



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

2014

LA ATENCIÓN A LOS NIÑOS CON TDA/H EN LA ETAPA DE EDUCACIÓN PRIMARIA



TRABAJO DE FIN DE GRADO

Margarita Torres Guillén
Grado en Educación Primaria
Campus María Zambrano (Segovia)
25/06/2014

ASPECTOS PREELIMINARES

Título/

La atención a los niños con TDA/H en la etapa de Educación Primaria

Autor /

Margarita Torres Guillén

Grado/

Grado en Educación Primaria

Curso académico/

2013/2014

Tutor académico/

José María Arribas Estebaranz

Universidad/

Universidad de Valladolid

Centro/

Facultad de Educación.

Campus M^a Zambrano (Segovia)

*“La vida está llena de adversidades, pero rebosa de
personas que las han vencido y en su lucha descubrieron
algo valioso”*

Helen Keller, 1908

ÍNDICE

RESUMEN	1
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	2
1.1. Introducción	2
1.2. Justificación.....	2
2. OBJETIVOS.....	3
2.1. Objetivos generales.....	3
2.2. Objetivos específicos.....	3
3. MARCO LEGAL.....	3
4. MARCO TEÓRICO.....	6
4.1. ¿Qué es el TDAH? Prevalencia y tipología.....	6
4.2. Etiología del trastorno.....	6
4.3. Criterios diagnósticos	8
4.3.1. Instrumentos de evaluación.	13
4.3.2. Situaciones y/o enfermedades que se suelen confundir con el TDAH.....	16
4.3.3. Patologías frecuentemente asociadas.....	17
4.3.4. Mitos del TDAH.....	20
4.4. El tratamiento multidisciplinar o multimodal.....	22
4.4.1. El tratamiento con medicación.....	22
4.4.2. Tratamiento psicológico	22
4.4.3. Tratamiento psicopedagógico	23
4.4.4. Entrenamiento a los padres.....	23
4.5. Pronóstico: El TDAH en la edad adulta	24
5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	26
5.1. Detección y diagnóstico.....	26
5.1.1. Señales de alerta.....	27
5.1.2. Características según la edad	27
5.2. Intervención.....	28
5.2.1. Pautas generales para la intervención en la escuela	29
5.2.2. Aspectos concretos para trabajar con los niños con TDAH.....	32
5.2.3. Protocolo de actuación del docente y del centro.....	38
6. ESTUDIO DE UN CASO	41
6.1. Contextualización.....	41
6.2. Actividades y técnicas utilizadas	43

6.3. Análisis de los resultados	44
7. CONCLUSIONES.....	45
8. REFERENCIAS	47
9. ANEXOS	50
ANEXO 1: Entrevistas.....	50
ANEXO 2: Documento de derivación	56
ANEXO 3: Autorización de los padres o tutores legales.....	60
ANEXO 4: Informe de evaluación psicopedagógico	62
ANEXO 5: Dictamen de escolarización.....	70
ANEXO 6: Opinión de la familia	75
ANEXO 7: Escala de Conners.....	76
ANEXO 8: Escala ADHD de Barkley y DuPaul.....	83
ANEXO 9: Escala de actividad de actividad de Werry, Weiss y Peters.....	84
ANEXO 10: Escala de evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (EDAH).....	86
ANEXO 11: Escala de problemas de atención infantil de Edelbrock.....	87
ANEXO 12: Direcciones de asociaciones contra el TDAH	88
ANEXO 13: Los contratos	93
ANEXO 14: Técnica de autocontrol	94
ANEXO 15: Cuento de la tortuga	95
ANEXO 16: Informe de derivación del orientador educativo para el Servicio Sanitario (Pediatría/MAP).....	98
ANEXO 17: Garabateo.....	100
ANEXO 18: Ejercicio de autoestima.....	101

RESUMEN

En el trabajo que presentamos a continuación, tratamos de analizar un trastorno muy presente en la actualidad como es “El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH)”. Se trata de un trastorno que puede generar problemas en el desarrollo de una persona, tanto a nivel personal como profesional.

Trataremos de mostrar las principales características del trastorno para poder distinguir si estamos ante la presencia de un caso y así actuar lo antes posible. Así mismo, señalaremos algunas de las investigaciones más recientes respecto al tema, las posibles causas que originan el trastorno, las herramientas de diagnóstico más comunes y el tratamiento más eficaz. También se ofrecerán pautas, estrategias y orientaciones para trabajar con un caso de TDAH dentro de un aula, así como las características típicas de cada momento evolutivo del trastorno para facilitar al docente la detección de la enfermedad.

Por último, mostraremos el análisis de un caso práctico, a través del cual, hemos podido realizar una valoración crítica sobre la utilidad de los diferentes recursos y estrategias que se ofrece a lo largo del trabajo.

Palabras clave: TDAH: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos, atención, hiperactividad, impulsividad, intervención, trastorno y diagnóstico.

ABSTRACT

In the work that follows, we try to analyze a disorder present today as "The Attention Deficit Disorder with or without Hyperactivity (ADHD)." It is a disorder that can cause problems in the development of a person, both personally and professionally.

Try to show the main features of the disorder to distinguish whether we are in the presence of a case and so act as soon as possible. Also, point out some of the latest research on the issue, the possible causes of the disorder, the most common diagnostic tools and more effective treatment. Guidelines, strategies and guidelines for working with a case of ADHD in a classroom and the typical characteristics of each developmental stage of the disorder will also be offered to teachers to facilitate detection of the disease.

Finally, we show the analysis of a case study through which we were able to make a critical assessment of the utility of different resources and strategies that are offered throughout the work.

Keywords: ADHD: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Disorders, attention, hyperactivity, impulsivity, speech disorder and diagnosis.

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

1.1. Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (al que a partir de ahora nos referiremos como TDAH), según la fundación ADANA, es un trastorno que se inicia en la infancia y se caracteriza por dificultades para mantener la atención, el exceso de movimiento (hiperactividad) o el control de la impulsividad.

Según la clasificación de los trastornos mentales realizada por el APA (Asociación Americana de Psiquiatría), el TDAH se halla dentro del apartado de los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador y suele estar asociado a niños con trastornos de aprendizaje y/o emocionales.

Además, el Real Decreto 1513/2006, de 7 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas de la Educación primaria expone, “La intervención educativa debe contemplar como principio la diversidad del alumnado, entendiéndose que de este modo se garantiza el desarrollo de todos ellos a la vez que una atención personalizada en función de las necesidades de cada uno”.

Por lo tanto, puesto que los alumnos con TDAH son un grupo de niños con necesidades específicas, tienen el derecho de recibir la ayuda y apoyo necesario por parte de los profesionales que trabajan en la escuela. Una atención adecuada por parte de los expertos, puede facilitar la vida del niño – y de las personas que le rodean- y su integración escolar.

Este Trabajo se va a articular en torno a dos grandes bloques; uno, de carácter teórico en el que vamos a abordar la sintomatología, causas, consecuencias, diagnóstico y metodología del TDAH; y otro, en el que nos centraremos en ofrecer pautas y orientaciones útiles, así como respuesta a aquellas dificultades de aprendizaje que suelen tener más a menudo, para trabajar con dichos alumnos en el aula.

1.2. Justificación

El tema elegido para desarrollar es “La atención a los niños con TDA/H en la etapa de Educación Primaria”. La principal razón que nos llevo a escoger este tema es la gran incidencia tanto numérica (es el trastorno infantil más común, lo presenta un 5% de la población infantil) como por las repercusiones personales y educativas que provoca para el niño tanto en su contexto social y como escolar.

Hasta no hace mucho, dicho trastorno era un gran incógnita para la mayoría de los docentes. 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, y como consecuencia no se ofrece a dichos alumnos la atención educativa necesaria.

No es cierto que los niños con TDAH tengan un cociente bajo, pero debido a sus síntomas, como la desatención o la gran capacidad de distracción, en la mayoría de los casos, presentan dificultades de aprendizaje. Además, los síntomas de hiperactividad e impulsividad hacen que sean niños difíciles de controlar tanto en el ámbito educativo como familiar.

A través de las entrevistas (*anexo 1*), hemos descubierto con especial desagrado que los profesores no conocen las actuaciones que deben seguir con un alumno con TDAH. Por lo tanto, decidimos enfocar el proyecto a realizar un plan de intervención para docentes. Los entrevistados explicaron que los educadores no sabían cómo abordar el tema y apenas utilizaban estrategias para ayudarles.

Cabe destacar las palabras de la madre durante la entrevista: “En el colegio no me han ayudado nada, saben menos que yo”. Estas declaraciones, entre otras, demuestra la poca preparación que suelen tener los docentes ante el trastorno, siendo ellos un pilar muy importante y necesario para el tratamiento de la enfermedad.

Por todo ello, y porque en el ámbito escolar es donde se manifiestan con mayor intensidad las dificultades del TDAH, creemos que es necesario investigar, reflexionar y conocer con mayor exhaustividad este trastorno, y de este modo detectar e intervenir lo más pronto posible.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivos generales

Con la realización de este trabajo se pretende satisfacer los objetivos que aparecen en la Guía didáctica del mismo: Pretendemos que sea un trabajo original e inédito donde se ofrecen ideas, teorías y explicaciones razonadas y evaluadas en el que se manifiesten las competencias adquiridas durante el Grado.

2.2. Objetivos específicos

Los dos principales objetivos que se pretenden desarrollar a lo largo de este trabajo son los siguientes:

- La elaboración de un *marco teórico*, en el cual se ofrezca la información necesaria para que los docentes tengan un conocimiento suficiente sobre el trastorno.
- Desarrollo de una *propuesta de intervención* con pautas y orientaciones para actuar en un caso de TDAH.

3. MARCO LEGAL

En este apartado, trataremos de encuadrar en el marco legal que ofrece la legislación educativa a los alumnos con necesidades educativas, puesto que los alumnos con TDAH

presentan una serie de dificultades educativas que deben ser atendidas. Por lo tanto, el Centro Educativo está en la obligación de atender a las necesidades que presenten dichos alumnos, ofreciendo los recursos y materiales para que alcancen los objetivos mínimos propuestos por la Ley (artículo 71 de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo). Además, también será competencia de docentes y familias responder a las necesidades que presenten los afectados.

La Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE) se basa en los principios de normalización e inclusión, es decir, trata de fomentar una escuela de todos y para todos. Por lo tanto, con la atención a la diversidad se trata de asegurar la adaptación en la educación a los Alumnos Con Necesidades Educativas Especiales y a los Alumnos con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (ACNEAE) en todas las etapas educativas.

Las Administraciones Educativas (Centro escolar y maestro) se basarán en la función preventiva, es decir, evitar que aparezca el problema, si no es posible, se apoyarán en el principio de Detección Temprana y Activación Temprana. Las medidas de refuerzo se establecerán en cualquier momento del ciclo, tan pronto como se detecten las dificultades y estarán dirigidas a garantizar la adquisición de los objetivos mínimos para continuar con el proceso educativo. Estas medidas podrán ser tanto organizativas como curriculares, dependiendo de las necesidades del alumno.

Una vez que se establece el problema que presenta el alumno, el Centro educativo desarrollará las acciones de carácter compensatorio en relación con los alumnos que los requieran. En el artículo 72, la Ley Orgánica 2/2006 establece que “Las Administraciones educativas dispondrán del profesorado de las especialidades correspondientes y de profesionales cualificados, así como de los medios y materiales precisos para la adecuada atención a este alumnado”.

Se pretende lograr que los alumnos alcancen su máximo desarrollo educativo a través de la adecuada organización y adaptaciones curriculares que el centro decida como oportunas. Del mismo modo, el centro podrá colaborar con otras Administraciones o entidades públicas o privadas para contribuir a la adecuada integración de estos escolares en el colegio.

Se han de adaptar las medidas oportunas para que los padres de estos alumnos reciban el adecuado asesoramiento individualizado, así como la información necesaria que les ayude en la educación de sus hijos.

Según la ORDEN EDU/1045/2007, de 12 de junio por la que se establece la implantación y desarrollo de la Educación Primaria en la Comunidad de Castilla y León, la intervención educativa debe “facilitar el aprendizaje de todos los alumnos y estará orientada a dar atención individualizada en función de las necesidades educativas concretas del alumno”.

En caso que los alumnos presenten necesidades educativas concretas, se elaborará un proceso llamado evaluación psicopedagógica, que es el paso previo a la intervención educativa. Para elaborar dicha evaluación psicopedagógica, el Consejo Escolar de Castilla y León ha establecido y elaborado modelos únicos de documentación.

