y aquellos otros que el segundo firmante (los padres o el profesor) se compromete, por su parte, a mejorar. Ambas partes firman, ante un testigo (que generalmente es el psicólogo que trata al niño), que acatarán los pactos que se han negociado, y existen una serie de penalizaciones para ambas partes, si se incumple el contrato. Se usa fundamentalmente con niños mayores y es un medio importante de motivación.

Así mismo, existen ciertos **procedimientos dirigidos a fomentar el autocontrol** de estos niños como son:

Ⓢ **La técnica de la tortuga (Schneider y Robin, 1992):** pretende, a través de la analogía con la tortuga, que se esconde en su caparazón cuando se siente amenazada, enseñar al niño a replegarse, en un caparazón imaginario, cuando no sea capaz de controlar sus impulsos y emociones, ante estímulos ambientales. Para la práctica de la primera sesión, de unos 15 minutos, se empieza contando una historia. Dicha **historia inicial de la técnica de la tortuga** se presenta en el **Anexo 10**. En primer lugar, se enseña al niño a encogerse y esconder la cabeza entre sus brazos ante la palabra “tortuga”. A continuación, el niño debe aprender a relajar sus músculos cuando hace la tortuga, ya que la relajación es incompatible con la tensión muscular, necesaria para una conducta disruptiva, y disminuye la probabilidad de que ésta se dé. Por último, se trabaja con el niño la utilización de

técnicas de solución de problemas, para evaluar las distintas alternativas, que le permitan manejar la situación que le ha obligado a utilizar la tortuga.

La solución de problemas consiste en varios pasos: definición clara de la situación problemática, pensar cosas para hacer frente a dicha situación, evaluar las consecuencias de cada una de ellas, seleccionar la mejor, y poner en práctica la solución elegida.

Esta técnica es muy adecuada para niños de preescolar y de primer ciclo de Primaria. A partir de aquí, es posible que no respondan. Hay que trabajar su mantenimiento, persistiendo en la práctica durante una o dos veces por semana, alabando al azar las conductas “tortuga” apropiadas, ya que si no se cuida dicho mantenimiento, es muy probable que poco a poco se extinga.

📍 **El entrenamiento autoinstruccional:** los niños hiperactivos no son capaces de ejercer control sobre sus impulsos, y por eso, no analizan su experiencia en términos de mediación cognitiva, es decir, no formulan ni interiorizan reglas que puedan servirles de directrices, ante nuevas situaciones de aprendizaje. El objetivo de las autoinstrucciones es enseñar al niño a ejercer control sobre su propia conducta, mediante el lenguaje interno. El entrenamiento autoinstruccional (Meichenbaum y Goodman, 1971), atraviesa por una serie de fases: un modelo adulto ejecuta la tarea, dándose las instrucciones en voz alta; después, el niño realiza la misma tarea bajo la dirección de las instrucciones del modelo; posteriormente, ejecuta la tarea dándose él mismo las instrucciones en voz alta; en otra fase, hace el trabajo susurrando las instrucciones; y finalmente, trabaja guiándose por un lenguaje interno de autoinstrucción encubierta. A través de estas cinco fases el niño va interiorizando una serie de verbalizaciones, que guiarán su conducta, ayudándole a controlar impulsos. El contenido de dichas verbalizaciones o autoinstrucciones es: definición del problema, *¿Qué es lo que tengo que hacer?*; aproximación al problema, *¿Cómo lo voy a hacer?*; focalización de la atención en las directrices que guíen la ejecución, por ejemplo, *ahora tengo que tener cuidado de no salirme*; auto- refuerzo, *Lo estoy haciendo bien*; auto-evaluación y posibles alternativas para corregir errores. Al modelar es conveniente cometer errores a propósito y mostrarle al niño cómo resolverlos.

Orjales (2007) analiza en profundidad los programas cognitivos que incluyen el entrenamiento en autoinstrucciones y amplía el Programa de Meichenbaum.

📍 **La autoobservación:** cuyo objetivo es hacer consciente al estudiante de si está o no, prestando atención a su trabajo, con objeto de mantener o mejorar su concentración. El profesor enseña a los estudiantes a observar su conducta, atenta o inatenta, ante una señal emitida por algún tipo de procedimiento de registro mecánico, por ejemplo una grabación. Consta de cinco fases: definir claramente en qué consiste estar o no, centrado en



la tarea; mostrar al estudiante los procedimientos de registro; el profesor modela el procedimiento a seguir mediante el magnetófono y una hoja de registro; el estudiante explica verbalmente lo que ha entendido que debe hacer; y el estudiante realiza el proceso de autoevaluación completo.

📍 **La autoevaluación reforzada:** consiste en comparar las metas propuestas por el profesor, y las metas autoobservadas del estudiante, de cara a enseñar al niño a autoobservarse de la forma más fidedigna. Este procedimiento combina la autoevaluación, con el autoreforzo, cuando existe acuerdo entre ambas metas. Se desarrolla del siguiente modo: selección de conductas- problema, que manifiesta el niño en el aula, y sobre las que se desea intervenir; entrenamiento en habilidades de autoevaluación, en distintos contextos, por ejemplo, esto puede realizarse mediante algún juego; el profesor explica al estudiante que va a valorar con una escala de 5 puntos, el comportamiento del niño en la conducta seleccionada, y que la meta del niño es, igualar, al autoevaluarse, la puntuación que él le haya dado; y se establece una discusión cuando el profesor y el niño comparan sus respectivas puntuaciones. Esta es la cuestión más importante de esta técnica, ya que el profesor debe hacer consciente al niño, de los aspectos positivos y negativos concretos de su comportamiento, reforzando socialmente los primeros.

## **2. EL TDAH EN LOS NIÑOS DE EDUCACIÓN INFANTIL**

Aunque la mayoría de los estudios sobre TDAH se centran en niños mayores de 6 años, cuando el niño ya ha empezado la E. Primaria, los síntomas están ya presentes en la etapa de Educación Infantil, por eso, es necesaria una correcta observación de los mismos y un tratamiento temprano, que permita realizar una intervención eficaz desde los primeros momentos.

En estas edades, el niño con signos de hiperactividad muestra problemas de adaptación social, desobediencia, problemas de comunicación y dificultad en el seguimiento de normas. Su principal problema en infantil es la dificultad para seguir órdenes y adquirir hábitos. Estos alumnos requieren que los maestros supervisen sus tareas y conductas más que las de cualquier otro. Son inquietos, suelen causar alboroto en las aulas y, en consecuencia, son tachados como niños “malos”, “desobedientes” o incluso “maleducados”. También encuentran problemas en el ámbito del juego, que es un elemento base para su desarrollo, ya que su dificultad para respetar las reglas o simplemente para compartir con otros, les impide desarrollar un juego “sano” y satisfactorio.

Los niños con TDAH en la vida y en el trabajo de aula, van poco a poco “cojeando” respecto a sus compañeros en algún aspecto. Muestran un temperamento más negativo, y emocionalmente son más vulnerables que los demás. Se hacen acreedores de ser regañados y habitualmente se acostumbran a que les reprendan, pudiendo llegar a afectar a su autoestima estos comentarios o actitudes, y crear un efecto “rebote” que agrave sus comportamientos indeseados.

Doménech (2004) comenta que:

En la etapa de Educación Infantil, se observa que despliegan un juego más inmaduro, funcional o sensoriomotor y menos social, simbólico y contractivo, haciendo un uso más monótono y estereotipado de los materiales para jugar. Además, mantienen menos conversaciones con los compañeros, son poco cooperadores y pasan un tiempo considerable mirando objetos del aula. Es frecuente que desarrollen hábitos o tics nerviosos, que se muestren más tensos y ansiosos, que sufran cólicos y otros problemas, como dolores de cabeza o de estómago y experimenten problemas de lenguaje y habla. (p. 46)

Dada la prevalencia de este trastorno a edades tempranas, el equipo multidisciplinar de Vaquerizo (2005), comenzó a tratar el TDAH por primera vez en Extremadura en menores de 6 años, y analizó la descripción clínica del niño preescolar. Se empleó una metodología y una clasificación, que reduce a dos los subtipos de TDAH, déficit de atención con y sin hiperactividad. De esta forma, el Centro de Atención al Neurodesarrollo de Badajoz trabajó para desarrollar una metodología de diagnóstico útil para abordar el TDAH en la etapa preescolar.

En una primera investigación Vaquerizo, Estévez y Pozo (2005), analizaron de forma comparativa cómo recuerdan el comportamiento de sus hijos, durante los primeros 12 meses de vida, los padres de 50 niños diagnosticados de TDAH. Se seleccionó un grupo de 50 niños con TDAH y 50 niños “sanos”, y se utilizaron diversas pruebas neurológicas y físicas, entrevistas a los padres, escalas de medición, etc. Se separó la sintomatología en 3 perfiles clínicos: irritabilidad diurna, trastornos en las conductas alimentarias y disfunciones del sueño. Hasta el 33% de las familias refería antecedentes de alguno de ellos. El 41% de los niños fueron descritos como excesivamente inquietos, llorones o irritables, y muy sensibles a los ruidos y sobresaltos, y el 42,7% tuvo dificultad para dormirse, o manifestó sueño intermitente y despertares con llanto. A partir de los resultados obtenidos, se llegó a la conclusión de que la mayoría de los niños con TDAH menores de 5 años, siguen un patrón de conducta similar: son excesivamente inquietos, tienen problemas relacionados con la conducta alimentaria, muestran problemas de aprendizaje temprano, sobre todo en lo que al grafismo, el lenguaje y el reconocimiento de la figura humana se refiere, y su juego es menos simbólico que el de otros niños.

Para el segundo proyecto de investigación complementario al anterior, Vaquerizo y Montañés (2005) diseñaron una encuesta anamnésica, que respondieron los padres de 78 pacientes diagnosticados de TDAH. El cuestionario que se incluye en el **Anexo 10: Cuestionario sobre hiperactividad y déficit de atención en niños menores de 5 años**, consultaba a las familias sobre 28 ítems, y recogía la información sobre los primeros 5 años de la vida, en 4 apartados: las conductas durante el primer año de la vida, el desarrollo psicomotor, el desarrollo del juego, y la percepción general de los padres sobre su hijo (despistado-inatento, impulsivo, destructor,

inmaduro, negativista, oposicional...). Mediante un modelo matemático, se obtuvo el perfil clínico de la casuística. El 30% de los casos de consulta se produce antes de los 7 años, y si el trastorno es diagnosticado como tal antes de esta edad, hay un 70% de posibilidades de que persista en los años siguientes, de manera que sería posible diagnosticar el problema con poca posibilidad de error. En lo que se refiere al tratamiento, los estudios realizados confirman la eficacia de una intervención multidisciplinar, demostrando que el tratamiento farmacológico es efectivo también en niños de entre 3-6 años de edad.

A partir de lo anterior, se puede constatar la importancia de la labor de la maestra de Educación Infantil, que debe realizar una observación sistemática de cada uno de sus alumnos, en sus distintos tiempos escolares de juego, de interacción con otros, de trabajo individual... Así mismo, debe contrastar esos datos con la información que le proporcionan las familias, para así valorar lo que pueden ser síntomas de déficit de atención, con o sin hiperactividad, y posteriormente, aplicar medidas compensadoras de las carencias que se detecten y solicitar lo antes posible la valoración, que permita una intervención eficaz en los distintos ámbitos de la vida del niño.

### **3. INTERVENCIÓN EN EL AULA Y EN CASA**

Para que la intervención en niños con TDAH sea efectiva, debe llevarse a cabo en los contextos en los que deben ejecutarse los comportamientos deseados, y debe mantenerse a lo largo del tiempo, para que se produzca la generalización, de ahí que resulte tan importante formar tanto al profesorado, como a los padres, en la comprensión y tratamiento de los estudiantes con TDAH. A continuación, se incluyen unas pautas generales de intervención, que pueden servir para niños de cualquier edad ya que, aunque dependerá del momento y etapa evolutiva en que se encuentre el niño, la manera de actuar tendrá ciertas similitudes en Infantil y en Primaria.

#### **3.1 INTERVENCIÓN DEL PROFESORADO**

El profesor debe abordar un doble aspecto: la conducta perturbadora del niño y, a la vez, los problemas de aprendizaje. La conducta perturbadora del niño, se suele ver reforzada cuanto más atención se le presta, ya sea por parte de los profesores o de los compañeros. Las conductas normales quedan así desatendidas completamente. Una técnica muy aceptada es cambiar estas preferencias, ignorar la mala conducta y reforzar los comportamientos adecuados.

Las técnicas conductuales individuales más adoptadas en el aula, algunas de las cuales ya se comentaron en un apartado anterior, pretenden por un lado, incrementar conductas deseables e incluyen las recompensas sociales como la atención, alabanzas, afecto, privilegios...; y recompensas materiales, comestibles y no comestibles, por la emisión de la conducta deseada; los programas de economía de fichas, utilización de puntos-fichas canjeables por determinados reforzadores si se produce la conducta-objetivo; y contrato conductual en el que se determina conjuntamente la

conducta deseada y las consecuencias derivables de su cumplimiento o incumplimiento. Y por otro lado, pretenden disminuir las conductas disruptivas a través de la extinción consistente en la retirada de atención de conductas desadaptadas; el coste de respuestas que es la pérdida de un privilegio esperado; la sobrecorrección o el subsanar las pérdidas de aprendizaje o trabajos extras; time-out o tiempo de privación de la clase y si es necesario por la gravedad de las conductas negativas habrá que alejarlo del grupo hablándole con calma y términos concretos; y el refuerzo de conductas alternativas. Y entre las técnicas grupales, se encuentran la economía de fichas; y los compañeros como agentes de modificación o juego de la buena conducta en el que la conducta de un niño gana puntos para toda la clase y el grupo debe alcanzar un determinado objetivo para conseguir la recompensa.

Entre las principales prescripciones que puede llevar a cabo el maestro se pueden destacar:

#### **Con respecto a la disposición del aula**

- Estructurar el espacio físico del aula adoptando una disposición por filas, que permita la discusión sin entorpecer el trabajo independiente, y de manera que facilite la movilidad del profesor por el aula. Y en el caso de infantil, por grupos o rincones de actividad.
- El maestro estará cerca de los alumnos con déficits atencionales, quienes no deben situarse cerca de ventanas o de la puerta, para minimizar las distracciones visuales y/o auditivas.
- Sólo deberán estar disponibles los materiales necesarios, para realizar el trabajo asignado en cada momento.
- Evitar que estén a la vista objetos interesantes, que inviten al niño a manipularlos en lugar de centrarse en su trabajo.
- Colocar junto al niño con déficits de atención compañeros que sean modelos apropiados (atentos, ordenados, que cumplan las órdenes, etc.).

#### **Con respecto a la estructuración de las lecciones**

- Proporcionar al estudiante antes de la explicación de un tema, un listado de conceptos claves que el profesor va a explicar. Esto le permitirá saber en qué tiene que focalizar la atención. En infantil, podemos se realiza poniendo en un corcho bien visible en la clase, pegatinas con el símbolo de las tareas que vamos a ir realizando en el aula. Por ejemplo: niños sentados en el suelo= asamblea; niños sentados en las mesitas= tareas; niños jugando en el patio= recreo...
- Promover la participación activa del alumno con déficit atencional. Por ejemplo, pidiéndole que nos ayude de alguna forma, realizar actividades de juego de roles para aprender determinadas cosas, etc.
- Plantear al niño frecuentes preguntas durante la explicación y ofrecerle una retroalimentación inmediata.
- Utilizar colores para destacar los aspectos más importantes.

- Mantener un contacto ocular tan frecuente como sea apropiado durante las explicaciones.
- Utilizar señales no verbales para redirigir la atención del niño como miradas, gestos o música.
- Instaurar un sistema de tutoría de un compañero, que le ayude a revisar los conceptos fundamentales y las tareas a realizar y le sirva de guía física en el caso de los infantiles.
- Permitir que el estudiante con déficit de atención explique los conceptos aprendidos en la explicación, a otro compañero más lento que él en el aprendizaje.

#### **Con respecto al planteamiento de las actividades**

- Instrucciones simples en la explicación de las tareas, utilizando un lenguaje sencillo. Es conveniente pedirle que las repita.
- Para eliminar estímulos distractorios, puede resultar adecuado que el alumno hiperactivo use auriculares para escuchar música relajante mientras hace las tareas asignadas.
- Ajustar las demandas al período de tiempo en el que el niño puede mantener la atención, e ir aumentando progresivamente su esfuerzo atencional, mediante el refuerzo, no mediante métodos impositivos.
- Los problemas de conducta empiezan cuando no tienen tareas que hacer, por lo que hay que intentar evitar esto como sea, manteniéndolos ocupados desde que llegan al aula hasta que se van.
- Ajustar el nivel de dificultad de la tarea a fin de evitar el abandono.
- Si es lento, es preferible pedirle menos pero bien. Segmentar las tareas complejas en fases, marcando un tiempo prudente para cada fase, reforzándole a medida que vaya superando cada una de ellas.
- Evitar hacer comentarios sobre la falta de atención: *“Estás en las nubes”*, *“No te distraigas con el lápiz”*... En su lugar, es preferible suministrar claves verbales discriminativas, que le instiguen a reflexionar sobre su forma de comportarse: *“¿Estás terminando ya tu trabajo?”*, *“¿Recuerdas qué era lo que tenías que hacer?”*...
- Elegir cuadernos de actividades con formato sencillo, evitando dibujos que no estén estrictamente relacionados con las tareas a realizar, y que incluyan pocas actividades por página, dejando espacios en blanco entre ellas.
- Facilitar la transición de unas actividades a otras, mediante claves visuales o auditivas (por ejemplo, un toque de campanilla), evitando que se produzcan períodos largos de espera.
- Alternar actividades para eliminar la fatiga. Diseñar actividades con diferentes formas de movimiento físico cada 25–30 min. También se puede mandar al niño hacer recados que requieran movimiento, como repartir cuadernos.

#### **Con respecto a los exámenes (para niños mayores)**

- Procurar que no sean largos. Es preferible hacer pruebas cortas frecuentemente.

- Usar un formato sencillo, con una o dos actividades en cada página.

Además, es muy importante trabajar específicamente la atención- concentración, que expondré más detalladamente en el apartado siguiente con actividades concretas, haciendo ejercicios de razonamiento lógico, completar frases, seguir series, tareas discriminación visual de estímulos gráficos, juegos educativos..., y trabajar la relajación para enseñar al niño a relajar sus músculos.

### **3.2 ORIENTACIONES PARA LOS PADRES**

Los padres necesitan establecer una serie de normas claras y precisas para regular el comportamiento de sus hijos. Las normas básicas de estas reglas son: que sean estables ya que el cumplimiento o incumplimiento de las reglas siempre ha de tener las mismas consecuencias; que sean consistentes, pues las reglas no cambian de un día para otro; que sean explícitas, conocidas y comprendidas por ambas partes; y que sean predecibles, es decir, que estén definidas antes de que se incumplan, no después.

La familia también pueden usar ciertas técnicas conductuales que ya comenté en apartados anteriores: premios y castigos, extinción, técnica de “tiempo fuera”, consecuencias de determinadas conductas, etc.

Sobre todo, es primordial que los padres refuercen la autoestima y la confianza en sí mismos de sus hijos. Algunos consejos son: mostrarles confianza y demostrarles que se cree en ellos, ofreciéndoles tareas acordes con sus capacidades, y que la familia sepa que el niño puede realizar con éxito, por ejemplo, cuidar una mascota; abstenerse de hacer comentarios negativos acerca del niño y evitar usar etiquetas como “malo”, “torpe” o “inútil”; reconocerle su esfuerzo y los progresos conseguidos; evitar la tentación de intervenir cuando el niño trata de encontrar la solución a un problema; y si el hijo pide ayuda a los padres, éstos deben prestársela mediante comentarios en forma de sugerencia, pero no darle la solución directamente.

También es importante usar la escucha reflexiva, procurar que el niño se sienta escuchado, acogido, e intentar reflexionar con él sobre sus sentimientos. Un orden lógico de esta escucha reflexiva es el siguiente: primero, reflejamos y clarificamos sus sentimientos “*Veo que estás enfadado*”, y después utilizamos la comunicación no verbal y las respuestas abiertas “*Creo que no le importas a tus amigos, y te sientes abandonado*”.

Es recomendable usar el “mensaje-yo” para informar a los hijos sobre los sentimientos por su comportamiento, y las consecuencias de éste. Por ejemplo: “*Yo me siento triste cuando rompes el reloj porque tengo que comprar otro*”: sentimiento “*yo siento...*”; comportamiento “*...cuando tú...*”; consecuencia “*...porque...*”. Se debe mostrar al niño que los sentimientos de sus familiares tienen que ver con su comportamiento, no con su persona. Aunque no es necesario reñir, el tono debe ser

firme y serio, hay que centrar el problema en la situación concreta, y evitar las descalificaciones personales. Por ejemplo: “*Esto lo has hecho mal*” es correcto. “*Eres malo*” es incorrecto.