1. Documento de derivación (identificación del alumnado con necesidad específica de apoyo educativo), conforme se establece en el *Anexo 2*.
2. Autorización de los padres o tutores legales para la realización de la evaluación psicopedagógica, conforme se establece en el *Anexo 3*.
3. Informe de evaluación psicopedagógica, conforme se establece en el *Anexo 4*.
4. Dictamen de escolarización, conforme se establece en el *Anexo 5*.
5. Opinión de la familia respecto a la propuesta de escolarización, conforme se establece en el *Anexo 6*.

El principal objetivo de la Atención a la Diversidad es conocer y comprender las necesidades educativas que presenten los alumnos, y de esta manera, poder intervenir de la manera más adecuada. Para ello, los docentes deben estar preparados y formados ya que cada alumno es único y diferente, y así poder ofrecer la respuesta educativa conveniente a cada uno de ellos. Por lo tanto, en este caso, se pretende mostrar la suficiente información sobre el trastorno de TDAH (síntomas, causas, metodología...) para que los docentes elaboren una intervención práctica en el aula adecuada para el alumno que presenta el trastorno.

No debemos olvidar la nueva reforma educativa, la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE), en la que el TDAH aparece incluido como necesidad específica de apoyo educativa en el artículo 71.2. Según la LOMCE:

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

Del mismo modo, se ha reconocido un nuevo artículo (79 bis) en el que se establece el derecho a la identificación y valoración de las necesidades educativas, pudiendo intervenir de la manera más temprana posible.

En las Cortes de Castilla y León, 29 de mayo de 2014, se aprobaron con el apoyo de todos los políticos otras propuestas no incluidas en la nueva Ley de Educación. Así, establecieron que “Potenciar la formación de los especialistas de la salud en TDAH promoviendo cursos específicos de TDAH y apoyando y colaborando en el desarrollo de jornadas y eventos que las asociaciones de TDAH puedan hacer al respecto”.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. ¿Qué es el TDAH? Prevalencia y tipología

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad es un trastorno psiquiátrico que afecta al aprendizaje y/o emociones del niño, teniendo grandes repercusiones para su futuro, tanto laboral como personal.

El TDAH es un trastorno crónico y sus síntomas suelen manifestarse antes de los 7 años de edad. A lo largo del desarrollo del niño, sus síntomas pueden cambiar o disminuir; no obstante, se estima que más del 80% de los niños continuarán presentando problemas en la adolescencia, y entre el 30-65%, en la edad adulta.

Según Christopher Green (2000), se estima que entre un 2% y 5% de la población infantil padece dicho trastorno, siendo más frecuente en el sexo masculino (proporción 1 a 3 con respecto al femenino).

Los tres síntomas fundamentales del TDAH son: déficit de atención, impulsividad e hiperactividad. Según el *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV), dependiendo de qué síntoma predomine, se manifiestan tres tipos de trastornos: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención; Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo; Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado. De acuerdo con Mena, Nicolau, Salat, Tort y Romero (2006), las características y/o síntomas de cada subtipo son:

- **Tipo con predominio del déficit de atención** (TDAH-I): predomina el síntoma de inatención. Es un niño que parece estar muy despistado constantemente y olvida o pierde cosas a menudo. En el aula pasa desapercibido y aprende a un ritmo inferior que el resto de la clase. Suele traer las tareas a medias u olvidarlas, y su presentación suele ser muy desorganizada.

En ocasiones se le clasifica como un niño perezoso y sin motivación por estar en clase, se le suele ubicar en las últimas filas y no prestar la suficiente atención.

- **Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo** (TDAH-H): en el cual predomina la hiperactividad y/o la impulsividad. En este caso, el alumno habla constantemente e interrumpe en situaciones inadecuadas. Les cuesta mantenerse quieto en su sitio, moviéndose continuamente. Además, presenta dificultades para dedicarse a actividades o juegos tranquilos.
- **Tipo combinado** (TDAH-C): se mezclan los síntomas de desatención, hiperactividad e impulsividad.

4.2. Etiología del trastorno

En términos generales, todos los autores coinciden en que hoy en día las causas del TDH siguen siendo desconocidas. Sin embargo, se sabe que el origen del trastorno está

relacionado con factores hereditarios, problemas en algunas estructuras del cerebro y desbalances químicos (fenotipo), y complicaciones durante el embarazo o en el parto. Además, los factores psicosociales como el ambiente familiar o el entorno escolar son posibles agravantes en la sintomatología del trastorno; pero estos agentes raramente se pueden considerar como la causa que genera el trastorno.

Según Fernández, E., Vidal, I., Hogueras, L., Manzano, M^a., Martín, S., Pablos, M^a., Represa, I., Blanco, C., Villanueva, L., Rico, Y., López, B. (2009), aseguran que el TDAH se trata de un trastorno fundamentalmente genético, ya que se han demostrado factores de origen hereditario en un 70-80% de los casos.

Los síntomas del TDAH están relacionados con una alteración en la producción de los neurotransmisores noradrenalina (NA) y dopamina (DA); Ambos están implicados en la función atencional y la dopamina también en la regulación motora. Esta irregularidad de dopamina y noradrenalina provoca que varias zonas del cerebro no estén adecuadamente comunicadas a la hora de llevar a cabo una actividad. Las zonas afectadas según la Federación Española de ayuda al TDAH (2002) son:

- El córtex prefrontal, es la estructura del cerebro que se encarga de la función ejecutiva cómo planificar una acción, iniciarla, corregir los errores, evitar las distracciones y ser capaz de acabar la acción. Se ha comprobado que el córtex prefrontal de los niños con hiperactividad es más pequeño que el de los niños que no padecen el trastorno.
- El cuerpo calloso, es la zona del cerebro que se encarga de conectar los hemisferios derecho e izquierdo, coordinando las funciones de ambos.
- Los ganglios están formados por la corteza frontal, el cuerpo calloso y los ganglios basales- formado por el globus palidus y el núcleo caudado-. Se conoce que el globus palidus y el núcleo caudado son más pequeños en niños con TDAH; siendo estas regiones las encargadas de coordinar o filtrar la información que llega de otras zonas del cerebro. Dichas zonas están implicadas en el control de los impulsos. La corteza frontal tiene un papel clave en la memoria, atención, pensamiento y lenguaje.

Los factores biológicos pueden actuar negativamente durante el embarazo o entorno al nacimiento del niño, jugando un papel muy importante en la causa del trastorno. Los factores más importantes son: el bajo peso al nacer (multiplica por tres el riesgo de padecer TDAH), el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas durante el embarazo, complicaciones durante el parto y la hipertensión arterial, anemia o infección urinaria de la madre.

Según Castells (2006), los problemas metabólicos relacionados con la glándula del tiroides es un dato a tener en cuenta en los niños con hiperactividad.

No debemos olvidar que los factores psicosociales influyen notoriamente en los síntomas del trastorno. Situaciones como la inestabilidad familiar, problemas en las relaciones sociales, crianza inadecuada, trastornos psiquiátricos en los padres, bajo nivel socioeconómico, violencia doméstica, etc. son algunos de los agentes que repercuten negativamente sobre la conducta del niño. Además, un medio escolar desorganizado también provoca un deterioro de la conducta del niño y un mayor fracaso escolar.

Orjales (2005) y Green (2000) afirman que los niños con TDAH tienen más probabilidades de proceder de familias disfuncionales, sin ser este el motivo del trastorno. Además, también corroboran que los modelos de los padres y los patrones educativos pueden condicionar positiva o negativamente el curso de la sintomatología del trastorno.

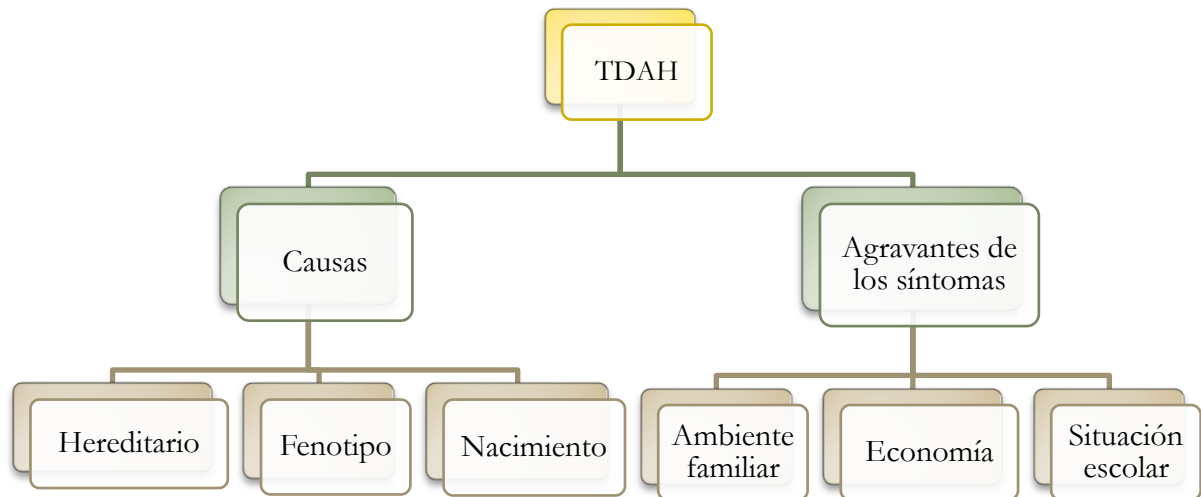


Figura 1. Las causas del TDAH

(elaboración propia)

4.3. Criterios diagnósticos

Un diagnóstico correcto es fundamental para una adecuada intervención posterior. Además, un diagnóstico precoz también es crucial para evitar posibles comorbilidades y evitar otro tipos de problemas que surgen a los largo del desarrollo del trastorno.

Las pruebas del diagnóstico deben estar hechas por especialistas del campo de medicina (psiquiatra y neuropediatra) o de psicología (psicólogo y neuropsicólogo), de una forma rigurosa. A través de los criterios diagnósticos recogidos en los manuales de clasificación para los trastornos psiquiátricos DSM-V (Asociación Americana de psiquiatría, APA) o CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, OMS), los profesionales podrán establecer un diagnóstico de Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.

Una reciente investigación realizada por la empresa Personia Applied Knowledge, que ha ganado la edición 2014 de los premios Emprendedor XXI en Extramadura, ha desarrollado un dispositivo de detección y análisis para el diagnóstico del TDAH. A través de un software, se puede identificar de forma objetiva si el paciente presenta o no el trastorno.

Se calcula que el diagnóstico tradicional para saber si un paciente presenta TDAH puede durar alrededor de unos 16 meses hasta conocer un diagnóstico certero. Durante este tiempo, el niño y su ambiente más cercano siguen expuestos a numerosas dificultades.

Por otro lado, el centro barcelonés especializado en el diagnóstico y tratamiento del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) INNEA, ha desarrollado un sistema de diagnóstico que permite conocer a través de un mapeo cerebral en 3D el resultado certero.

Esta técnica, “se centra en un escaneo no invasivo de la actividad cerebral del niño para observar qué zonas no funcionan con normalidad”, que combinado con el tratamiento tradicional (psicólogos, psiquiatras...) permiten determinar si el niño padece o no el trastorno y el subtipo que sufre.

A continuación, se detallan los criterios diagnósticos recogidos en los manuales DSM-V y CIE-10 como referencia para la evaluación del TDAH:

1.- Criterios Diagnósticos según el DSM-V:

Según los criterios diagnósticos de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-V), para determinar un trastorno por déficit de atención e hiperactividad, requiere la presencia de 6 síntomas de inatención o 6 de hiperactividad/impulsividad para el tipo inatento o hiperactivo/impulsivo, o síntomas en ambas áreas (seis síntomas de cada grupo) para el tipo combinado. Además, los síntomas deben estar presentes antes de los 12 años de edad en dos o más ambientes de la vida del niño y durar al menos 6 meses.

Criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad

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

1. Inatención

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

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

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

2. Hiperactividad e Impulsividad

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.- Criterios Diagnósticos CIE-10 según el OMS:

Déficit de atención (al menos 6 durante 6 meses)

- Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades
- Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego
- A menudo aparenta no escuchar lo que se dice
- Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones
- Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades
- A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental mantenido
- A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, tales como material escolar, libros, etc.
- Fácilmente se distrae ante estímulos externos
- Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias

Hiperactividad (al menos 3 durante 6 meses)

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

Impulsividad (al menos 1 durante 6 meses)

- Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas
- A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo
- A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros
- Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las consideraciones sociales
- Además se debe cumplir que:
- El inicio del trastorno no es posterior a los siete años
- Los criterios deben cumplirse en más de una situación
- Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral
- No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maníaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.

Además de realizar un diagnóstico exhaustivo utilizando los criterios, es importante tener en cuenta si los síntomas que el afectado presenta son de intensidad alta, moderada o leve y el impacto que recibe en su vida diaria. Igualmente, se debe conocer si los síntomas que presentan coexisten con otras alteraciones psicológicas o si presenta necesidades educativas. Todo el historial médico recogido, más la información transmitida por los

padres y personas cercanas (profesores, hermanos...), serán claves para establecer un diagnóstico de déficit de atención e hiperactividad y poder comenzar con la intervención y tratamiento adecuado.

4.3.1. Instrumentos de evaluación.

Según el Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad (2010), “Los instrumentos de evaluación del TDAH son un medio para obtener información estandarizada sobre las percepciones de los padres y docentes acerca de los problemas del niño” (p. 69).

Para un diagnóstico totalmente certero, se puede recurrir a otros sistemas de evaluación que determinen la presencia o no del TDAH en el paciente. Algunos de los instrumentos más utilizados según Castells (2006), Green (2000) y la Fundación CADAH (2012), son:

a) *Cuestionarios*

- a. **Escala de Conners.** Es uno de los instrumentos más utilizados. Su objetivo es detectar la presencia del trastorno a través de una evaluación de la información recogida a padres y profesores (*Anexo 7*).
- b. **Catálogo de conducta infantil de Achenbach.** El doctor Thomas Achenbach pretendía evaluar el funcionamiento conductual y emocional de los niños, sus problemas sociales y competencias. Se realiza a niños entre 6 y 18 años de edad, a través de varios puntajes donde se clasifica si tienen o los síntomas.
- c. **Escala para evaluar el TDAH de Barkley y DuPaul (ADHD).** Esta escala, está fundamentada en los criterios diagnósticos del DSM-IV para el TDAH. Concretamente, 9 de los ítems pertenecen a las características de inatención, y los otros 9 de la hiperactividad/impulsividad. Dicha escala está destinada tanto para padres como para maestros. Además, se han añadido 8 ítems correspondientes a los criterios DSM-IV para el trastorno Negativista Desafiante (TND) (*Anexo 8*).
- d. **Escala de actividad de Werry, Weiss y Peters.** “Sencillo cuestionario que permite recoger información de los padres y maestros sobre la conducta del niño en distintas situaciones para evaluar los controles del paciente. Se puntúa la actividad del niño en cada ítem, valorando de menos a más, del 0 al 2, y luego se hace la suma final” (Castells, 2006, p.76) (*Anexo 9*).
- e. **EDAH (Evaluación del trastorno para el déficit de Atención e Hiperactividad).** Con esta escala, se evalúa el trastorno para el déficit de atención e hiperactividad y los trastornos de conducta. Se realiza a niños de más de 6 años, hasta los 12 años. El objetivo es recaudar la suficiente información sobre la conducta del niño y así evaluar si existe o no el trastorno (*Anexo 10*).
- f. **Escala de problemas de atención infantil Edelbrock.** Cuestionario indicado para evaluar los problemas de inatención cuando no aparecen síntomas de hiperactividad (*Anexo 11*).

g. Escala de Magallanes. A través de esta escala, se evalúa la hipercinesia-hiperactividad, el déficit de atención y el déficit de reflexividad. Existe dos versiones, para padres y para maestros.

h. BASC (Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes). A través de este instrumento, se pretende evaluar los problemas de agresividad, hiperactividad, problemas de conducta, ansiedad, depresión, problemas de aprendizaje, así como problemas de adaptabilidad social. Está compuesto de un autoinforme, dos cuestionarios (uno para padres y otro para tutores), un sistema estructurado del desarrollo y un sistema de observación en el ambiente educativo.

b) Pruebas neuropsicológicas y de inteligencia

a. Test WISC-III. Escala Wechsler de Inteligencia para niños (WISC-IV). El objetivo de este test es evaluar el cociente intelectual. Está compuesto por varias escalas: comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo, y velocidad de procesamiento.

b. Test neuropsicológicos. Según Green (2000) los siguientes test tiene como objetivo evaluar la función del lóbulo frontal en los niños con TDAH. El test de *colores y palabras (STROOP)*, trata de evaluar funciones ejecutivas. Test de *Trail Making*, el cual trata de evaluar la velocidad y la flexibilidad mental. Test de *tarjetas de Winconsin*, se trata de un test de resolución de problemas y flexibilidad mental.

c. Test de Atención D2. Este test está indicado para niños mayores de 8 años, adolescentes o adultos. Su objetivo es evaluar la atención selectiva y la concentración.

d. Test de caras. Este test trata de evaluar las aptitudes perceptivas y de atención. Indicado a partir de los 6 años. “Consiste en una prueba perceptiva integrada por 60 elementos gráficos, que representan dibujos esquemáticos de caras con trazos muy elementales. Evalúa las aptitudes requeridas para percibir rápidamente semejanzas y diferencias con patrones estimulantes parcialmente ordenados” (Fundación CADAH, 2012)

c) Electroencefalograma (EEG). “El EEG estándar mide la actividad eléctrica cerebral. Los registros se obtienen a partir de unos electrodos colocados en distintos puntos del cráneo y son interpretados en un papel por un neurólogo, que se encarga de identificar las desviaciones más visibles con respecto a la pauta normal” (Green, 2000, p.308). Por lo tanto, el electroencefalograma es una herramienta de evaluación biológica que se puede utilizar a partir de los 6 años de edad. Junto con otras pruebas, ayuda a determinar la presencia o ausencia de TDAH en el niño.

d) Herramientas de evaluación psicopedagógica.

Tabla1. Herramientas de evaluación psicopedagógica

Nombre	Autor/editorial/año	¿Qué se evalúa?	Niveles
T.A.L.E. (Test de análisis de lectura y escritura), y T.A.L.E.C. (Test de análisis de lectura y escritura en catalán)	Cervera y Toro/ TEA Ediciones Cervera y Toro/ TEA Ediciones (1990)	Escritura: caligrafía, copia, dictado y redactado. Lectura de letras, sílabas, palabras y texto. Comprensión lectora.	Hasta 4º de Primaria.
CANALS (Pruebas psicopedagógicas de aprendizajes instrumentales) Versiones en castellano y catalán	Canals, Bosch, Monreal, Perera, Rius/ Editorial Onda (1988)	Velocidad lectora. Comprensión lectora. Dictado. Matemáticas: cálculo y resolución de problemas.	Primaria y Secundaria
PROESC (Evaluación de los procesos de escritura, primaria)	Cuetos, Ramos, Ruano/ TEA Ediciones (2002)	Dictado de sílabas, palabras, pseudopalabras y frases. Escritura de un cuento y redacción.	Primaria
PROLEC-R (Evaluación de los procesos lectores, primaria)	Cuetos, Ramos, Ruano/ TEA Ediciones (2007)	Identificación de letras: nombre y sonido de las letras y diferenciar palabras y pseudopalabras. Procesos léxicos. Procesos sintácticos. Procesos semánticos.	Primaria
PROLEC-SE (Evaluación de los procesos lectores, secundaria)	Ramos, Cuetos/ TEA Ediciones (2003)	Emparejamiento, dibujo-oración. Comprensión de textos. Estructura de un texto. Lectura de palabras. Lectura de pseudopalabras. Signos de puntuación.	Secundaria
IHE (Inventario de hábitos de estudio)	Fernández Pozar/ TEA Ediciones (1994)	Condiciones ambientales. Planificación del estudio. Uso de materiales. Asimilación de contenidos. Sinceridad.	Secundaria
CHTE (Cuestionarios de hábitos y técnicas de estudio) Versiones en Castellano y Catalán	Alvarez González, Fernández Valentín/ TEA Ediciones (1990)	Actitud hacia el estudio. Situación. Estado físico del escolar. Pan de trabajo. Técnicas de estudio. Exámenes y ejercicios. Trabajos.	Primaria y Secundaria
DIE (Diagnóstico integral del estudio)	Pérez Avellaneda, Rodríguez Corps, Cabezas Fernández y Polo Mingo/ TEA Ediciones (1999)	Actitud hacia el estudio. Autoconcepto académico. Resultados.	Primaria, Secundario y Bachillerato.

Fuente: *Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH en niños y adolescentes.*
Ministerio de Ciencia en Innovación (p. 78-79)

4.3.2. Situaciones y/o enfermedades que se suelen confundir con el TDAH

A la hora de realizar un diagnóstico, se debe tener en cuenta ciertas situaciones o enfermedades que presentan una sintomatología concomitante al trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Por lo tanto, no se debe confundir el TDAH con:

1. **Comportamientos propios de la edad en niños activos.** Durante la primera infancia, es innato que la mayoría de infantes se muevan sin cesar y actúen ruidosamente. Por lo tanto, es un error diagnosticar precipitadamente a los niños, ya que el exceso de movimiento se puede dar en un niño normal activo, sin que presente el trastorno. Según Castells (2006) también se puede dar el caso que algunos niños manifiesten síntomas hiperactivos ante determinadas situaciones como un ambiente familiar restrictivo que le impone inmovilidad y silencio.
2. **Retraso mental y alta capacidad intelectual.** En primer lugar, en cuanto a los niños con un cociente intelectual bajo es habitual que presenten síntomas de inatención y una conducta activa debido a su nivel de desarrollo. “Los niños con retraso mental tienen más probabilidades de tener también TDAH. Cuando ambos coexisten la conducta del niño no debe ajustarse a su capacidad intelectual, en caso contrario no le podremos diagnosticar un TDAH” (Green, C., 2000, p.78).
Respecto a los niños con un cociente intelectual elevado, ya que suelen estar en ambientes escolares poco estimulantes para ellos, suelen presentar síntomas de desatención.
3. **Deficiencias auditivas.** Los niños que presentan problemas auditivos pueden tener ciertas conductas de comportamiento atípicas, como ser más pasivos y distantes. Estos síntomas son menos intensos en niños con TDAH, aunque se puede confundir.
4. **Trastornos generalizados del desarrollo.** El caso del *autismo* u otros trastornos psicóticos como la *esquizofrenia* pueden presentar características muy parecidas al TDAH. Sin embargo, el diagnóstico entre ambos casos permite diferenciarlos claramente sin llegar a confundirlos, ya que por ejemplo los niños autistas presentan claras dificultades para relacionarse o comunicarse, y son, en cierto modo, niños obsesivos.
Según Green (2000), existe un subtipo de autismo que se caracteriza por la actividad frenética (subtipo “activo pero atípico”). Estos niños presentan una gran hiperactividad pero también son muy distantes y desapegados.
5. **Lesión cerebral.** En ocasiones se suele confundir una lesión cerebral con el TDAH, pues presentan conductas similares. Sin embargo, los síntomas de un niño que ha sufrido algún tipo de lesión cerebral son mucho más desmesuradas. Otra diferencia entre ambas enfermedades es que el TDAH es gradual, mientras que, una lesión cerebral se dará en un momento concreto, en el que se observará

un cambio radical en el comportamiento, aprendizaje y personalidad del niño posterior a su lesión.

6. **Intoxicaciones por metales.** En el caso del plomo y del aluminio, pueden provocar síntomas muy parecidos al TDAH, como el de hiperactividad, impulsividad o desatención (Castells, 2006).
7. **Medicamentos.** Según Castells (2006), se debe tener especial cuidado con los efectos secundarios de algunos medicamentos como tranquilizantes, broncodilatadores, etc., ya que pueden producir síntomas parecidos al TDAH.
8. **Trastornos de aprendizaje específico.** Según Green (2000), cuando un niño presenta un trastorno de aprendizaje específico se suele sentir frustrado y se desconcentra cuando está ante una situación difícil.
9. **Apneas obstructivas del sueño.** Se suele confundir el TDAH con niños que presentan dificultades para respirar mientras duermen. Estas dificultades respiratorias se deben a anomalías anatómicas que impiden el correcto paso del aire y una buena ventilación pulmonar. Por lo tanto, estos sujetos presentan a lo largo del día falta de atención, somnolencia, cefaleas y enuresis; síntomas muy similares que presentan los niños con TDAH.