Es imprescindible la coordinación entre los padres y los profesores. Para evitar malos entendidos y favorecer una actuación conjunta, pueden ser útiles las siguientes recomendaciones:

- Al comenzar un nuevo curso, el profesor debe recoger información del niño, revisar su historial y hablar con los profesores del año anterior. Los padres no deben dar por supuesto que la información que dejaron en el centro, años atrás, será comunicada a los profesores.
- Aceptar las responsabilidades de la parte que a cada uno le toca. Los profesores son responsables del funcionamiento del niño en el colegio, y los padres del funcionamiento en casa. Si cada uno se propone mejorar la parte que le toca, no existirán acusaciones cruzadas de incompetencias.
- Adelantarse a los posibles conflictos para tener medidas pactadas de antemano. Los padres pueden apoyar la labor del profesor y el profesor la de los padres.
- Las dificultades de organización son más importantes que la falta de conocimientos. Padres y maestros deben estar unidos para favorecer que el niño alcance la autonomía necesaria.
- Los profesores deben mantener informados a los padres de la evolución del niño, pero sin que ello suponga una agenda llena únicamente de comentarios de desaprobación. En el **Anexo 12** presento un ejemplo de lo que podría ser **un posible modelo de registro para llevar un control semanal de los progresos del niño** e intercambiar información con la familia.
- En las reuniones entre padres y profesores deben predominar la cordialidad, la comprensión y el apoyo mutuo.

#### **4. PRÁCTICA EDUCATIVA CON UN ALUMNO**

A continuación se presenta el análisis de un caso ficticio contextualizado en la etapa de Educación Infantil, incluyendo historia, valoración inicial, necesidades detectadas..., que precisa respuestas educativas adaptadas. Para resolver dichas necesidades educativas especiales, asociadas al TDAH, se diseñará un plan de actuación individual.

Se trata de un alumno que asiste a un colegio público que imparte Educación Infantil y Primaria, situado en una pequeña ciudad, que cuenta con los recursos materiales y personales propios de dichos centros. El alumno de 4 años con problemas de conducta, tuvo una adaptación problemática en el inicio de su escolarización con 3 años, y continúa con esos problemas de adaptación en este curso. Desde el principio, mostraba dificultades de interacción para integrarse con el grupo de referencia, además de tener problemas para respetar las normas del aula, y a la tutora le resultaba complicado controlar su comportamiento general. Su problema más destacado se

relaciona con la excesiva actividad motora, la brevedad de la atención sostenida y las conductas con los compañeros como pegar, morder, empujar... Su familia está formada por la madre, que esta separada del padre del niño, y tiene otros dos hijos más de otra relación, una chica de 23 años y un chico de 18.

Primero se deben analizar los datos, obtenidos mediante la observación directa y sistemática del niño en el contexto escolar, tanto en el aula como en los otros espacios del centro, para después completar esa recogida de datos, a través del contacto con la familia. Se debe poner atención en: las conductas del alumno relacionadas con la exigencia de las tareas escolares y otras tareas del centro educativo, como el juego; en sus conductas en la interacción con el grupo de iguales en el aula, el patio y otros espacios; en sus conductas en la interacción con los adultos, con la tutora y maestros especialistas; y en su comportamiento general, incluidas la aceptación de las normas.

Tal y como señala Orjales (2009):

Para hacer una valoración del TDAH en niños menores de seis años, es todavía más importante que en otras edades, un conocimiento a fondo de la sintomatología que presenta el niño, de la historia familiar, de las circunstancias en las que se desarrolla, de la exigencia escolar y familiar, y de la intensidad y evolución de los síntomas. En muchos casos, no podremos cerrar un diagnóstico y tenemos que limitarnos a la descripción de “niño con riesgo de TDAH (rTDAH)”. [...] en muchos casos el diagnóstico final debe esperar, pero la intervención psicoeducativa no debe demorarse nunca (p.117).

En cuanto a su nivel de competencia curricular, está por debajo de la que cabría esperar para su edad, debido a las dificultades en la atención y en la conducta. Presenta un retraso significativo en las distintas áreas de su desarrollo. El mayor retraso se manifiesta de manera más o menos homogénea, en las áreas de lenguaje expresivo, cognitivo, de socialización, de autonomía e integración problemática en el grupo.

Respecto a su estilo de aprendizaje y motivación, tiene contacto ocular espontáneo hacia personas, objetos y ante órdenes, dificultad para mantener la atención, se cansa pronto y es caprichoso, lo que hace que resulte difícil conseguir su colaboración, le cuesta permanecer sentado, necesita instrucciones individuales y modelos, requiere un periodo de entrenamiento largo para la interiorización de los aprendizajes, dificultad para seguir las explicaciones generales de la clase y las narraciones de cuentos, necesita ayudarse de ilustraciones, y necesita de la mediación del profesor para la realización de las actividades escolares, pues muestra poca autonomía.

Las principales necesidades educativas que presenta dicho niño son:

- Necesidad de estimular sus capacidades básicas de observación, atención, imitación y seguimiento de instrucciones orales, para aumentar su efectividad en el trabajo.



- Control de conductas agresivas y disruptivas, y adquisición de pautas de conducta adecuadas y hábitos sociales.
- Priorizar los objetivos y contenidos relacionados con aptitudes verbales, sobre todo referidas a la comunicación con los demás y participación en actividades de grupo para potenciarla.
- Tratarle como a un niño de su edad, y evitar conductas infantiles que hacemos inconscientemente, como ofrecer muchas ayudas o hacer cosas por él.
- Organización fonológica y niveles semántico, morfosintáctico y pragmático del lenguaje.
- Conocimiento del esquema corporal.
- Formación de conceptos, necesario para asimilar cualquier lenguaje significativo.
- Motricidad: colorear, picar, rasgar, cortar...
- Escritura de letras y números.

Se presentan las conductas observables y cuantificables y se señalan los objetivos a seguir para el cambio:

CONDUCTAS	OBJETIVOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agrede físicamente y verbalmente a iguales y adultos.</li> <li>• Maltrata objetos, arroja cosas, rompe, escupe y descoloca.</li> <li>• Corretea, se tira al suelo, se arrastra y se coloca en sitios donde es difícil “cogerle”.</li> <li>• Se niega y pone gran resistencia a hacer algunas tareas que le proponen las maestras (las que le exigen más esfuerzo o por las que se siente menos motivado).</li> <li>• Rabieta opositora con insultos, gritos, pataletas y escapadas.</li> <li>• Ignora y desobedece las órdenes de los maestros que contrarían su voluntad, cuando se le llama por su nombre, muchas veces no atiende, ni mira.</li> <li>• Muestra impulsividad con dificultad de inhibición conductual, ausencia de autocontrol emocional y de estrategias para la resolución de problemas.</li> <li>• Muestra dificultad de atención sostenida, con necesidad de una estimulación-motivación externa continuada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminuir hasta desaparecer las agresiones a los demás.</li> <li>• Aumentar o mejorar la calidad de las interacciones positivas con los demás.</li> <li>• Disminuir la frecuencia de las conductas de maltratar objetos.</li> <li>• Mejorar el trato y cuidado de los objetos que utiliza.</li> <li>• Aumentar el tiempo total de dedicación a las tareas didácticas, partiendo de un apoyo casi continuo para ir aumentando progresivamente su autonomía.</li> <li>• Hacer desaparecer las rabieta negativistas.</li> <li>• Implicar a todos los agentes de cambio en la modificación de las conductas.</li> </ul>

La propuesta de adaptación curricular para dicho alumno sería la siguiente:

- Los objetivos son los marcados con carácter general para su edad, pero se priorizarán los siguientes:
  - Conocimiento de sí mismo, identidad y autonomía personal
    - Colaborar en las tareas de autonomía personal como aseo, vestido, comida...
    - Solicitar ayudar mediante palabras, estimulando su lenguaje.
    - Responder cuando se le llama por su nombre y dar muestras de que atiende.
    - Pedir objetos y otra cosas que necesite.
    - Participar en actividades grupales.

- Localizar partes del cuerpo, primero en él mismo y luego en los demás.
- Desarrollar la coordinación manual.
- Coordinar los movimientos oculomanuales.
- Medio físico y social
  - Interesarse por las cosas y personas que le rodean.
  - Participar con agrado en las distintas actividades.
- Lenguajes: comunicación y representación
  - Adquirir capacidades básicas necesarias para la adquisición de aprendizajes de tipo instrumental: observación, atención, memoria e imitación.
  - Desarrollar la comprensión y expresión oral en sus niveles fonológico, semántico, morfosintáctico y pragmático.
  - Adquirir conceptos básicos.
  - Favorecer la expresión gráfica.
- Contenidos. Los correspondientes a su nivel y adaptados a los objetivos.
- Metodología
  - Favorecer el empleo de conductas comunicativas.
  - Desarrollar la comprensión y emitir respuestas para mejorar la comunicación con los demás.
  - Se intentará que participe en actividades de grupo.
  - Uso de juego como elemento motivador.
  - Potenciar la atención, imitación y el seguimiento de instrucciones orales para favorecer la efectividad del trabajo.
  - Modelado y moldeado de la actividad siempre que sea preciso.
  - Refuerzo positivo.
  - Utilización de láminas, dibujos, objetos reales o figurativos y otros materiales manipulativos, que le estimulen a expresarse y le ayuden a aumentar su vocabulario.
  - Potenciar la atención mediante juegos.
  - Atención individualizada dentro y fuera del aula ordinaria.
- Evaluación
  - Criterios de evaluación adecuados a objetivos y contenidos.
  - Observación directa: valoración de los progresos y registro, tanto de los progresos, como de las dificultades que vayan apareciendo.
  - Evaluación según su propio nivel de desarrollo.
- Seguimiento, revisiones y reunión con la familia para dar a conocer el plan de trabajo y pedir su colaboración: incrementar sus expectativas, instruirles para que hagan lo mismo que en casa y establecer cauces de comunicación. Algunas orientaciones:





















- Centrar su atención para que adquiera los aprendizajes y podamos valorar correctamente lo que sabe.
- Dedicarle más tiempo a cada aprendizaje, para que lo afiance correctamente.
- Repasar con frecuencia los contenidos ya trabajados, porque se le olvida fácilmente
- Permanecer a su lado o muy próximo mientras realiza la tarea, para recordarle qué ha de hacer, que lo haga despacio y con cuidado, ya que tiende a hacer garabatos y responde sin pensar ni mirar, y fomentar el uso del lenguaje.