4.3.3. Patologías frecuentemente asociadas

Según Castells (2006) un 65% de los individuos que padezcan TDAH pueden presentar otras alteraciones psicopatológicas. Para un tratamiento adecuado, es fundamental conocer qué patologías suelen tener asociadas. Las más frecuentes son:

1. **Trastornos de aprendizaje específico.** Aproximadamente un 50% de los niños con TDAH presentan trastornos de aprendizaje específico, lo cual no quiere decir que sea dicho trastorno el causante del TDAH (Green, 2000).

Los trastornos de aprendizaje más frecuentes en estos niños aparecen en la lectura, la escritura y el cálculo, también denominados dislexia, disgrafía y discalculia.

2. **Epilepsia.** Christopher Green (2000, 79) manifiesta que:

Los niños con epilepsia tienen más probabilidades de presentar TDAH. No es que la epilepsia cause TDAH, sino que la diferencia existente en el cerebro del niño se manifiesta a través de dos tipos de síntomas: epilepsia y TDAH. El perfecto control de la epilepsia raramente permite acabar con los problemas de conducta propios del TDAH. (p.79)

Se debe tener especial cuidado con los fármacos para tratar la epilepsia, pues estos excitan los síntomas del TDAH. En caso de observar que esto sucede, se deberá cambiar o modificar el tratamiento farmacológico.

- 3. Deficiencias auditivas.** En ocasiones, los niños inatentos no escuchan, esto puede ser ocasionado por una deficiencia auditiva leve. Esta pérdida auditiva no es el origen del TDAH, pero ayuda a agravar las dificultades de atención del niño.

“Ahora sabemos que los niños con TDAH y con trastornos de aprendizaje específicos tienen mayores probabilidades de presentar deficiencias auditivas leves” (Green, C., 2000, p.78).

- 4. Trastornos afectivos.** Los trastornos afectivos o del humor, son un grupo de enfermedades que pueden aparecer en niños, adolescentes y adultos. Consisten en alteraciones emocionales que provocan un estado de ánimo triste, deprimido, irritable o eufórico. También pueden generar alteraciones físicas de la energía, sueño, apetito y actividad.

Las enfermedades conocidas como trastornos del humor son las siguientes: depresión, donde hay episodios cortos (de al menos dos semanas) de estado anímico muy deprimido; distimia, existen períodos largos (de uno o dos años) de humor medianamente triste; enfermedad bipolar o maníaco depresiva, donde además de episodios de depresión hay episodios de manía, fuertes cambios de humor (euforia, irritabilidad), disminución de la necesidad de dormir, comportamiento hiperactivo y síntomas paranoides.

La depresión es un trastorno poco habitual en los infantes, pero cuando ocurre, tienden al aislamiento. Sin embargo, la sintomatología maníaca del trastorno bipolar puede esconder, en muchos aspectos, el cuadro clínico del TDAH.

Según la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad, los niños con TDAH tienen un riesgo 5 veces superior al de la población normal de padecer estos trastornos. De hecho, entre un 20 y un 30% de los niños con TDAH padecen un trastorno afectivo.

- 5. Trastorno oposicional/negativista desafiante.** El trastorno oposicional desafiante suele estar presente en el 50% de niños con TDAH, siendo más común en niños que en niñas. Además, suele manifestarse durante la infancia y la adolescencia temprana.

Los principales síntomas de este trastorno son la conducta negativista, como su nombre indica, el comportamiento desafiante, desobediente y hostil con sus figuras que representan autoridad (padres, profesores, etc.).

Es un niño con tendencia a las rabietas, a discutir con adultos, no cumplir las normas, culpar a los demás de sus errores, sensible a los comentarios de otros, siente mucho resentimiento y suele mostrarse rencoroso y vengativo (Castells, 2006).

Hasta el 40% de los niños con trastorno oposicional desafiante desarrollan la forma más severa de trastornos de comportamiento: el trastorno de la conducta.

- 6. Trastorno de disocial o de conducta.** Este trastorno lo presentan entre el 30 y el 50% de los niños con TDAH. Suele producirse en la adolescencia; al tener tantos problemas en el colegio y con los padres, los jóvenes acaban por desafiar

todas las reglas, oponerse a todo y empiezan a faltar a clase, escaparse de casa, etc.

Los adolescentes con trastorno de conducta rompen repetidamente las normas sociales y se saltan los derechos de los demás, pudiendo llegar hasta la delincuencia juvenil.

En ocasiones, el problema de comportamiento del niño puede comenzar siendo un trastorno negativista desafiante, seguidamente presentar trastorno disocial o de conducta, y finalmente, desarrollar un trastorno antisocial de la personalidad. Este último se caracteriza por el desprecio y violación de los derechos de los demás.

Según Castells (2006), cuanta más edad presentan los pacientes con TDAH, más probabilidades existen que tengan el trastorno de conducta asociado. Además, si el trastorno por déficit de atención e hiperactividad no recibe el tratamiento adecuado, los niños pueden desarrollar con mayor frecuencia conductas agresivas y/o antisociales.

Los estudios indican que entre un 1,5% y un 3,4% de los jóvenes pueden sufrir este problema, siendo entre 3 y 5 veces más frecuente en chicos que en chicas.

- 7. Trastorno de ansiedad.** Debido a la dificultad que presentan los casos con TDAH a responder a las múltiples exigencias que les rodea, pueden llegar a desarrollar el trastorno por ansiedad, siendo frecuente en un 25% de la población con TDAH.

Este trastorno provoca un sufrimiento excesivo en el niño cuando se lo separa de sus padres. La ansiedad por separación suele ser una causa frecuente de rechazo y fracaso escolar; el niño se resiste constantemente a ir a la escuela y cuando lo hace puede presentar síntomas como dolores de cabeza, de estómago o vómitos.

- 8. Trastornos del sueño.** Las características de los niños con TDAH respecto al sueño son: problemas para conciliar y mantener el sueño; les cuesta dormirse, se despiertan de noche o muy temprano por la mañana. Además, pueden presentar somniloquio (hablan dormidos), terrores nocturnos, pesadillas, movimientos involuntarios y sonambulismo.

Otros trastornos menos habituales en niños con TDAH son el síndrome de la Tourette (emisión repetida de tics motores y verbales), el trastorno obsesivo-compulsivo, los desórdenes en la comunicación (alteraciones en el desarrollo del lenguaje expresivo y comprensivo) y trastornos de la coordinación.

A su vez, el niño con TDAH tiene cuatro veces más posibilidades de sufrir accidentes y lesiones graves que el niño sin este trastorno (fracturas óseas, traumatismos craneo-encefálicos, rotura de dientes, etc.), debido a su impulsividad y a la presencia de trastornos de la coordinación motora.

Tabla 2. Comorbilidad con TDAH

Trastorno	Tasa aproximada en niños con TDAH
Trastornos de aprendizaje	Entre el 8% y 39% presentan el trastorno de lectura, del 12% al 30% el trastorno de cálculo
Trastorno del desarrollo de la coordinación motora/ retraso de la coordinación motora	47% y 52% respectivamente
Trastornos del desarrollo del habla, trastornos expresivos	35% y 10-54% respectivamente
Trastornos generalizados del desarrollo	Hasta un 26% de los niños con trastorno generalizado del desarrollo (TGD) pueden presentar TDAH tipo combinado
Trastorno negativista desafiante	Entre el 40% y el 60%
Trastorno disocial	14,3%
Síndrome de Tourette	10,9%
Trastorno por abuso de sustancias	En la adolescencia el riesgo es 2-5 veces mayor que en controles normales, si hay comorbilidad con trastorno disocial.
Trastorno del estado de ánimo: depresión mayor/ trastorno bipolar	3,8% y 2,2% respectivamente
Trastorno de ansiedad (angustia, fobia, obsesivo compulsivo, ansiedad generalizada, ansiedad de separación)	Entre el 25 y el 35%
Trastorno del sueño	Entre el 30 y el 60%

Fuente: *Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH en niños y adolescentes.*
 Ministerio de Ciencia en Innovación. (p. 78-79)

4.3.4. Mitos del TDAH

Para un adecuado conocimiento sobre el TDAH y su correcta evolución, es importante desterrar los mitos y creencias erróneas que suelen asociarse a esta patología y que inducen a error. Estas falsas afirmaciones surgen día a día en base al desconocimiento que se tiene de la enfermedad y de la falta de información.

Por lo tanto, este tipo de falacias únicamente genera en las familias y educadores sentimientos de frustración, y en los niños problemas de etiquetaje e incomprensión que no ayudan a la vida del afectado. Algunos de los mitos más destacados según la Fundación CADAH (2012), García y Magaz (2003), y Green (2000) son:

- *La causa del TDAH es debido a la mala crianza y educación de los padres, así como ciertas alergias alimenticias.* La causa del TDAH es debido a problemas en el Sistema Nervioso Central u otros problemas biológicos.

- *El consumo en grandes cantidades de televisión, videojuegos y una alta exposición a estímulos visuales luminosos causan la aparición del cuadro de síntomas.* No causan su aparición, influyen en el agravamiento de los síntomas.
- *El TDAH es una enfermedad inventada por la industria farmacéutica.* Está estudiando y demostrado empíricamente que este trastorno existe. Las personas que lo parecen pueden hablar de los síntomas.
- *El Tratamiento del TDAH deber ser primero sin medicación, y si no mejora se puede usar medicación, porque los fármacos son peligrosos.* Los fármacos llevan más de 50 años en el mercado, por lo que se ha podido comprobado con creces su eficacia y seguridad.
- *El TDAH sólo afecta a niños y desaparece en el adolescente.* “Hay que reconocer que la mayoría de los niños con TDAH mejoran bastante en lo que a monitorización de su comportamiento se refiere al convertirse en adolescentes, pero generalmente siguen rindiendo muy por debajo de sus posibilidades en los estudios” (Green, 2000, p.283).
- *La medicación produce problemas en el desarrollo del niño.* Como hemos dicho anteriormente, los efectos y eficacia del fármaco están comprobados, por lo que esta medicación no produce ningún cambio en el desarrollo físico del niño.
- *El TDAH sólo afecta a los niños y no a las niñas.* El trastorno no está asociado al género. Está comprobado que las niñas también sufren TDAH, más comúnmente de tipo inatento.
- *Los niños con TDAH son motrizmente torpes.* “Lo centros reguladores de la motricidad gruesa y fina son diferentes de las estructuras cerebrales implicadas en DAH” (García y Magaz, 2003, p.33).
- *Los niños con TDAH tiene tendencia al consumo de sustancias aditivas.* Debido a la cantidad de reprimendas por sus conductas, frustraciones, rechazos, no es de extrañar que los niños con dicho trastorno busquen algún tipo de “salida”. Esta adicción la pueden tener personas sin el trastorno.
- *El trastorno está provocado por factores sociales de la época actual, tales como: escasez de relaciones familiares, exigencias escolares, influencia de video-juegos, etc.* Todos estos factores influyen en el agravamiento del TDAH, pero no son la causa.
- *Un niño con TDAH puede identificarse desde que empieza a andar.* Hasta la edad de los 5/6 años no se puede dar un claro diagnóstico.
- *Una dieta adecuada reduce notablemente la hiperactividad y facilita la atención.* “La realidad es que nunca se ha demostrado de manera concluyente la veracidad de esta hipótesis” (p.64). La dieta no puede sustituir el papel de los docentes ni de los padres en cuanto al control del comportamiento del niño.
- *El tratamiento farmacológico durante unos años normaliza el cerebro y resuelve el problema de inatención e hiperactividad.* “Los fármacos cuando son eficaces, se consideran una ayuda, similar a unas muletas para la persona que acaba de ser operada de una pierna” (9.67).
- *Lo mejor para el desarrollo adecuado de los niños con TDAH es que asistan a Colegios Especiales, adecuados a sus características.* Estos niños únicamente necesitan un diagnóstico temprano y una adaptación metodológica (si es necesario), para poder llevar una vida escolar normal.

- *Estos niños sólo necesitan un poco de mano dura.* Esta creencia es totalmente errónea, ya que por más estricto que se quiera ser, sus comportamientos y movimientos son involuntarios, y únicamente se puede generar oposición y resentimiento.

4.4. El tratamiento multidisciplinar o multimodal

Tratamiento del TDAH debe realizarse teniendo en cuenta tanto a los pacientes como a sus familias. Para que el tratamiento sea efectivo y no contraproducente, se debe llevar a cabo de un modo multidisciplinar y global, es decir, teniendo en cuenta tres vertientes: farmacológico, psicológico y pedagógico. El principal objetivo de estos tratamientos es el de mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante la disminución de síntomas y complicaciones que produce el trastorno.

4.4.1. El tratamiento con medicación

Según Castells (2006), un tratamiento eficaz va desde la utilización de fármacos específicos, pasando por ciertas pautas alimenticias, y complementado con una adecuada forma de vida del niño.

El tratamiento farmacológico para reducir los síntomas básicos del trastorno son los psicoestimulantes y los medicamentos no estimulantes. Fernández et al (2009), los psicoestimulantes más utilizados son el metilfenidato (nombres de marca: Concerta, Ritalin, Medikinet, Rubifen), dextroanfetamina (nombres de marca: Dexedrina, Dextrosat), y una mezcla racémica de d-anfetamina y l-anfetamina (nombre de marca: Aderall) y pemolina (nombre de marca: Cylert). Los psicoestimulantes actúan sobre los neurotransmisores dopamina y noradrenalina, reduciendo el movimiento, aumentando la capacidad atencional, facilitando la interiorización de instrucciones y reduciendo la impulsividad.

En cuando a los fármacos no estimulantes, según la fundación ADANA (2009), encontramos los antidepresivos, en éste la respuesta al tratamiento puede variar de muy buena a moderada. También hay otro grupo de medicamentos como los neurolépticos, cuya utilidad contra los síntomas del TDAH es poco eficaz a nivel cognitivo.

No debemos olvidar que la intervención farmacológica debe ser decidida y conducida por un profesional de la medicina. La elección de la medicación se realizará en función de la existencia de otros trastornos asociados y sus efectos adversos. La fundación TDAHYTU no recomienda el uso de medicación en niños con TDAH en edad preescolar.

4.4.2. Tratamiento psicológico

La intervención psicológica es un tratamiento que se basa en el uso de procedimientos conductuales con el objetivo de que los niños con TDAH sean capaces de llevar una vida normalizada. Para que el tratamiento sea eficaz, es necesario contar con la colaboración y participación de las familias y del centro educativo.

En el tratamiento psicológico se debe tratar de informar sobre el trastorno tanto a las familias, afectados, como a los docentes, y de este modo sepan a qué se van a enfrentar.

También es importante abordar el entrenamiento de las habilidades sociales y técnicas para mejorar la autoestima, así como estrategias para el manejo de la conducta.

Dicho tratamiento resulta muy apropiado ya que se trabaja de una manera más específica. Se puede llevar a cabo mediante grupos pequeños, en parejas o individualmente. Trata de ayudar a los niños a solventar sus dificultades en el control de la conducta y emociones a través de un control externo de la mima (este lo fomentan los padres, especialistas y profesores), para poco a poco conseguir que sea el propio niño el que interiorice y adquiera su autocontrol tanto en el ámbito familiar, social como académico.

Mediante el control externo, se le refuerza al niño para que incremente su autoestima y la sensación de autoeficacia, y de esta manera conseguimos que él mismo se motive para ejercer dichas instrucciones de una forma autónoma (lenguaje interno o autoinstrucciones).

4.4.3. Tratamiento psicopedagógico

Según Mena et al. (2006) el tratamiento pedagógico tiene como intención, la mejora de las habilidades académicas del niño y su comportamiento mientras estudia o a la hora de realizar las tareas. También pretende instaurar un hábito de estudio al niño que debido a sus dificultades, no lo suele tener. Podemos encontrar niños que muestren características de déficit de atención y/o impulsividad y/o hiperactividad, pero que no representan ningún tipo de dificultad o impedimento en su vida social, académica, familiar y personal.

Por otro lado, la fundación ANDANA (2009) sostiene que esta intervención implica el entrenamiento a profesionales de la educación respecto al manejo de técnicas como el refuerzo positivo, la extinción, el uso de tiempo fuera o la economía de fichas. También se pretende que den mayor importancia a las conductas adecuadas del niño, y no únicamente a los comportamientos molestos o poco adecuados. Más adelante, en la intervención (*véase en la página 28*) se ofrecen pautas más concretas.

4.4.4. Entrenamiento a los padres

No debemos olvidar el papel fundamental que tiene los padres en la educación de los niños. En el caso de los padres con hijos afectados por el trastorno, pueden presentar ciertos sentimientos frustración, tristeza, baja autoestima e incluso problemas maritales debido a la dificultad que presenta el control de un niño con TDAH. Son dichos problemas los que hacen que en ocasiones los padres acudan a un especialista.

Para que el tratamiento sea más exitoso, es necesario que los padres conozcan los detalles del trastorno. Por esto, el programa de tratamiento debe incluir técnicas orientadas a aumentar el conocimiento de los padres respecto al trastorno, así como técnicas que les ayuden a controlar el comportamiento del niño.

Algunas estrategias que deben seguir los padres según la Federación Española de ayuda al TDAH (2002) son:

- Que sean firmes y objetivos con las normas.

- Definir las reglas y las consecuencias que trae según sus comportamientos.
- Aumentar la estructura y el orden de la casa.
- Establecer rutinas estables y predecibles para estructurar el tiempo.
- Eliminar ruidos y distracciones que perturben su comportamiento.
- Motivar al niño.
- Aumentar la disciplina haciendo que el niño sufra las consecuencias de saltarse las normas.
- Evite las discusiones y los gritos.

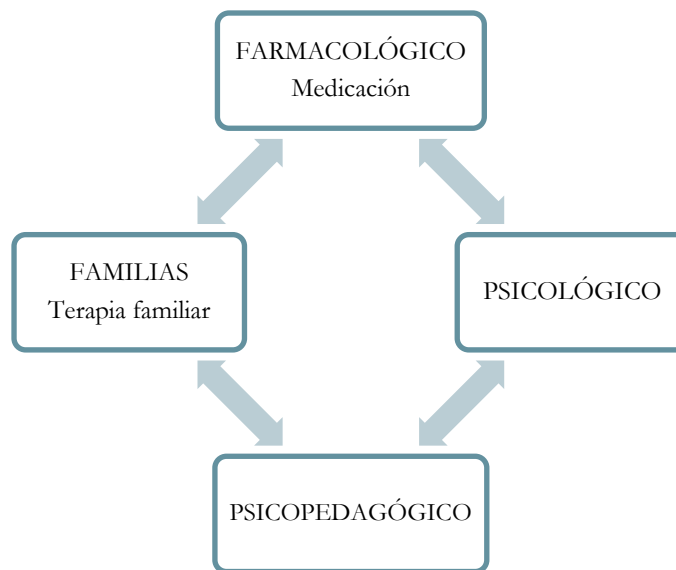


Figura 2. El tratamiento multidisciplinar
(*elaboración propia*)

En el *anexo 12* se facilitan algunas direcciones de contacto de las numerosas asociaciones de TDAH que existen en España.

4.5. Pronóstico: El TDAH en la edad adulta

Según Isabel Orjales (2005) cuando el trastorno se detecta en los primeros años de edad escolar y se recibe el tratamiento adecuado, un gran número de niños tienen amplias posibilidades de superar el problema sin mayor dificultad. Además, Mena et al. (2006), consideran que a pesar de que el diagnóstico se produzca por primera vez en la adolescencia o en la edad adulta, no significa que sea imposible solucionar los problemas que genera el trastorno.

No obstante, cuando el trastorno no recibe el tratamiento adecuado, después de la adolescencia los problemas con estudios dan paso a los problemas laborales. Las conductas impulsivas e hiperactivas suelen disminuir, pero sin embargo, se mantiene la inquietud y la tendencia a cometer actos impulsivos (Green, 2000).

Algunas de las alteraciones que presentan los adultos con TDAH son: el bajo rendimiento académico, la complicación al medio laboral, falta de autoestima, incurren en actos delictivos, dificultades en las relaciones interpersonales, los problemas en la conducción de vehículos, trastornos psiquiátricos asociados y un elevado consumo de sustancias tóxicas.

La fundación CADAH (2012) describe algunas de las manifestaciones características de los adultos con TDAH. Son las siguientes:

- Se ha descrito para los adultos con TDAH, consecuentemente, una menor estabilidad laboral.
- Los adultos con TDAH son personas "con mucha energía" y "siempre en marcha".
- Hablan excesivamente. Además, "La mayoría de los adultos con TDAH hablan bien, pero algunos de ellos se van por las ramas" (Green, 2000, p.242)
- Interrumpen para responder antes de que hayan terminado de formularles la pregunta. Además se entrometen frecuentemente en conversaciones ajenas.
- Son impacientes y presentan dificultades para esperar el turno en situaciones de grupo (se les hace pesado hacer cola en una tienda o en un atasco en la carretera).
- Las personas adultas con TDAH cometen errores o descuidos en el trabajo, especialmente porque son desorganizados, se distraen fácilmente, o tienen problemas de concentración para aquellas actividades que encuentran aburridas.
- Son personas soñadoras y parece que no escuchan cuando se les habla.
- Suelen empezar muchos proyectos al mismo tiempo, aunque tienen problemas para finalizarlos, entre otras razones por una tendencia constante a aplazar las tareas indeseables hasta el último momento.
- Invierten mucho tiempo al día buscando las llaves, las herramientas, la cartera o la agenda. Además se les tacha de olvidadizos porque con facilidad olvidan nombres o cosas.
- Tienen dificultades para estar sentadas sin moverse o sin jugar con las manos y los pies. Incluso cuando el TDAH parece estar controlado conscientemente, suelen tener todavía dificultades para estar sentados en una silla o estar tumbados en la cama. Además sus parejas suelen comentarles que se mueven excesivamente mientras duermen.
- Existen en los adultos con TDAH más trastornos psiquiátricos comórbidos y más inclinación al consumo de sustancias tóxicas.

Según estudios de la fundación CADAH (2012) los trastornos psiquiátricos son uno de los problemas más relacionados con los adultos que padecen TDAH. Presentan un mayor riesgo de problemas de consumo de sustancias tóxicas, depresión, ansiedad y mayor peligro de accidentes de tráfico. De hecho, en España un 3% de adultos acuden al psiquiatra para tratar problemas de ansiedad, depresión o abuso de sustancias; y en realidad esas patologías son cuadros comórbidos de un TDAH de adulto no diagnosticado.

Un estudio realizado por numerosos investigadores ha demostrado que entre el 31% y el 75% de pacientes con trastorno por dependencia de alcohol presentan criterios DSM-IV de TDAH en la infancia. Del mismo modo, hasta un 35% de personas cocainómanas y un 17% de pacientes dependientes de la heroína, presentan los criterios del trastorno.

Algunos datos sobre la frecuencia de comorbilidad psiquiátrica en adultos con TDAH son (Barkley et al., 2011):

- Trastornos por consumo de alcohol 32 - 53 %
- Trastornos por otras drogodependencias 8 - 32 %
- Trastorno por ansiedad generalizada 24 - 43 %
- Trastorno distímico 19 - 37 %
- Trastorno depresivo mayor 16 - 31 %
- Trastorno de la personalidad antisocial 7 - 18 %
- Trastorno obsesivo compulsivo 2 - 14 %

En cuanto a las niñas con TDAH (tipo inatento) que reciben su primer diagnóstico en la edad adulta, suelen pasar por personas despistadas, distraídas y un tanto vagas. Cuando llegan a la edad adulta, estos síntomas suelen persistir y, si reciben un diagnóstico correcto, muestran una mejoría destacada en el rendimiento académico y laboral (Mena et al., 2006).

5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

La Atención a la Diversidad son un conjunto de acciones educativas con las que se pretende prevenir y dar respuesta a las necesidades, transitorias o permanentes, de todo el alumnado de un centro. Por lo tanto, es una realidad que en los centros se encuentran alumnos con distintos desarrollos o capacidades, y como consecuencia se debe ofrecer a todos la formación educativa necesaria.

Concretamente, en este apartado nos vamos a centrar en algunas orientaciones y/o pautas que deben seguir los docentes para dar la respuesta educativa pertinente a los alumnos con TDAH. Estas orientaciones permiten regular y favorecer el proceso de aprendizaje del alumnado con dicho trastorno.

Es necesario que no sólo intervengan los profesionales de la educación, sino que exista un trabajo colaborativo junto con las familias y los servicios sanitarios, asegurando un trabajo coherente y, sobre todo, eficaz para el afectado.