Para la intervención educativa, se diseñará un cuaderno de adquisición de hábitos para el aula y el centro. El alumno debe ser capaz de seguir instrucciones sencillas apoyadas con imágenes, por lo que se propone adaptar el programa ‘*Piensa en voz alta*’ de Camp y Bash (1998), haciendo que el alumno aprenda cuatro cuestiones o preguntas a contestar de manera adecuada ante un problema: 1º ¿Cuál es el problema? o ¿Qué se supone que tengo que hacer?; 2º ¿Cómo puedo hacerlo? o ¿Cuál es mi plan?; 3º ¿Estoy usando mi plan?; 4º ¿Cómo lo he hecho?. El alumno se hará preguntas sobre los pasos a seguir ante una situación o problema, y podrá ir comprobando cómo le resulta la consecución de los mismos. La tutora y la especialista en pedagogía terapéutica, con el asesoramiento del equipo de orientación, prepararán la relación de contenidos del cuaderno de adquisición de hábitos, y se explicará el procedimiento a todos los especialistas que intervengan en el aula. Mediante pictogramas o fotos entendibles para el niño, se representará la secuencia de cada uno de los bloques de contenido a enseñar. Realizado el cuaderno, la especialista en pedagogía terapéutica, entrenará específicamente al alumno en las rutinas escolares que se relacionan mediante el modelado, refuerzo de conductas adecuadas y corrección de las inadecuadas. La tutora lo generalizará con el grupo de referencia. Los contenidos serán los siguientes:

<b>“INSTRUCCIONES DIARIAS EN MI COLEGIO”</b>	
LA ENTRADA DE MI COLE	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Entro en el colegio</li> <li>2. Coloco las cosas en el perchero</li> <li>3. Entro en clase, saludo y me coloco en mi sitio (la alfombra o la mesa)</li> </ol>
LA ASAMBLEA: EL MAQUINISTA Y MI CLASE	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Escucho bien sentado en la alfombra</li> <li>2. Canto canciones</li> <li>3. Continúo la tarea con mis compañeros y profesora (sin interrupción)</li> </ol>
ME PREPARO PARA LA TAREA DE LECTURA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atiendo la explicación de la profesora</li> <li>2. Trabajo despacio y concentrado en mi tarea</li> <li>3. Termino bien la ficha</li> <li>4. Enseño la ficha a la profesora respetando la fila</li> </ol>
DESPUÉS DE LA TAREA PUEDO PONERME A JUGAR	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cojo el juego correctamente</li> <li>2. Juego tranquilo (sin molestar)</li> <li>3. Recojo el juego bien sin protestar</li> </ol>
TOMO LA MERIENDA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estoy sentado mientras meriando</li> <li>2. Respeto la merienda de mis compañeros (no se la quito)</li> <li>3. Recojo lo que queda</li> </ol>
JUEGO CON LA PLASTILINA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cojo bien la plastilina y los utensilios</li> <li>2. Juego tranquilo y bien con ella, procurando que no caiga al suelo, ni tirarla</li> <li>3. Recojo todos los materiales al finalizar</li> </ol>

TRABAJO LA FICHA DEL CUADERNO: LECTURA, ESCRITURA, CÁLCULO	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atiendo a la explicación de la ficha</li> <li>2. Estoy sentado tranquilo en el sitio y hago la ficha</li> <li>3. Enseño a la profesora la ficha respetando la fila</li> </ol>
SE HACE PSICOMOTRICIDAD EN LA CLASE	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Escucho la explicación de la tarea</li> <li>2. Hago el ejercicio que manda la profesora</li> <li>3. Estoy tranquilo y bien (sin molestar)</li> </ol>
EN LA FILA, PARA IR AL RECREO, PARA IR A CLASE	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Me preparo para estar en la fila</li> <li>2. Permanezco en la fila tranquilo</li> <li>3. Salgo despacio en fila</li> <li>4. En el recreo juego tranquilo (estoy bien con mis compañeros)</li> <li>5. Cuando toca el timbre me coloco de nuevo en la fila y entro tranquilo</li> </ol>
EN SESIÓN DE RELAJACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoyo mi cabeza sobre los brazos en la mesa tranquilo</li> <li>2. Cierro los ojos</li> <li>3. Espero un rato en silencio y tranquilo</li> <li>4. Cuando lo dice la profesora canto la canción de terminar la relajación</li> <li>5. Espero a la siguiente tarea tranquilo y atento en el sitio</li> </ol>
ES HORA DE IR AL COMEDOR	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Me coloco en la fila para salir al comedor</li> <li>2. Camino despacio y tranquilo por el pasillo</li> <li>3. Espero a la comida sentado en mi sitio y me porto muy bien</li> </ol>

Para valorar y reforzar estos contenidos se establecerá un sistema de evaluación con emoticonos que permitirá la motivación del alumno:

VALORACIÓN GENERAL		
Semana/ fecha:	Muy bien	Puedes mejorar
La asamblea: el maquinista y mi clase		
Lectura y escritura: me preparo para la tarea		
Después de la tarea puedo ponerme a jugar		
A tomar la merienda		
A trabajar una ficha del cuaderno: lectura, escritura o cálculo		
Se hace psicomotricidad en la clase		
A jugar con la plastilina		
En la fila, para ir al recreo, a la clase		
En sesión de relajación		
Es hora de ir al comedor		
<b>TOTAL PUNTOS</b>		
<b>PREMIOS (Según refuerzos específicos ya establecidos)</b>		
<b>OBSERVACIONES</b>		

También serán necesarias actividades específicas para trabajar la atención. Gallardo (2009) propone diversas actividades en el PIAAR-R 1 (Programa de intervención educativa para aumentar la atención y la reflexividad) que, aunque están destinadas en su Nivel 1 para niños de 7 a 11 años, se pueden simplificar para infantil, adecuándolas a las características de la edad como son: buscar diferencias, plantearles problemas, identificar dibujos entremezclados, completar elementos de figuras, descubrir elementos escondidos en un dibujo, identificar un modelo, etc. En el **Anexo 13** presento un **ejemplo de ficha para trabajar la atención- concentración**.

Doménech (2004) también nos propone actividades concretas que se pueden adaptar al caso: dibujar siluetas y adivinarlas, seguir las consignas indicadas al pisar o saltar, copiar un modelo ensartando bolas en un hilo, haciendo series, imitar las acciones que diga el maestro, explicar emociones de distintas fotografías, bailar al ritmo de la música y quedarse quietos cuando ésta pare, ordenar temporalmente historietas ilustradas, el teléfono loco, permanecer quieto todo el tiempo posible delante de un espejo, mantener el equilibrio andando sobre un banco, escuchar música de relajación y expresar sus sentimientos o recuerdos, etc.

En todo el proceso de adquisición de hábitos, será muy importante la coordinación de los distintos agentes educativos. El equipo docente responsable de la atención del alumno, deberá estar muy coordinado para trabajar siempre en la misma línea. Aunque el peso de la labor educativa recae sobre la tutora, todos los demás miembros que atienden las necesidades específicas del alumno y del grupo, son primordiales, entre ellos la maestra especialista en pedagogía terapéutica y los maestros especialistas de otras áreas. El compromiso de la familia será clave en la tarea educativa, y la motivación del alumno para el trabajo escolar, debe continuar en el contexto familiar. Se llevarán a cabo reuniones semanales y quincenales para ir formando a la familia en aquellos aspectos educativos que sean necesarios, centrándose en técnicas básicas de comportamiento: el modelado, el dar buen ejemplo, establecer normas, seguir hábitos en casa, organizar espacios, tanto de refuerzo escolar, como de ocio y tiempo libre. Además, se utilizará una agenda o cuaderno de intercambio de información con la tutora. La intervención médica también será relevante. Se derivará al alumno (si no se ha hecho ya), a la unidad de psiquiatría infanto-juvenil por parte del pediatra. Una vez derivado, se llevará a cabo un protocolo de intercambio de información relativa a síntomas, diagnóstico y tratamiento entre esta unidad y la orientadora, que luego será transmitida a tutora y especialistas.

En la fase final se evaluará el plan de actuación. Esta evaluación, se realizará con carácter trimestral, teniendo en cuenta el curso escolar, mediante reuniones con todos los agentes educativos. Después de la puesta en práctica de las estrategias de intervención mencionadas, por las que se ha respondido a las necesidades específicas de apoyo educativo del alumno, éste habrá aprendido a mejorar sus conductas, se habrá centrado en las tareas escolares, habrá mejorado las relaciones con sus compañeros y con los adultos, habrá cuidado el material y, en definitiva, se habrá favorecido su desarrollo general. Respecto a las conductas observadas del alumno, en el contexto escolar, desde el inicio de la intervención, se deberá llegar a considerar que han variado positivamente. La intensidad, duración y frecuencia de las conductas consideradas inadecuadas o problemáticas, se habrán reducido de manera significativa y las conductas adecuadas habrán aumentado. El cuaderno de adquisición de hábitos, entre otras medidas, habrá favorecido estos resultados. El diseño de un plan de actuación individual habrá permitido tener un documento guía de una intervención psicoeducativa sistemática y realista. Este plan se habrá ido adaptando a las

características del caso, y habrá sido susceptible de modificaciones en todo el período de intervención.

## **5. CONCLUSIONES**

La elaboración de este documento final, es el resultado de un complejo proceso de aprendizaje, que se inició con el planteamiento de unos objetivos y con un arduo trabajo de documentación, que me ha permitido, progresivamente, desarrollar mis competencias de búsqueda, de selección y de análisis de la información, así como de presentación de resultados, en el que he complementado los conocimientos básicos de los que partía, con las investigaciones más novedosas de autores diversos sobre la temática del TDAH.

He adquirido los objetivos que me planteé inicialmente, las destrezas y las competencias profesionales que se demandan en el ámbito educativo. Respecto a la metodología, he seguido los pasos de recogida de información, análisis, y planteamiento de una propuesta y su intervención, en la que he conseguido interaccionar la teoría y la práctica.

He aprendido cómo y cuándo tratar los problemas de los niños que padecen este trastorno. Mis expectativas con respecto al uso de técnicas de modificabilidad conductual han variado. Ahora sé que tienen verdadera aplicabilidad práctica, que de verdad sirven para algo, que se consiguen resultados muy positivos en ellas, y que son un arma muy eficaz para conseguir los objetivos que muchas veces buscamos los profesores.

Aunque ya conocía muchos aspectos del tema por mi actividad como docente, considero que mi evolución ha sido significativa que me ha llevado a una reflexión interior personal, ya que antes, ciertas situaciones me pasaban inadvertidas, quizá por mi falta de objetividad y la necesidad de cierta toma de distancia con respecto al objeto de estudio.

No obstante, también detecto algunas limitaciones. La propuesta que se plantea, no se ha podido llevar a cabo, porque aunque mi trabajo versa sobre el estudio de un caso en Educación Infantil, actualmente desarrollo mi labor docente en Primaria. Así mismo, me he topado con la dificultad de disponer de materiales específicamente destinados para el alumnado preescolar, pero he logrado superar dicha carencia, adaptado los materiales existentes a las características evolutivas de la etapa, y creando nuevos materiales cuando ha sido necesario.