5.1. Detección y diagnóstico

La escuela es uno de los lugares donde primero se observa si el niño puede sufrir o no TDAH. Debido a la exigencia de atención y el cumplimiento de normas, son los docentes uno de los primeros en observar las conductas inadecuadas del alumno. Por lo tanto, es de vital importancia que los profesionales de la educación conozcan cómo detectar el trastorno, y así poder ofrecer una respuesta educativa lo más pronto posible.

La detección se puede llevar a cabo de manera informal a través de la observación directa del niño en diversas situaciones o a través de una observación formal mediante técnicas e instrumentos adecuados (*tal y como hemos indicado en el epígrafe 2.3.1.*).

El maestro lógicamente no es un especialista, pero sí tiene la responsabilidad de la detección y comunicación en el caso de sospecho al equipo de orientación si observa que determinadas conductas son semejantes a las características típicas del niño con TDAH.

A continuación, se muestran determinadas señales y características típicas del niño con el trastorno según su edad, a las que pueden estar atentos los maestros en caso de sospecha.

5.1.1. Señales de alerta

Según Green (2000) se deben tener en cuenta dos señales a la hora de detectar si un alumno presenta el trastorno o no.

1. *Bajo rendimiento académico.* La posibilidad de que un niño aparentemente inteligente tenga resultados bajos en sus notas puede ser una señal. Se deberá descartar si el alumno presenta un CI bajo o algún trastorno de aprendizaje específico.
2. *Problemas de conducta.* Comportamientos inadecuados, dificultades en las relaciones con los compañeros, son algunos de los problemas de conducta que suelen presentar los alumnos con TDAH.

5.1.2. Características según la edad

Una de las claves para detectar si un alumno presenta TDAH es conocer qué características son típicas de cada edad, y de este modo, poder diferenciarlas y no confundirlas con aspectos propios de la época del niño.

Castells (2006), defiende que la sintomatología del trastorno va cambiando según la edad del niño. Por lo tanto, cuando más pequeño es, más síntomas de hiperactividad presentan, pero a medida que va creciendo, se acentúan los síntomas de inatención.

- **Primera infancia.** De los 6/12 meses a los 5/6 años, la hiperactividad es el síntoma más habitual:
 - Molesta e interrumpe a sus compañeros.
 - Le cuesta permanecer sentado.
 - Les cuesta esperar su turno y compartir
 - Son agresivos (ocasionado por parte de sus iguales) y quedan aislados.
 - Lloran mucho.
 - El control sobre su propio cuerpo es muy escaso.
 - Retraso en el lenguaje y dificultades para aprender colores, números y las letras.
 - Retraso en la motricidad fina. Dificultad en el desarrollo gráfico.
 - Suelen presentar la autoestima baja y ser inmaduros emocionalmente.
- **Edad escolar.** A partir de los 6/7 años de edad hasta los 12 años, los alumnos con TDAH suelen:
 - Desaprovechar lo que se está explicando.
 - Alterara la actividad académica del resto de sus compañeros.
 - Presentar extrema variabilidad frente a distintas personas y actividades.

- Reacciona mejor en situaciones novedosas, frente a estímulos atractivos o en una relación uno a uno con el adulto.
 - No reflexiona, piensa o planea lo que va a hacer.
 - Escasa comprensión a nivel verbal.
 - Suele responder sin haber terminado de escuchar la pregunta, o contestar por escrito sin haber leído el enunciado.
 - La falta de reflexión hace que no aprendan de sus errores, ni piensen en las consecuencias de sus actos.
 - Realiza en tareas escolares incompletas.
 - Falta de organización, método y hábito de estudio.
 - Presentan inseguridad y baja autoestima.
 - No reconocen sus errores y culpan a otros de sus problemas.
 - Se distraen fácilmente.
 - Evitan realizar tareas en casa.
 - Se mueven continuamente.
- **Adolescencia.** Durante esta época los síntomas de hiperactividad son menos evidentes. A partir de los 11/12 años, los niños con TDAH:
- Rebelión, desafío a la autoridad y violación de las reglas.
 - Conducta irresponsable e inmadura.
 - Desorganización en su planificación de estudios.
 - Le falta independencia y responsabilidad.
 - Continúa presentando problemas de atención e impulsividad.
 - Sensación continua de inquietud.
 - No consigue estudiar/trabajar de forma independiente.
 - Tiene problemas en las relaciones sociales con sus compañeros.

Según el Ministerio de Ciencia e Innovación (2010), el TDAH de tipo inatento es el más habitual en las niñas. Las características más frecuentes son:

- Fantasear.
- Parsimonia en iniciar y realizar el trabajo escolar.
- Ansiedad por el resultado de su trabajo.
- Hablar demasiado.
- Intentar llamar la atención con comportamientos no adecuados a su edad.
- Hiperractividad emocional (romper a llorar de pronto, continuas rabietas...)

5.2. Intervención

A la hora de realizar la intervención educativa se debe tener en cuenta que cada alumno es diferente, por lo tanto, se debe adaptar a su situación tomando como referencia la evaluación realizada por el especialista.

Siguiendo la Guía para padres y profesionales de la educación y la medicina sobre el TDAH de Fernández et al (2009), enfocaremos la intervención desde las pautas y técnicas generales que debe seguir un profesor, y las estrategias necesarias para ayudarles en caso de presentar dificultades de aprendizaje.

5.2.1. Pautas generales para la intervención en la escuela

5.2.1.1. Entorno de trabajo

Suele ser bastante común sentar a los alumnos que causan problemas en las últimas filas, pero si lo que se pretende es ayudar a que el alumno aprenda, se debe **sentar en las primeras filas**. También es preferible que esté cerca del profesor para poder **mirarle directamente a los ojos** y así constatar que está atendiendo.

Además, es importante **mantenerlo alejado de cualquier distracción** como ventanas, murales, elementos decorativo, etc. Del mismo modo, es preferible que estén **sentados en pupitres individuales**, aunque si no es así, se puede sentar al niño afectado con los compañeros más tranquilos.

5.2.1.2. Metodología para dar clases (estrategia docente)

- El docente debe situarse cerca del niño para así captar su atención y poder supervisar si ha comprendido constantemente lo explicado.
- Mantener y captar la atención del alumno a través de:
 - explicaciones que les motiven
 - materiales novedosos y juegos que capten su interés
 - utilizar expresiones que les llamen la atención (“preparaos”, “y ahora veréis...”)
 - establecer contacto ocular
 - usar un tono de voz firme
 - instrucciones cortas y concisas
 - lenguaje positivo
 - participación habitual en clase
- “Menos es más”. Es preferible que estos niños tengan menos problemas a realizar para así terminar con el resto de compañeros. Es fundamental tener en cuenta la calidad y no la cantidad.
- Si es necesario, utilizar un tiempo extra para que termine los trabajos.
- Fragmenta las tareas o instrucciones en periodos cortos de tiempo. No utilice mitad de la clase para explicar y la siguiente para que ellos hagan ejercicios, de esta manera conseguirá que el alumno se distraiga constantemente.
- Es beneficioso para ellos explicar las asignaturas más difíciles al principio del día.
- Mantenga clara la rutina y la organización de las clases. Ayudar al alumno a organizarse las tareas (ser autónomo) y supervisar la agenda cuando sea necesario.
- Permítale la libertad de movimiento, tenerlos obligados a estar sentados durante horas únicamente empeorará su tendencia a distraerse.
- Acceda a que el alumno hablen consigo mismo (autoinstrucciones) o permítale realizar pequeños movimientos como garabatear o mover lápices.
- Se debe tener muy claro qué se espera del alumno y hasta dónde se pretende que llegue, y hacer conocedor de esto al propio niño.

- Repítale habitualmente las normas de clase y deje muy claro cuáles con las consecuencias del no cumplimiento.
- Darle toques o llamadas de atención que le ayuden a recuperar su atención durante las clases (se pueden pactar “señales privadas”).

1. Pocas normas y recordadas constantemente
2. Claras y comprensibles
3. Consecuencias estables y conocidas por ellos
4. Rutinas muy marcadas
5. Límites muy claros

Figura 3. Pautas de intervención

Fuente: *Junta de Castilla y León*

5.2.1.3. Herramientas básicas para el control del comportamiento

A continuación se exponen una serie de técnicas que ayudan a controlar el comportamiento del niño en clase. Las más importantes son las siguientes:

- **Refuerzo positivo.** Se trata de una estrategia en la que se debe reforzar los comportamientos adecuados del niño, consiguiendo así, que se den más a menudo. Según Mena et al. (2006), para su aplicación se tendrán en cuenta los siguientes puntos:
 - Elogiar conductas muy concretas.
 - Elogiar siempre de una forma sincera y verdadera.
 - Utilizar el refuerzo social, privilegios sencillos (pequeños encargos, más tiempo de recreo...) o pequeños premios.
- **Sistema de economía de fichas.** Según la fundación TDAHYTU “Este sistema pretende fomentar las buenas conductas (reforzamiento positivo – al conseguir fichas) y disminuir las conductas indeseadas (castigo negativo – al perder fichas). Se entregan fichas para premiar conductas que hemos establecido y una vez conseguido un número de fichas, se cambia por un elemento que se haya establecido previamente. Si el alumno se porta mal, pierde las fichas ganadas”.
- **Los contratos.** El objetivo de esta herramienta consiste en plasmar por escrito los acuerdos que tengan el profesor y el alumno, así como las consecuencias positivas o negativas que ello repercute. Debe existir un equilibrio entre lo que se pide y la recompensa. (*anexo 13*)
- **Extinción.** Se utiliza para reducir conductas inadecuadas. Se trata de dejar de atender a un comportamiento para evitar que se repita, es decir, no prestar atención, no mirar, no escuchar, ni hablar, ni razonar, actuar como si no hubiera pasado nada.
Intentar que el resto de la clase mantenga la conducta adecuada cuando se está llevando a cabo dicha técnica, ya que si no, no sería útil. Además, no se debe

recurrir a ella cuando la conducta del alumno pueda suponer un peligro para él o los demás niños.

Es muy importante persistir a pesar de sus quejas. Una vez finalizado el tiempo fuera, el niño se incorporará a la actividad y no se hará ningún comentario a lo sucedido. No debemos pensar en esta técnica como un castigo.

- **Premios.** Ofrecer premios o recompensas hacia conductas que deseamos que se repitan otra vez. Estas deben ser variadas para que motiven al niño. Por ejemplo, podemos encargarle al niño que borre la pizarra, vaya a por ciertos recados, más tiempo de patio, etc.
- **Castigos.** Aunque es una técnica muy utilizada por la mayoría de los docentes, se debe tener claro que su efecto no es siempre el que se espera. Se suele pensar que cuanto más duro sea el castigo más mejorará la conducta del niño, sin embargo, es preferible que el castigo sea rápido. Para que esta técnica sea clara, se debe tener en cuenta los siguientes requisitos:
 - Aplicar el castigo en el momento en el que se produce la conducta.
 - Mantener informado al niño de cuáles van a ser las conductas que reciban castigo.
 - Evitar recordar otras cosas que hicieron días anteriores.
 - Los castigos no deben ser desproporcionados, ya que pueden confundir al niño.

Dos de los castigos más usados y con mejores resultado en el comportamiento de los niños son “el tiempo fuera” y “el costo de respuesta”.

- **Tiempo-fuera.** Esta estrategia consiste en aislar al niño durante un cierto periodo en un lugar donde no hayan otros estímulos. De esta manera, conseguiremos reducir determinadas conductas inadecuadas que, previamente se han pactado qué consecuencias pueden tener.
- **Costo de respuesta.** Consiste en la pérdida de un reforzador positivo (premio) que tenga habitualmente el niño. Por ejemplo, no dejar que borre la pizarra. Se deben quitar estos reforzadores durante un tiempo concreto.

5.2.1.4. Orientaciones para la evaluación

Algunas recomendaciones o pautas que se deben tener en cuenta a la hora de evaluar a los con alumnos con TDAH, según la Junta de Castilla y León, son:

- Evaluar preferiblemente a las primeras horas del día.
- Ofrecer más tiempo en caso de ser necesario.
- Permitirle que pregunte las dudas que le surgen.
- Adaptar el formato del examen a través de subrayados, negrita, y fragmentar el examen de manera que aparezca el suficiente espacio para cada pregunta.
- Reducir el número de ejercicios o preguntas: exigir calidad y no cantidad.
- Realizar exámenes cortos u orales.
- Ofrecerle ayudas como: recordar que revise el examen o supervisarlos antes de que lo entregue.