A modo de conclusión, he aprendido que, en relación con el TDAH, en Educación Infantil, el diagnóstico final puede esperar, pero la intervención no. La maestra debe intervenir cuanto antes, pues soy consciente de que el proceso de observación, análisis y valoración de este alumnado en concreto, es complejo y requiere su tiempo. Pienso que son necesarias más investigaciones sobre el TDAH en niños en edad preescolar, para poder intervenir desde una perspectiva multidisciplinar y de una manera más eficaz, a edades tempranas, con el objetivo de paliar las dificultades con las que se encuentran estos niños cuando pasan a la Educación Primaria.

He aprendido a valorar la importancia el trabajo coordinado de los distintos profesionales, pues la disposición de los distintos agentes educativos va a favorecer una intervención eficaz. No siempre es suficiente con los recursos ordinarios o específicos, de tipo material, humano y organizativo, que se presentan en el centro, y a veces es necesario solicitar nuevas ayudas psicopedagógicas externas al centro, como EOEPS.

Es preciso formar al profesorado, para que sean conocedores de lo que supone este trastorno en la edad preescolar y puedan realizar acciones preventivas y de intervención cuando sea necesario. También sería conveniente ofrecer charlas a los padres de niños de educación infantil que piensen que sus hijos pueden padecer este trastorno, con el objetivo de darles pautas y consejos para que se aproximen un poco más al TDAH y no se sientan desorientados.

Es magnífico lograr un equilibrio en el aula, con niños diversos y entender sus necesidades como retos e incluso ventajas para aprender entre todos.

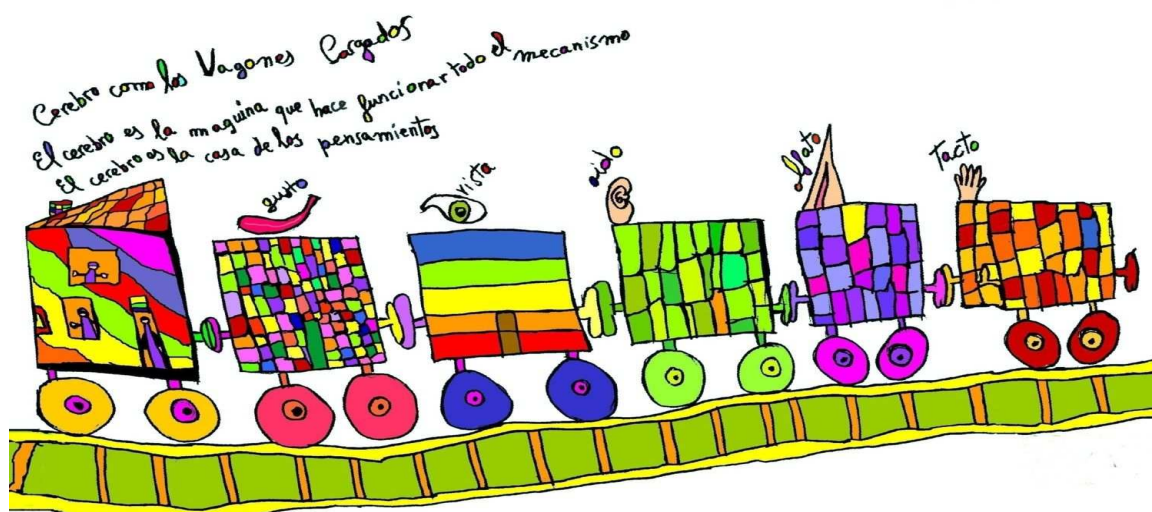
## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2002). DSM- IV- TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson,
- Barkley, R.A. (1998). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford.
- Barkley, R. A. (2011). *Niños hiperactivos: Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.
- Bonet T., Soriano Y. y Solano C. (2006). *Aprendiendo con los niños hiperactivos. Un reto educativo*. Thomson Paraninfo.
- Camp y Bash (1998). *Programa piensa en voz alta*. Barcelona: Pirámide.
- Conners, K. (1989). *Conner's Rating Scales*. Toronto, Ontario: Multi Health System.
- Doménech, M. D. y Pons, C. (2004). *Proyecto de integración social basado en el trastorno de niños con déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Valencia: s. n.
- Gallardo, Bernardo (2009). *Programa de intervención educativa para aumentar la atención y la reflexividad (PLAAR-R, Nivles 1 y 2)*. Madrid: TEA Ediciones.
- García Sánchez, J. N. (2000). *Las dificultades de aprendizaje y otros trastornos del desarrollo*. *EduPsykhé*, 1, 295-312.
- García Sánchez, J. N. (Coord.) 1999: *Intervención psicopedagógica en los trastornos del desarrollo*. (pp. 287-318) Madrid: Pirámide.
- Farré, I.; Riba, A. y Narbona, J. (2003). *EDAH: Escalas para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Manual*. Madrid: Tea.
- Orjales, I. (2000). *Programa de entrenamiento para descifrar instrucciones escritas. Indicado para niños y niñas impulsivos y con Déficit de Atención con Hiperactividad/TDAH*. Madrid: CEPE.
- Orjales, I. (2005). *Déficit de Atención e Hiperactividad: manual para padres y educadores*. Madrid: Cepe.
- Orjales, I. (2007) El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 3 pp. 19-30.

- Martínez, M. (2010). *Práctica educativa con un alumno con diagnóstico de TDAH en la etapa de Educación Infantil. Innovación Educativa*, 20, 261- 272.
- Miranda, C.A. y Santamaría, M. M. (1986). *Hiperactividad y dificultades de aprendizaje. Análisis y técnicas de recuperación*. Valencia: Promolibro.
- Moreno, Inmaculada. (1995). *Hiperactividad*. Madrid, Ed. Pirámide S.A.. Pág. 19.
- Moreno, I. (1998). *Hiperactividad: prevención, evaluación y tratamiento en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Moreno, I. (2005). *El niño hiperactivo*. Madrid: Pirámide.
- Vaquerizo, J. (2005). *Hiperactividad en el niño preescolar: descripción clínica*. *Revistas de Neurología*, 40, 25-32.
- Vaquerizo, J., Estévez, F., & Pozo, A. (2005). *El lenguaje en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: competencias narrativas*. *Revista de Neurología*, 41, 83-89.
- Vaquerizo, J. & Montañés, F. (2006). *Tratamiento a medida del TDAH desde la primera infancia hasta la adolescencia*. Recuperado el 13 de abril de 2013 de <http://www.slideshare.net/gueste24968/actualidad-en-tdah>
- Joselevich, E. (Compiladora). (2000). *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad (A.D./H.D.) en niños, adolescentes y adultos*. Buenos Aires: Paidós.
- Montague, M. and Castro, M. (2005). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Concerns and Issues». In P. Clough, P. Garner, J.T. Pardeck y F. Yuen (Edit.), *Handbook of Emotional & Behavioural Difficulties* (pp.399-415). London: SEGE Publications.
- Presentación, M. J.; Miranda, A. y Amado, L. (1999). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: avances en torno a su conceptualización, bases etiológicas y evaluación.
- Miranda, A., Vidal, E. y Soriano, M. (2003): *Evaluación e intervención psicoeducativa en dificultades del aprendizaje*. Madrid: Pirámide.
- Del Barrio, Victoria (Dir.) (2002): *Evaluación psicológica de la infancia y la adolescencia*. Madrid: UNED.



# Anexos



*“No comprendo la mezquindad intelectual  
de aquel que, sabiendo algo,  
no lucha por darlo a conocer.”  
(Miguel de Unamuno)*

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo 1:</b> Cuadro con las distintas categorías diagnósticas en las que se incluyen al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo, según el fichero ATDI (Atención a la Diversidad).....	43
<b>Anexo 2:</b> Criterios diagnósticos para el TDAH según el DSM-IV-TR.....	45
<b>Anexo 3:</b> Desarrollo histórico del “síndrome hiperactivo”.....	47
<b>Anexo 4:</b> Características de los niños con TDAH a lo largo de las distintas etapas educativas que pueden ocasionar dificultades de aprendizaje.....	48
<b>Anexo 5:</b> Características de la hiperactividad en determinadas áreas.....	49
<b>Anexo 6:</b> Posibles causas del TDAH según Miranda y Santamaría.....	51
<b>Anexo 7:</b> Escalas de medición más utilizadas para identificar el TDAH y breve comentario de las mismas.....	53
<b>Anexo 8:</b> Forma abreviada del Cuestionario de conducta de Connors para Profesores, para Padres y del Cuestionario de Conducta en la Escuela y en el Hogar.....	55
<b>Anexo 9:</b> Hoja de anotación del EDAH de Farré y Narbona con sus 20 ítems.....	60
<b>Anexo 10:</b> Historia inicial de la técnica de la tortuga.....	61
<b>Anexo 11:</b> Cuestionario sobre hiperactividad y déficit de atención en niños menores de 5 años....	62
<b>Anexo 12:</b> Modelo de ficha para llevar un control semanal de los progresos del niño.....	64
<b>Anexo 13:</b> Ejemplo de ficha para trabajar la atención- concentración.....	65

**Anexo 1:** Cuadro con las distintas categorías diagnósticas en las que se incluyen al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo, según el fichero ATDI (Atención a la Diversidad).

CATEGORIZACIÓN			
GRUPO	TIPOLOGÍA	CATEGORÍA	
ALUMNADO CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES	DISCAPACIDAD FÍSICA	-MOTÓRICOS -NO MOTÓRICOS	
	DISCAPACIDAD PSÍQUICA	-LEVE -MODERADA -GRAVE -PROFUNDA	
	DISCAPACIDAD AUDITIVA	-HIPOACUSIA MEDIA -HIPOACUSIA SEVERA -HIPOACUSIA PROFUNDA	
	DISCAPACIDAD VISUAL	-DEFICIENCIA VISUAL -CEGUERA	
	TRASTORNO GENERALIZADOS DEL DESARROLLO	-TRASTORNO AUTISTA -TRASTORNO DE RETT -TRASTORNO DE ASPERGER -TRASTORNO DESINTEGRATIVO INFANTIL -TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO NO ESPECIFICADO	
	TRASTORNOS GRAVES DE LA PERSONALIDAD		
	TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR	-TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD -TRASTORNO DISOCIAL -TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE -TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO PERTURBADOR NO ESPECIFICADO	
RETRASO MADURATIVO	RETRASO MADURATIVO (Exclusivamente en Educación Infantil)		
	INMIGRANTES	-INCORPORACIÓN TARDÍA AL SISTEMA EDUCATIVO	

ANCE		<p>ESPAÑOL: DESCONOCIMIENTO DEL IDIOMA</p> <p>-INCORPORACIÓN TARDÍA AL SISTEMA EDUCATIVO ESPAÑOL: DESFASE CURRICULAR</p>
	ESPECIALES CONDICIONES PERSONALES	HOSPITALIZACIÓN / CONVALECENCIA PROLONGADA
	ESPECIALES CONDICIONES SOCIALES, GEOGRÁFICAS, SOCIALES Y CULTURALES	<p>-MINORÍAS</p> <p>-AMBIENTE DESFAVORECIDO</p> <p>-EXCLUSIÓN SOCIAL O MARGINALIDAD</p> <p>-TEMPOREROS/ FERIANTES</p> <p>-AISLAMIENTO GEOGRÁFICO</p>
ALUMNADO CON ALTAS CAPACIDADES INTELECTUALES	SUPERDOTACIÓN INTELECTUAL	
	TALENTO SIMPLE O COMPLEJO	
	PRECOCIDAD INTELECTUAL	
ALTERACIONES DE LA COMUNICACIÓN Y DEL LENGUAJE	TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN Y EL LENGUAJE	<p>-AFASIA</p> <p>-DISFASIA</p> <p>-MUTISMO SELECTIVO</p> <p>-DISARTRIA</p> <p>-DISGLOSIA</p> <p>-DISFEMIA</p> <p>-RETRASO SIMPLE DEL LENGUAJE</p>
	OTROS	<p>-DISLALIA</p> <p>-DISFONÍA</p>
DIFICULTADES ESPECÍFICAS DE APRENDIZAJE	DISLEXIA	
	DISORTOGRAFÍA	
	DISCALCULIA	
	LECTOESCRITURA	
LÍMITES	CAPACIDAD INTELECTUAL LÍMITE	

## **Anexo 2:** Criterios diagnósticos para el TDAH según el DSM-IV-TR

Dentro de la sintomatología que presenta el TDAH, como ya he comentado se valoran aspectos relacionados con el déficit de atención y otros que manifiestan conductas de hiperactividad e impulsividad. Para realizar el diagnóstico de estos trastornos, la Asociación Americana de Psiquiatría, en su Manual Diagnóstico Estadístico (DSM-IV-TR; APA, 2002) recomienda observar con que intensidad se manifiestan los siguientes síntomas:

**Criterio A1:** Síntomas de desatención. Se considera que seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

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

**Criterio A2:** Síntomas de hiperactividad/impulsividad. Se considera que seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

### Hiperactividad

- a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).

- d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e) A menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor.
- f) A menudo habla en exceso.

#### Impulsividad

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

Dado que la sintomatología antes descrita (A1 y A2) puede aparecer en cualquier momento y circunstancia en distintos niños (que no presenten TDAH), la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2002) considera que para poder diagnosticar a un niño con TDAH además, de la sintomatología antes descrita, se deben cumplir los siguientes requisitos:

- I. Los síntomas de déficit de atención o de hiperactividad/ impulsividad se deben manifestar por encima de lo que se esperaría del niño dada su edad cronológica, su edad mental y la educación recibida.
- II. Se deben manifestar en dos o más ambientes aunque sea con distinta intensidad (criterio C).
- III. Estos síntomas generan dificultades para su adaptación escolar, social, personal o familiar (criterio D).
- IV. El problema tiene un carácter crónico, presentándose estos síntomas antes de los siete años (criterio B).
- V. La sintomatología presentada no se debe a otro tipo de trastorno mental, como un trastorno generalizado del desarrollo o del estado de ánimo (criterio E).

También aparecen los tres diferentes subtipos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad que a continuación describo:

- Niños con TDAH con predominio de déficit de atención: Estos niños manifiestan seis o más conductas de desatención, y menos de seis de hiperactividad/ impulsividad.
- Niños con TDAH subtipo predominio hiperactividad/impulsividad: Estos niños manifiestan seis o más conductas de hiperactividad/ impulsividad, y menos de seis de desatención.
- Niños con TDAH subtipo combinado: Estos niños muestran una presencia significativa de ambos grupos de síntomas.

### **Anexo 3:** Desarrollo histórico del “síndrome hiperactivo”

- 1902: Georges Still (pediatra inglés) lo denominó “defectos del control moral”
- 1937: Bradley (psiquiatra) pone de manifiesto del “efecto de la calma paradójica”, al suministrar un psicoestimulante a estos niños y comprobar que reducía su hiperkinesia y aumentaba su atención sostenida
- 1955: Strauss y Kephart favorecen el concepto de “síndrome de lesión cerebral mínima”
- 1959: Pasamanick y cols. (1956) y Knobloch y cols. (1959): confirman el concepto de “síndrome de lesión cerebral mínima”
- 1957: Laufer y Dentreff proponen usar el término “trastorno impulsivo hiperkinético”
- 1962: Clements y Peters lo cambian por el de “disfunción cerebral mínima” (DCM), término ampliamente usado pero rechazado hoy en día en medicina por no haber sido nunca justificado pese a las múltiples investigaciones.
- 1966: Bakwin y Bakwin proponen el nuevo término de “hiperactividad evolutiva” para designar los casos en que la supuesta causa del trastorno consistiera en el retraso del desarrollo (descartado más tarde).
- 1968: Ferry considera la hiperactividad como una cuestión planteada en términos de actividad motriz excesiva e inapropiada.
- 1972: Virginia Douglas considera que es una dificultad específica para “para, pensar y actuar”, es decir, como un problema de excesiva impulsividad (déficit de control inhibitorio).
- 1980: Roth estima que es un “frecuente fracaso del niño para emitir las respuestas adecuadas, según su edad, respecto de las demandas situacionales”, lo que representa un punto de vista nuevo, centrado en la capacidad de autocontrol.
- 1999: Barkley propone una modificación en la definición del problema, sustituyendo el término TDAH, por el de “trastorno por déficit de inhibición de la conducta”, TDIC. Justifica este cambio considerando un novedoso punto de vista según el cual, tendría razón Still y el niño no tendría problemas relacionados con el funcionamiento atencional, sino con el “funcionamiento inhibitorio” de los “impulsos”. La teoría es muy novedosa y nos retorna a etapas de desarrollo de las Ciencias de la Conducta donde se postulaba la existencia de “centros generadores de impulsos” (tal como el “ello” psicoanalítico).

**Anexo 4:** Características de los niños con TDAH a lo largo de las distintas etapas educativas que pueden ocasionar dificultades de aprendizaje. (Textos adaptado de Joselevich, 2000; pp. 23-28)

ETAPA EVOLUTIVA	CARACTERÍSTICAS
<i>Escuela infantil</i> (de 0 a 5 años)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· No siguen las consignas.</li> <li>· Molestan e interrumpen a sus compañeros.</li> <li>· Les cuesta permanecer sentados.</li> <li>· Son generalmente demandantes, en su interacción social.</li> <li>· Les cuesta esperar su turno y compartir.</li> <li>· Son agresivos, lo ocasiona rechazo por parte de sus iguales y quedan aislados.</li> </ul>
<i>Edad escolar</i> (de 6 a 12 años)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Suele desaprovechar lo que se está explicando.</li> <li>· Altera la actividad académica del resto de sus compañeros.</li> <li>· Presenta extrema variabilidad frente a distintas personas y actividades.</li> <li>· Reacciona mejor en situaciones novedosas, frente a estímulos atractivos o en una relación uno a uno con el adulto.</li> <li>· No reflexiona, piensa o planea lo que va a hacer.</li> <li>· Suele responder sin haber terminado de escuchar la pregunta, o contestar por escrito sin haber leído el enunciado.</li> <li>· La falta de reflexión hace que no aprendan de sus errores, ni piensen en las consecuencias de sus actos.</li> <li>· Realiza en tareas escolares incompletas.</li> <li>· Falta de organización, método y hábito de estudio.</li> <li>· Presentan inseguridad y baja autoestima.</li> <li>· No reconocen sus errores y culpan a otros de sus problemas.</li> </ul>
<i>Adolescencia</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Rebelión, desafío a la autoridad y violación de las reglas.</li> <li>· Conducta irresponsable e inmadura.</li> <li>· No planean ni organizan sus tareas.</li> <li>· Le falta independencia y responsabilidad.</li> <li>· Continúa presentando problemas de atención e impulsividad.</li> </ul>



## **Anexo 5:** Características de la hiperactividad en determinadas áreas

Ⓢ Primera infancia: el niño con este trastorno no se centra en nada, lo mira todo, pero poco rato; lo toca todo, pero poco rato; no se entretiene con nada un tiempo razonable. A los ojos de los demás parece un niño inquieto en el sentido de nervioso, tenso...

Ⓢ Déficit de atención: escasa atención sostenida, o persistencia en la realización de tareas. No consigue permanecer concentrado un tiempo similar al que pueden hacerlo el resto de los niños. Con frecuencia indica que se cansa o se aburre y abandona o cambia de una actividad a otra sin finalizar ninguna. Cuando realiza actividades que le resultan atractivas se distraen fácilmente, por tanto aunque se le pida concentración en una tarea, y tenga interés por mantenerse atento, no es capaz de hacerlo.

Ⓢ Hiperactividad–hiperkinesia: se mueve de manera excesiva y aparentemente innecesaria para lograr los fines que desean, parecen constantemente inquietos e infatigables. Realiza movimientos tales como mover los pies y las piernas, dan golpecitos a las cosas, balancearse mientras están sentados, o cambiar de postura o posición con frecuencia, mientras realiza sus tareas. Estos movimientos son más frecuentes cuanto más aburrido le parezca lo que hace. También los realiza cuando están esperando sin tener nada que hacer.

Ⓢ Control de las emociones: suele tener dificultades para ejercer control sobre la intensidad de sus reacciones emocionales ante los acontecimientos de su vida. Las emociones que experimenta las manifiesta públicamente con más intensidad y duración de lo que lo hacen los demás. Parece menos capaz de inhibir sus sentimientos por lo que es más fácil que parezca menos maduro que el resto de los niños, también puede parecer más alterable y fácilmente frustrable por los acontecimientos.

Ⓢ Torpeza motriz: tienen dificultades en el control fino de sus movimientos, esto es debido a la insuficiente atención que ponen a la hora de regular sus movimientos. Hay veces que sus movimientos motrices son excesivos e injustificados, parece que se mueven por moverse.

Ⓢ Memorización: si no se pone suficiente atención cuando se está recibiendo la información: visual o auditiva, no es posible almacenarla y, por lo tanto, luego es imposible recuperarla. La insuficiente atención sostenida y el cambio atencional frecuente explican las dificultades de memoria.

Ⓢ Variabilidad o inconsciencia temporal: muestra una variabilidad considerable en su rendimiento. Estas grandes variaciones se pueden encontrar respecto a la calidad, cantidad, e incluso rapidez en su trabajo.