- Programar la fecha de los exámenes con cierto tiempo de antelación e informar a los padres y alumnos.

5.2.2. Aspectos concretos para trabajar con los niños con TDAH

Es habitual que los niños con TDAH presenten ciertas dificultades o trastornos de aprendizaje asociados, sobre todo, en la lectura, escritura, cálculo y matemáticas (Mena et al., 2006). Además, suelen tener asociados también el trastorno de coordinación, dificultando así sus movimientos motrices. No debemos olvidar sus graves problemas para controlar su ira o para mantener relaciones sociales.

A continuación, se exponen los errores y problemas más comunes que presentan los niños con TDAH en las áreas descritas anteriormente, y se ofrecen estrategias prácticas de intervención en el aula para responder adecuadamente a sus necesidades.

5.2.2.1. Lectura

Los problemas de lectura son de los más comunes en los niños con TDAH, dificultando aún más su rendimiento escolar. Estos niños presentan un gran problema para mantenerse concentrados mientras leen, por lo que la comprensión de enunciados y textos se dificulta todavía más, arrastrando el fracaso hacia las demás asignaturas. Los errores más comunes que nos encontramos respecto a la lectura son:

- **Omisiones:** olvidar leer una palabra, sílabas o determinadas letras.
- **Adiciones:** añadir letras o palabras.
- **Sustituciones de palabras:** cambiar letras y/o palabras por otras
- **Dificultad ante ciertas consonantes:** tr/bl/pr.
- **Repeticiones de palabras** (el niño vuelve a leer).
- **Baja comprensión lectora:** mala comprensión de enunciados y textos.
- **Lectura lenta, silabeada o precipitada.**
- **Incorrecta vocalización de las palabras.**
- **Pérdida ante la lectura.** En caso de hacer lectura grupal, suele perder el punto de seguida.
- **Desinterés ante la lectura.** Debido a fracasos anteriores o continuas reprimendas el niño no presenta motivación por la lectura.

Algunas de las **estrategias** para ayudar a mejorar la lectura con los alumnos que presenten dificultades son: motivar al niño mediante textos cortos y atractivos para él; en un principio, permitir la lectura silábica y el seguimiento de la lectura con el dedo, y poco a poco ir cambiando estas costumbres; evitar la corrección constante; elogiar y utilizar un lenguaje positivo; realizar una lectura individual en silencio previa a la lectura grupal para ayudarle a la comprensión o que el docente lea el texto; permitir que hagan los ejercicios de comprensión lectora en parejas; practicar la lectura en voz alta; destacar aquellos aspectos de la lectura donde se prevé que tenga errores (palabras difíciles, signos de puntuación...); fomentar el entrenamiento diario de lectura; resolver dudas de vocabulario antes de realizar la lectura, ya que el niño puede perder el interés por este.

5.2.2.2. Escritura

Las dificultades a la hora de escribir suelen estar asociadas a una pobre motricidad fina, que se refleja en la caligrafía irregular y poco organizada. Además, suelen tener faltas de ortografía porque les cuesta memorizar las reglas y aplicarlas. A menudo cometen los siguientes errores:

- Los errores más frecuentes son la unión de palabras, fragmentación, adición de letras, repetición de palabras o sílabas, omisión y sustitución de letras, sílabas o palabras.
- Tienen poco control del espacio, tienden a juntar líneas o separarlas demasiado.
- Les cuesta seguir el ritmo a la hora de tomar notas. Como por ejemplo en los dictados.
- Tiene dificultades para escribir tan rápido como piensan.

Para ayudarles a mejorar sus dificultades con la escritura, podemos utilizar las siguientes **estrategias**: ante ciertos errores, no obligar a cambiar el texto entero, únicamente aquellos que tiene mal; reforzar o elogiar positivamente ante aquellos fragmentos bien escritos tanto por su caligrafía como su ortografía; fomentar la memoria visual ante palabras de dificultad ortográfica ya sea con dibujos o relaciones lógicas; trabajar la ortografía sobre los errores más comunes; en caso de una mala caligrafía, reforzar la motricidad fina a través de ejercicios de preescritura; proporcionar tiempo para la corrección de sus propios errores; proponer actividades de corrección mutua o a compañeros; ser flexibles dentro de lo posible con los errores que cometa el alumno; construir un diccionario personal con aquellas palabras con las que tiene dificultades.

5.2.2.3. Dificultades matemáticas

Los alumnos con TDAH suelen tener dificultades en la actividades de numeración, cálculo y en la resolución de problemas. Debido a sus complicaciones, tienden a dejar los ejercicios a un lado, por lo que se pierde la práctica sistemática para adquirir dichas destrezas. Algunos de los errores más comunes

- Por sus dificultades en la **comprensión de los enunciados**, suelen interpretar inadecuadamente las instrucciones, cometiendo errores.
- **Cometen errores al realizar las operaciones**: colocación incorrecta de las cifras, confusión con el signo, etc.
- Gran dificultad para la comprensión de los **conceptos abstractos** matemáticos.

En cuanto a las dificultades matemáticas, algunas de las **estrategias** que podemos utilizar para ayudarles son: utilizar material o representaciones gráficas para ayudarles a comprender conceptos abstractos; utilizar estrategias visuales, para cada signo un color; realizar juegos donde se trabaje el cálculo mental, como le parchís; recordar los conceptos ya adquiridos; enseñar a subrayar los aspectos más importantes de los enunciados (datos, pregunta); acostumbrarlos a realizar representaciones del problema mediante dibujos

sencillos; exigir la comprobación del resultado; no obligarle a copiar todos los enunciados, permitiendo que preste más atención a la resolución del problema.

5.2.2.4. Habilidades motrices

Según la fundación CADAH (2012), hasta un 47% de los niños con TDAH sufren el trastorno de coordinación motora, provocando que sean niños muy torpes y con grandes dificultades para realizar actividades motoras finas (movimientos más específicos). Por lo tanto, estos alumnos no suelen tener dificultades a la hora de realizar movimientos como andar, correr, nadar o ir en bicicleta; sin embargo, sí que suelen tener problemas a la hora de realizar actividades como el baile, manejo de herramientas deportivas o tareas artísticas (dibujar, recortar).

Durante las clases de Educación Física, los niños se ven enfrentados a numerosas exigencias motoras las cuales les provocan numerosas dificultades para conseguir el objetivo. Estos problemas pueden afectar a la autoestima del niño, sintiéndose frustrado y desmotivado, ya que en esta asignatura el factor social juega un papel muy importante.

Algunas de las **estrategias** que se pueden seguir para ayudar a los alumnos a superar sus dificultades motrices más complejas son: ofrecerle el apoyo necesario sin llamar la atención del grupo; proporcionarle ayuda física, como intervenir en la actividad que le resulte costosa; mantener indicaciones gestuales y verbales con el alumno; adecuar el lenguaje al nivel de comprensión de los niños; usar diferentes métodos para transmitir la información, como oral, escrito, visual o gestual; uso de reforzadores positivos ante la conducta que queremos fortalecer; utilizar diferentes agrupamientos; muy importante, mantener una rutina.

Un aspecto muy importante es, realizar juegos cooperativos, los cuales permiten evitar situaciones de discriminación social, favoreciendo su desarrollo motriz en un clima motivador y positivo para él. Además, se deben realizar clases innovadoras que resulten atractivas para los alumnos, y actividades adaptadas a sus capacidades.

5.2.2.5. Autoestima

La autoestima es el sentimiento de aceptación o rechazo que tenemos sobre nosotros mismo. Es un concepto personal que vamos formando día a día con nuestras actuaciones, nuestras aptitudes para hacer algo, nuestra apariencia física, capacidad intelectual, los bienes materiales que poseamos y la alegría que en general sentimos en la vida diaria.

Por lo tanto, las personas que se sienten bien consigo mismas, que tienen una buena autoestima, son capaces de enfrentarse y resolver los problemas que le surgen a lo largo de su vida. Mientras que, los que tienen una autoestima baja presentan mayores problemas para actuar con decisión y suelen autolimitarse.

¿Por qué la mayoría de los niños con TDAH tienen una autoestima baja? Más del 50% de los niños con TDAH tienen sentimientos de inseguridad, de desconfianza o depresivos. Esto está provocado por las siguientes razones (Mena et al., 2006):

- Las continuas reprimendas y/o mensajes negativos que reciben por su comportamiento y actitudes.
- La confusión con niños maleducados, gandules o pasotas.
- Crecen sometidos a un mayor número de fracasos y errores, aunque su esfuerzo sea máximo. A raíz de este esfuerzo sin éxito, se sienten indefensos.
- Se encuentran con situaciones donde deben tener autocontrol y atención, no estando capacitados para ello.
- La desconfianza de las personas como profesores, padres y amigos en ellos.

La abaja autoestima en niños con TDAH se puede detectar de tres maneras: cuando expresa abiertamente sus dificultades, “No lo quiero hacer, pues me cuesta y no lo conseguiré”; Cuando el niño dice “no lo pienso hacer, esto es demasiado fácil”, en realidad se enmascara haciéndose el prepotente y la verdad es que le resulta difícil la tarea. No debemos confundirlo con un niño con una autoestima elevada; Por último, cuando un niño dice “lo haré después, que ahora no puedo”, está evitando hacer las tareas porque le resulta difícil. Trata de esconder su sensación de incapacidad.

¿Cómo mejorar su autoestima? La autoestima es una de las claves para que el rendimiento del alumno sea superior o inferior. Algunas de las pautas que se debe tener en cuenta para aumentar la autoestima del niño con TDAH son:

- Aceptar sus dificultades y fomentar sus puntos fuertes.
- Reforzar positivamente, elogiando su trabajo y esfuerzo.
- Ofrecerle nuestra confianza, dejando que nos ayude en ciertas tareas.
- Evitar la comunicación negativa, utilizar un lenguaje positivo que vaya desde el cariño y el respeto.
- Intentar no comparar al niño con el resto de sus compañeros.
- Potenciar la integración del alumno con su grupo de compañeros. A través de trabajos en grupos, se potencia la cooperación.
- Debemos ayudarle a buscar alternativa, no únicamente enseñarle lo que está mal o lo que está bien.
- Para llamarle la atención, evitar los gritos y las malas caras. Con un toque en el hombro o una mirada fija será suficiente.
- Fomentar la enseñanza desde la motivación para captar su atención y ofrecerle nuevos objetivos o responsabilidades, hará que el alumno se sienta más satisfecho en clase y por lo tanto, fortalecerá su autoestima.

En cuanto a los padres, sobre todo, deben intentar no etiquetar a su hijo, no ignorarle, reforzarle positivamente, mostrarle el cariño y valorar su esfuerzo. De esta manera se conseguirá aumentar la autoestima del niño.

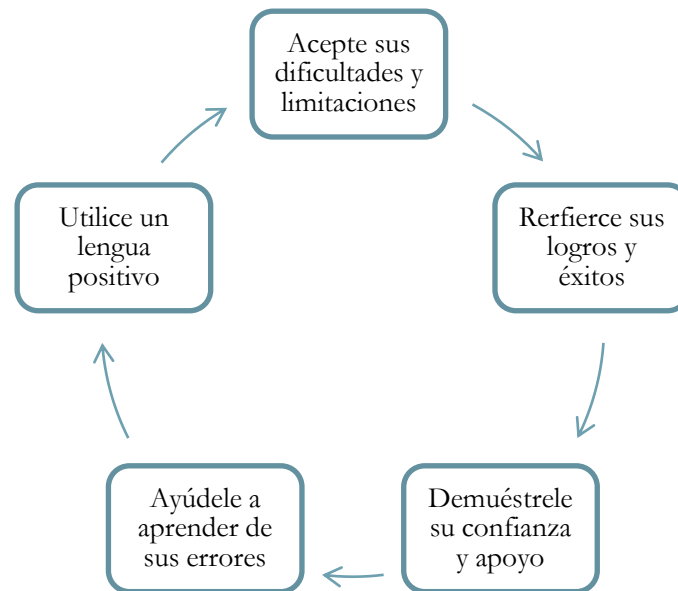


Figura 4: Claves para mejorar la autoestima.