Ⓢ Problemas de rendimiento escolar: la presencia de este trastorno desde la primera infancia suele favorecer la aparición de retrasos o fracasos escolares. Cuando se combinan los déficits cognitivos, problemas para recordar y usar la memoria de trabajo, déficit de regulación de las

emociones y torpeza motriz, aumentan los riesgos de fracaso escolar. Si se añade una capacidad intelectual baja aumenta el riesgo de conseguir aprender al ritmo de sus compañeros, y de acumular retrasos curriculares progresivos que, si no reciben ayuda complementaria, pueden llegar a constituir un auténtico fracaso escolar.

Ⓢ Problemas de adaptación escolar: suele comportarse de manera molesta para los demás y recibir un elevado número de recriminaciones verbales y gestuales, cuando no de castigo físico, desde los primeros años de su vida. Tanto en su hogar como en la escuela infantil, es percibido por los adultos y los iguales como un niño incómodo, difícil de tratar y, con el tiempo, le resulta cada vez más difícil establecer y conservar amistades. Suele ser rechazado por los demás y no muy apreciado por sus profesores.

Ⓢ Problemas de autoconcepto y autoestima: como consecuencia de la acumulación crónica de frustración y castigo, en su mayor parte dirigidos a su persona y no sólo a su comportamiento inadecuado, suele llegar a la adolescencia con un autoconcepto de sí mismo muy malo y una autoestima baja.

Ⓢ Problemas emocionales: muestra indicadores de ansiedad y estrés que son el resultado de las exigencias que percibe sobre él, provenientes de diversos ámbitos y áreas. Las hiperexigencias educativas de padres y profesores, las tensiones familiares, los celos de los hermanos incluso las dificultades escolares, son estresadores intensos, frecuentes y muy generalizados en esta etapa de desarrollo personal.

Ⓢ Problemas en la expresión plástica: se manifiesta incapaz de lograr los mismos objetivos curriculares que aquellos que no tienen su déficit. Dependiendo de las tareas propuestas, fracasará en diversas actividades, resultando especialmente llamativo el empeoramiento de sus resultados a medida que el trabajo a realizar sea más monótono, largo o que requiera un mayor esfuerzo intencional.

Ⓢ Creatividad: puede mostrar un nivel de creatividad, originalidad, flexibilidad creadora, etc., superior a la media de su grupo. Este hecho, que en la mayoría de los alumnos se considera un valor añadido, en el caso de los alumnos con TDAH, al interactuar con su comportamiento general, más desorganizado, suele interpretarse como un indicador más de desobediencia, déficit de socialización, búsqueda de notoriedad, etc., cuando en realidad constituye uno de los aspectos más positivos y deseables del carácter o temperamento del niño hiperactivo.

**Anexo 6:** Posibles causas del TDAH según Miranda y Santamaría (1986)

Ⓢ Factores neurológicos: inicialmente se consideró la hipótesis del origen neurológico del trastorno a partir de la observación de que muchos niños con encefalitis mostraban a su vez signos de hiperactividad. Ante la imposibilidad de detectar el déficit neurológico específico, se postuló el concepto de Disfunción Cerebral Mínima, para subrayar la existencia de una causa fisiológica a pesar de que el examen neurológico fuera incapaz de detectarla. Sin embargo, la mayoría de niños hiperactivos no presentan síntomas de lesión cerebral, y de entre los niños con lesión cerebral, pocos podrían considerarse hiperactivos. Una segunda área de investigación giró en torno a la hipótesis de la hipoestimulación, según la cual estos niños se implicarían en una cantidad excesiva de activación para compensar su escasa estimulación cerebral debida a un mal procesamiento de los estímulos. Por último, una tercera interpretación postula como causa un trastorno a nivel de los neurotransmisores (sustancias químicas implicadas en las sinapsis nerviosas), lo que provocaría un desequilibrio entre respuestas excitadoras e inhibitorias. En este sentido, hemos de recordar que experimentar un fracaso, cosa habitual en los niños hiperactivos, también puede producir disfunciones en los neurotransmisores.

Ⓢ Retraso madurativo: según ésta hipótesis, cuando madure el niño el problema desaparecerá, cosa que en realidad no ocurre. Como ya hemos comentado, algunas características tales como el exceso de movilidad, sí es posible que experimente mejoras con la edad, pero el problema fundamental, a saber, su déficit atencional y regulatorio, se mantiene a pesar de que el sujeto crezca o madure.

Ⓢ Factores genéticos: efectivamente existen datos que apoyan dicha consideración genética, defendida por autores como Goldstein y Goldstein (1987). La hiperactividad es mucho más frecuente en niños que en niñas. Los estudios realizados en torno a la concordancia entre gemelos muestran cierta predisposición genética, sin embargo parecen ser más importantes los factores ontogénicos, tales como el modelado y el refuerzo, que los hereditarios. Los estilos de vida impulsivos e inatentos de muchos padres de niños hiperactivos dificultan enormemente el manejo de sus hijos cuando éstos también experimentan problemas de esta índole.

Ⓢ Complicaciones perinatales: un elevado número de niños hiperactivos nació de forma prematura y/o tuvo un bajo peso al nacer. Este hecho ha llevado a algunos autores a considerar estos factores como posibles causantes del trastorno. En esta línea, también se ha considerado el grado de estrés psicológico experimentado por la madre durante el embarazo.

Ⓢ Alcoholismo materno: la hiperactividad se manifiesta cuando la madre ha ingerido con frecuencia alcohol durante su embarazo. Pero la investigación demuestra que ni todos los niños con síndrome de alcoholismo fetal son hiperactivos, ni en todos los hiperactivos podemos hallar antecedentes de ingesta excesiva materna de alcohol.

Ⓢ Alergógenos: Feingold defiende que ciertos colorantes artificiales, conservantes y salicilatos naturales de los alimentos agravan o tal vez causan los déficits atencionales. Sus propuestas se derivan de la observación personal de pacientes bajo su cuidado y no de investigaciones sistemáticas. Inicialmente los resultados indicaban cierta mejoría en los pacientes de cuya dieta se eliminaba ciertos aditivos. Sin embargo, estudios más rigurosos en los que ni padres ni profesores eran conocedores de la presencia o ausencia de estos aditivos en la dieta, no mostraron diferencias en cuanto a las valoraciones acerca de la conducta efectuadas por ambos tipos de evaluadores. Estos resultados sugieren que la mejora obtenida por Feingold posiblemente se debiera al efecto placebo (Goldstein y Goldstein, 1987). En esta misma línea se considera el azúcar refinado como agravante del déficit atencional pero de nuevo las pruebas con que contamos se derivan de trabajos de dudosa rigurosidad. En cualquier caso estos trabajos indican que la restricción de azúcar refinado tiene un efecto directo positivo en la reducción de las conductas hiperactivas.

Ⓢ Nivel socioeconómico: es un hecho objetivo que la incidencia de la hiperactividad es más elevada en clases bajas. Otra cuestión es dilucidar a qué se debe esto. En este sentido habría que considerar no sólo las pautas sanitarias, alimenticias, de ingesta de alcohol, etc., sino también la frecuencia con que se aplican prácticas de disciplina impositivas, modelado de agresión, etc.

Ⓢ Clima familiar: en muchos casos nos encontramos con que estos niños están inmersos en ambientes estresantes. Sus madres son más críticas, impositivas, etc. Sin embargo, los efectos de la interacción raramente son unidireccionales. Es decir, un niño irritable, infeliz, es probable que tenga un impacto negativo sobre sus padres. Ese impacto influye en el modo en que los padres responden al niño. Pero la personalidad del niño no es una pizarra en blanco sobre la que podamos escribir sino que se desarrolla mediante una combinación entre las capacidades del niño y nuestra respuesta a dichas capacidades.

Ⓢ Como conducta aprendida: estos niños son conscientes de que su actividad excesiva es un mecanismo poderoso de control sobre los adultos ya que de este modo consiguen que se les preste mucha más atención que a los demás, lo que refuerza esa conducta hiperkinética. Por otra parte, su historia de fracasos hace que genere una baja expectativa de recompensa que dificultará su conducta atencional. Es decir, cuanto más se distraiga, menos recompensas recibirá y cuantas menos recompensas reciba, menos sentido encontrará a atender.

**Anexo 7:** Escalas de medición más utilizadas para identificar el TDAH y breve comentario de las mismas.

◆ **Las escalas para padres y maestros de Conners (1969, 1978, 1980):** Conners publicó en 1969 una escala para profesores (Conners Teacher Rating Scale) y determinó la existencia de cinco factores: problemas de conducta, inatención/pasividad, ansiedad, hiperactividad y problemas de relación y trastornos psicósomáticos. Posteriormente, realiza un estudio con una escala para padres de 73 ítems adaptada de otra escala anterior y compara los resultados en la escala en tres grupos, hipercinéticos, neuróticos y normales en cada ítem, en cada una de las 24 categorías o síntomas y finalmente, en una agrupación factorial de 6 factores. A partir de esos dos estudios se suceden las investigaciones del propio Conners y de otros autores, acerca de las aplicaciones de las dos escalas, haciendo nuevas propuestas de cambios o aportando nuevas posibilidades de uso de la escala. Esta escala goza de una gran difusión internacional y en España fue adaptada y baremada la versión reducida para maestros y padres respectivamente.

◆ **La escala SNAP IV (Swanson, Nolan & Pelma, 1983):** utiliza la misma encuesta para padres y profesores, siendo distintas las puntuaciones de corte en las respuestas. La versión reducida consta de 18 ítems que evalúan únicamente el TDAH, mientras que la versión completa, de 30 preguntas, evalúa además el trastorno negativista- desafiante<sup>7</sup>.

◆ **La Escala Vanderbilt (Wolraich, Lambert, Doffing, Bickman, Simmons et al., 1998):** es una escala única y completa. Es especialmente útil para evaluar cualquier tipo de comorbilidad. Está formada por 49 ítems: unos hacen referencia a síntomas característicos del TDAH, y otros hacen referencia al desempeño académico general y a la conducta general en el aula.

◆ **El cuestionario de Gillberg:** contiene 35 ítems y las cuestiones se refieren a funciones o habilidades que los maestros están acostumbrados a observar y hacen referencia a determinadas áreas del TDAH (déficit de atención, disfunción de la conceptualización, problemas de conducta, disfunción en la motricidad gruesa y disfunción de la motricidad fina). Además de discriminar a los niños con TDAH, es capaz de distinguir dos grados de severidad.

◆ **Escalas para la evaluación del déficit de atención con hiperactividad (EDAH) de Farré y Narbona:** a partir de la experiencia con las escalas de Conners adaptadas (Farré y Narbona, 1984) y los estudios realizados a partir de ellas, Farré y Narbona consideran la conveniencia de elaborar una nueva escala que, manteniendo las cualidades de las anteriores, pudiera adaptarse a los nuevos conocimientos. La escala debería medir exclusivamente los síntomas principales del TDAH: hiperactividad, impulsividad y déficit de atención. El factor emocional carece de peso estadístico en el conjunto de la escala así que se debería hacer mediante instrumentos elaborados específicamente

---

<sup>7</sup> El trastorno negativista- desafiante o “trastorno de las ansias de libertad” es una categoría del DSM-IV-TR que se caracteriza por un patrón continuo de comportamiento desobediente, hostil y desafiante hacia las figuras de autoridad, el cual va más allá de la conducta infantil normal.

para ello. Una escala de evaluación debe permitir la distinción introducida en el DSM- IV entre TDAH predominantemente hiperactivo impulsivo, el predominantemente atencional y el de tipo combinado. Sería interesante que la escala permitiera establecer los límites entre TDAH y trastorno de conducta, y diferenciar si estos últimos son una entidad única y distinta o si son trastornos secundarios del TDAH. Además, como la correlación entre las escalas de padres y maestros son bajas, se necesita una única escala dirigida a maestros. A partir de estas consideraciones se propone una escala de 20 ítems, con dos subescalas (Área I: Hiperactividad/Impulsividad/Inatención y Área II: Trastornos de conducta).

◆ **El Cuestionario multifactorial de diagnóstico de los Trastornos de la Atención y/o Hiperactividad y los trastornos de Distrés Infantil (TAHDI) de Jorge Ferré Veciana** está planteado como un instrumento abierto y poco estructurado, no como unas tablas de valoración cerradas, ofrece muchos datos, pero exige al profesional que los utiliza mayor experiencia. Está pensado para utilizar en una entrevista con padres y para guiar la observación clínica del niño, como un instrumento de ayuda para el terapeuta. Consta de: cuestionario A (de riesgo del TDAH); cuestionario B (de valoración del temperamento que también puede tener una aplicación preventiva, porque puede ayudar a los padres y educadores a interpretar mejor la conducta del niño y adecuar su esquema terapéutico o educativo); las Tablas de Diagnóstico diferencial de los síntomas de TDAH (orientan la terapeuta sobre el camino a seguir para averiguar si existe una causa concreta que produce las reacciones de desatención o descarga en el paciente); y el Cuestionario E.

◆ **Las Escalas Magallanes de Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad de E. Manuel García Pérez y Ángela Magaz Lago:** permiten evaluar la presencia de tres grupos de observaciones conductuales correspondientes a los indicadores primarios del TDAH, y de unos indicadores secundarios más generalizados. Está diseñada de tal forma que resulta muy difícil que pueda darse una identificación errónea de sujetos con TDAH, dadas las restricciones impuestas a las observaciones conductuales que componen cada escala. Tiene dos formas paralelas: una para ser cumplimentada por los padres o tutores y otra para ser cumplimentada por su profesorado. Están formadas por un total de 17 elementos agrupados en tres subescalas.

◆ La conducta hiperactiva y del déficit de atención también ha sido el objetivo de otros muchos trabajos: **School Situations Questionarie (SSQ) de Barkley (1981)** que evalúa situaciones en las que se puede dar problemas de conducta en la escuela; **Preschool Competente Questionarie de Olson (1984)** que contiene 50 cuestiones para niños y adultos sobre áreas específicas de rendimiento); o **Child Attention/Activity Profile (CAP), de Edelbrock y Barkley (1988)** que es una selección de cuestiones de la Child Checklist de Achenbach, en su versión para maestros y resulta útil para valorar los efectos terapéuticos a lo largo del tiempo.















## **Anexo 10:** Historia inicial de la técnica de la tortuga

*“Antiguamente había una hermosa y joven tortuga, tenía 6 (7, 8,...) años y acababa de empezar el colegio. Su nombre era Pequeña Tortuga. A ella no le gustaba mucho ir al cole, prefería estar en casa con su hermano menor y con su madre. No le gustaba aprender cosas en el colegio, ella quería correr, jugar... Era demasiado difícil y pesado hacer fichas y copiar de la pizarra, o participar en algunas de las actividades. No le gustaba escuchar al profesor, era más divertido hacer ruidos de motores de coches que algunas de las cosas que el profesor contaba, y nunca recordaba que no los tenía que hacer. A ella lo que le gustaba era ir enredando con los demás niños, meterse con ellos y gastarles bromas. Así que el colegio para ella era un poco duro.*

*Cada día en el camino hacia el colegio se decía a sí misma que lo haría lo mejor posible para no meterse con ellos. Pero a pesar de esto, era fácil que algo o alguien la descontrolara, y al final siempre acababa enfadada, o se peleaba, o le castigaban. “Siempre metida en líos” pensaba “como siga así voy a odiar al colegio y a todos”. Y la Tortuga lo pasaba muy pero que muy mal. Un día de los que peor se sentía, encontró a la más grande y vieja Tortuga que ella hubiera podido imaginar. Era un vieja Tortuga que tenía más de trescientos años y era tan grande como una montaña. La Pequeña Tortuga le hablaba con una vocecita tímida porque estaba algo asustada de la enorme tortuga. Pero la vieja tortuga era tan amable como grande, y estaba muy dispuesta a ayudarla: “¡Oye! ¡Aquí!” dijo con su potente voz, “Te contaré un secreto. ¿Tú no te das cuenta que la solución a tus problemas la llevas encima de ti?”. La Pequeña Tortuga no sabía de lo que estaba hablando. “¡Tu caparazón!” le gritaba “¿para qué tienes tu concha? Tú te puedes esconder en tu concha siempre que tengas sentimientos de rabia, de ira, siempre que tengas ganas de romper, de gritar, de pegar... Cuando estés en tu concha puedes descansar un momento, hasta que ya no te sientas tan enfadada. Así, la próxima vez que te enfades ¡Métete en tu concha! A la Pequeña Tortuga le gustó la idea, y estaba muy contenta de intentar este nuevo secreto de la escuela.*

*Al día siguiente ya lo puso en práctica. De repente, un niño que estaba cerca de ella accidentalmente le dio un golpe en la espalda. Empezó a sentirse enfadada y estuvo a punto de perder sus nervios y devolverle el golpe cuando, de pronto, recordó lo que la vieja tortuga le había dicho. Se sujetó los brazos, piernas y cabeza, tan rápido como un rayo, y se mantuvo quieta hasta que se le pasó el enfado. Le gustó mucho lo bien que estaba en su concha, donde nadie le podía molestar. Cuando salió, se sorprendió de encontrarse a su profesor sonriéndole, contento y orgulloso de ella. Continuó usando su secreto el resto del año. Lo utilizaba siempre que alguien o algo le molestaba, y también cuando ella quería pegar o discutir con alguien. Cuando logró actuar de esta forma tan diferente, se sintió muy contenta en clase, todo el mundo le admiraba y querían saber cuál era su mágico secreto”.*

**Anexo 11:** Cuestionario sobre hiperactividad y déficit de atención en niños menores de 5 años.

	Sí	No
<b>1. Marcadores de hiperactividad durante el primer año: ¿Diría que durante el primer año de vida, desde el nacimiento hasta los 12 meses de edad, su hijo/a tuvo algún problema como los descritos aquí?</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Trastornos de la alimentación: ¿rechazo de las tomas, cólico del lactante intenso, regurgitaciones o vómitos, excesivamente “caprichoso” con las comidas?</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Excesivamente inquieto o tenso cuando estaba despierto; llorón o continuamente irritable; muy sensible a los ruidos y sobresaltos, etc.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Trastornos del sueño severos: dificultad para dormirse, sueño intermitente, despertares con llanto, etc.</li> </ul>		
<b>2. Juego: ¿Cómo describiría el juego del niño?</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Le gustan los juegos educativos: rompecabezas, encajables, etc. y se entretiene con ellos</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Prefiere los juegos ‘deportivos’ o ‘de ejercicio’: pelotas, balones, etc. y le gusta ‘gastar energías con ellos’</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Le gustan los juguetes de piezas, pero sólo para desmontarlos, con una actitud destructiva, rechazándolos y abandonándolos luego sin interés por los mismos</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Juega de forma simbólica con coches, muñecos, a ‘hacer como si...’, a los médicos y enfermeras, a los maestros, etc.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Le da la función adecuada a cada uno de los juguetes que posee</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Anote sus juguetes preferidos</li> </ul>		
<b>3. Aprendizaje, conducta y socialización</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● ¿Tiene problemas de aprendizaje escolar: letras, números, colores, formas?</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● ¿Tiene problemas de carácter emocional y/o afectivo?</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● ¿Es capaz de jugar con otros niños, compartir juegos, proponer juegos?</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● ¿Tiene algún problema en sus conductas alimentarias?</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● ¿Tiene problemas de sueño?</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● ¿Ha tenido su hijo/a más accidentes de lo habitual en el hogar o en la escuela o parvulario?</li> </ul>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Han sido o son más frecuentes las ‘rabietas’ que en otros niños de su edad, especialmente en lugares públicos?</li> </ul>		
<b>4. Desarrollo y maduración general. ¿En qué aspectos del desarrollo cree que su hijo/ a ha tenido problemas destacables?</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Correr, saltar, subir y bajar escaleras</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas en el uso de las manos: motricidad fina hacer torres, ensartar anillas, etc.)</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dibujo: realizar figuras y entender la figura humana a través del dibujo</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocimiento del esquema corporal. Partes del cuerpo, etc.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprensión del lenguaje general cuando se le habla</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de esfínteres</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otros (anótelos)</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Durante la etapa escolar han sido frecuentes los cólicos, dolores de cabeza o de estómago?</li> </ul>		
<b>5. ¿Cómo definiría a su hijo en una palabra? Puede elegir más de una opción. Ponga una cruz</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Despistado-inatento</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inquieto</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impulsivo</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Destructor</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmaduro</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negativista</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oposicional (siempre mantiene una actitud de enfrentamiento, oposición con el adulto; siempre mide el nivel de tolerancia del adulto y ‘lo pone al límite’)</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otro:</li> </ul>		

**Anexo 12:** Modelo de registro para el control semanal de los progresos del niño

**“MI PROGRESO SEMANAL”**

Nombre del alumno/a:

Tutor/ a:

Comienzo de la semana:

**HÁBITOS DE TRABAJO**

- Trabajó con empeño toda la semana.
- Sólo ha trabajado en parte del tiempo.
- Ha trabajado muy poco
- No ha completado las tareas para el hogar.
- Es necesaria una entrevista con el padre.

**CONDUCTA CIUDADANA**

- Buena conducta toda la semana. Trabajó con empeño casi todo el tiempo
- Buena conducta casi todo el tiempo.
- Conducta perturbadora/no cooperativa
- Es necesaria una entrevista con el padre.

**ASISTENCIA**

- Buena
- Frecuentes ausencias
- Frecuentes llegadas tarde

**COMENTARIOS DEL MAESTRO**

**COMENTARIOS DEL PADRE**

Firma del maestro

Firma del padre

Fecha

Fecha