Fuente: *Fernández et al (2009)*

Según Rocío Meca (2012), una técnica muy útil para trabajar la autoestima con los niños con la autoestima baja es “la técnica del espejo”. Este sistema está basado en la observación personal de cada uno, y la del entorno que nos rodea, frente a un espejo. Está destinada a trabajar tanto con niños como con adolescentes, aunque también es útil con adultos.

Antes de comenzar, es necesario recopilar información sobre el concepto que tienen los niños sobre ellos mismos. Para ello, podemos realizar preguntas como “¿Cuándo te miras al espejo, te ves guapo/a?”, “¿Piensas que tienes cosas buenas que aportar a los demás? ¿Cuáles?”, “¿Qué cambiarías de tu apariencia?”.

Una vez hemos recogido el punto de vista que presenta el niño sobre él mismo, deberemos situarlo frente a un espejo e ir haciéndole preguntas como “¿Qué ves en el espejo?”, “¿Cómo es la persona que te mira desde el espejo?”, “¿Qué cosas buenas tiene esa persona? ¿y malas?”, “¿Cambiarías algo de la persona del espejo?”. El objetivo es intentar hacer ver al niño sus puntos positivos, que aprenda a valorarlos y a aceptarse tal y como es.

5.2.2.6. Habilidades sociales

Según la Fernández et al (2009), las habilidades sociales son estrategias y recursos que utilizamos los seres humanos para mantener relaciones o interactuar con un grupo de iguales, en diferentes ámbitos. Las relaciones sociales positivas durante la niñez, nos ayudan a ser felices en la edad adulta, ya que fomentan la autoestima y la capacidad de logros.

Puesto que estas habilidades son aprendidas con el tiempo, debemos mostrarle a los niños qué pautas deberían seguir, independientemente de si el alumno presenta o no el trastorno. Orjales (2005) asiente que los niños con TDAH presentan habilidades interpersonales más deficientes en comparación con los niños que no presentan el trastorno. Esto se puede dar debido a su impulsividad, el reclamo constante e inadecuado

de atención social y la regulación de sus propias reacciones emocionales (Fundación CADAH, 2012).

Desde la escuela, debemos fomentar ciertas **estrategias** que les ayuden a mejorar sus relaciones sociales. Algunas de ellas, descritas en la guía para el profesorado del Gobierno de Navarra (2012), son:

- Dejar un tiempo dedicado a la enseñanza de habilidades sociales.
- Ayudar al alumnado a entender las señales de su entorno (expresiones faciales, gestos, señales de peligro, situaciones sociales...), enseñarle alternativas de respuesta adecuada.
- Ayudarle a analizar las consecuencias de sus actos, para así poder adaptar su comportamiento a las diferentes situaciones.
- Fomentar las relaciones con sus iguales mediante juego social, trabajo en grupo...
- Establecer una relación de respeto, utilizando por parte del profesor un lenguaje claro y conciso.
- Trabajar las estrategias pro-sociales creando un adecuado clima de aula basado en el compromiso a la norma, el modelado de conducta a través del profesor y de alumnado que puede ejercer un liderazgo positivo...
- Entrenar en resolución de conflictos.
- Reflexionar y enseñar elementos expresivos, receptivos e interactivos de la comunicación, para aprender a ajustar el lenguaje en las relaciones sociales.

En la 11ª conferencia de la Jornada sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, el doctor Russell Barkley, catedrático de Psiquiatría Clínica de la Universidad de Medicina de Carolina del Sur, aclaró que “trabajar el control emocional es el mejor tratamiento para el Déficit de Atención e Hiperactividad ya que no se trata de un problema de conocimiento sino de incapacidad para manejar las emociones. El tratamiento farmacológico no es suficiente, son necesarias intervenciones sociales”.

5.2.2.7. Autocontrol

Entre los síntomas que presentan los niños con TDAH, están la impulsividad y la hiperactividad. Ambas características no permiten que el niño tenga un autocontrol a la hora de realizar determinadas tareas, mantener conversaciones o ante las emociones. Por lo tanto, dificulta tanto su vida diaria como su vida escolar, ya que realiza actos que están fuera de lugar.

A la hora de realizar determinadas tareas escolares, el niño impulsivo tiene tendencia a realizar muy rápido las actividades, cometiendo fallos y no prestando atención a su cometido. Por lo tanto, desde la escuela, para que el niño llegue a autocontrolarse a la hora de realizar sus ejercicios, podemos ofrecer una técnica muy útil: las **autoinstrucciones** (*Anexo 14*).

Dicha estrategia proviene de la psicología cognitiva, y pretende que el alumno se dé instrucciones o pautas a sí mismo, dirigiendo su propia actuación. Para ello, el docente o

psicólogo le ofrecerá instrucciones que el alumno deberá seguir a la hora de realizar determinados ejercicios que les resultan difíciles. Unos pasos pueden ser estos:

1. ¿Qué tengo que hacer?
2. ¿Cómo lo tengo que hacer? (Subrayar pregunta, datos importantes, despacio...)
3. Lo estoy haciendo bastante bien (autorrefuerzo)
4. Si no he alcanzado el objetivo propuesto, afrontar el error e ir más despacio la próxima vez.

Por otro lado, mediante las diferentes técnicas de **relajación**, también podemos ayudar a los niños a controlar su impulsividad o rabia ante determinadas situaciones. Una técnica muy útil es la de “la tortuga”. Para la aplicación de esta herramienta, en primer lugar, el docente explicará el cuento (*anexo 15*) y de este modo, el niño se puede identificar con el personaje. Seguidamente, ante una situación muy estresante, el profesor dice la palabra “tortuga” y el niño adopta la posición previamente explicada (van escondiendo su cabeza y sus patas, el niño se va encogiendo y tensando los músculos de las piernas, brazos y cuello. Mantienen la posición unos segundos y a continuación, vuelven relajadamente a la posición inicial).

5.2.2.8. Atención

Otro de los síntomas, aparte de la hiperactividad y la impulsividad, que destaca a los niños con TDAH es el déficit de atención. La dificultad para estar atento ante determinadas situaciones, complican la vida del afectado. Sobre todo, en la escuela, estos niños ven limitado su aprendizaje debido a las complicaciones que presentan para concentrarse y estar atentos.

Estos alumnos suelen presentar un cociente intelectual dentro del grupo normativo (entre 80 y 115), sin embargo, sí que suelen tener asociados problemas específicos de aprendizaje como la dislexia, discalculia o la disgrafía.

Para controlar atraer, motivar y mantener atentos a estos niños, se pueden seguir las siguientes estrategias: presentar la información acompañada de esquemas o imágenes, no sólo oralmente; instrucciones claras y concisas, adaptadas a la capacidad del niño; mantener el contacto visual, darle toques; sentar al alumno en aquellos sitios donde haya pocos elementos de distracción; presentar actividades de forma estimulante, y repetir varias veces las instrucciones; normalizar sus problemas y errores, tratar de ayudarlo y no de reprimirlo.

5.2.3. Protocolo de actuación del docente y del centro

A través de este apartado se pretende mostrar cuáles son las pautas de actuación que debe seguir el docente y el centro en caso de sospechar que un alumno presente TDAH. Para elaborar dichas fases de actuación, nos hemos basado en el Protocolo de Coordinación establecido por la consejería de Educación y la consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León (2009). Dicho programa pretende conseguir “una coordinación

efectiva y global en el abordaje de esta patología, facilitando cauces de comunicación y actuación entre profesionales de los Servicios Sanitarios y Educativos, y el menor afectado y su familia con el objeto de garantizar el éxito de las intervenciones y la continuidad asistencial a lo largo de todo el proceso.” (p.7).

El protocolo de actuación está dividido en tres fases:

- Fase 1: Detección Temprana del TDAH.
- Fase 2: Diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria.
- Fase 3: Diagnóstico y Tratamiento en Atención Especializada.

Fase 1: Detección Temprana del TDAH

El objetivo de esta primera fase es que el círculo más cercano al niño (padres, profesores, médicos) observen conductas inadecuadas o síntomas sospechosos de TDAH, ya que son un pilar básico para la detección temprana.

Si los padres, médicos o profesores lo creen necesario, informarán al Equipo de orientación de las sospechas pertinentes sobre la presencia del trastorno en el niño. En este caso, el orientador iniciará un protocolo de actuación para detectar o no la presencia de TDAH en el niño, si lo cree indispensable.

En primer lugar, el orientador realizará un pre-evaluación que consta de la recogida de información a través de: escalas de evaluación específica de TDAH (*véase en la página 20*), entrevista con la familia y profesores, y observación del niño en el aula. En segundo lugar, si el orientador observa que posiblemente se trate de un caso con el trastorno, procederá a elaborar un informe de derivación a los Servicios Sanitarios (*Anexo 16*).

Seguidamente, si “el resultado de la valoración previa del orientador educativo apunta a un posible TDAH, éste solicitará la autorización de la familia para realizar el traslado del informe de derivación a los Servicios Sanitarios.” (p.14).

Una vez valorado el diagnóstico, el orientador evaluará las necesidades educativas que presente el alumno. De este modo, podrá elaborar un informe psicopedagógico el cual incluirá la intervención educativa, estableciendo los mecanismos de coordinación con la familia, profesorado y manteniendo la participación con los Servicios Sanitarios. En el caso que el informe no cumplimente los criterios de TDAH, se evaluará la existencia de otros problemas, estudiando las necesidades individuales en cada caso y llevando a cabo su seguimiento en el centro escolar.

Fase 2: Diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria

En este caso, se realiza el diagnóstico en los individuos que han sido detectados en la fase anterior, pudiendo así, descartar otros trastornos con sintomatología parecida que pueden generar confusiones e iniciar el tratamiento necesario.

Independientemente de quien solicite la consulta médica (afectado, familia o orientador) el pediatra o médico de atención primaria (MAP) deberán evaluar al paciente teniendo en cuenta el informe de evaluación elaborado por el orientador.

La evaluación que llevará a cabo los especialistas incluye “entrevista con la familia, examen general de salud del menor, exploraciones complementarios y el informe del orientador que atiende al centro educativo.” (p.16).

En el caso que se establezca un diagnóstico hacia el TDAH, se realizarán exámenes para descartar patologías que cursen síntomas similares al trastorno, además se elaborará un Plan de Acción Individualizado (PAI) en el que se incluyen las distintas intervenciones y medidas necesarias para cada individuo: medicación, herramientas psicoeducativas dirigidas al afectado y sus familias, intervenciones familiares, socio-ambientales y comportamentales.

El departamento de Atención Primaria realizará un seguimiento y control periódico del tratamiento. En caso que la respuesta sea la adecuada, la intervención con el menor se llevarán a cabo desde dicho departamento, teniendo en cuenta el trabajo conjunto con el Centro escolar.

En caso que se detecten alteraciones neurológicas, visuales o auditivas, los médicos derivarán al paciente al servicio especializado correspondiente. Por otro lado, si “no existe seguridad en el diagnóstico, surgen problemas médicos, de conducta, del aprendizaje o psicosociales que dificultan el diagnóstico, si existe comorbilidad, si se precisa terapia conductual, si existe falta de respuesta al tratamiento, etc.; se derivará al Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil.” (p. 17).

En ambos casos, se seguirá manteniendo un trabajo conjunto con el orientador que atiende al niño en el Centro escolar, incluyendo las pautas necesarias para la adecuada orientación de la familia y el profesorado.

En el caso de que los padres se nieguen a que su hijo acuda a médicos especialistas, el seguimiento y control del niño seguirá en manos de la Atención Primaria.

Fase 3: Diagnóstico y Tratamiento en Atención Especializada

Para que un individuo sea derivado al Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil (ESM), debe estar solicitado por el departamento de Atención Primaria. En este caso, el ESM realizará una evaluación completa del afectado para confirmar el diagnóstico y/o seguimiento clínico de TDAH. Dicha evaluación tendrá en cuenta el informe de evaluación del orientador, el informe del Pediatra o MAP, una entrevista con los padres y, una valoración psicopatológica del menor y solicitud de exploraciones complementarias para descartar la existencia de comorbilidad.

“El resultado de la evaluación determinará si el paciente cumple o no criterios diagnósticos para TDAH, utilizando las clasificaciones CIE-10 y/ o DSM IV-TR. En caso afirmativo se incluirá en el Programa de Atención al TDAH.” (p.19).

El Programa de Atención al TDAH incluye el abordaje psicofarmacológico, psicoterapéutico, psicoeducación sanitaria y abordaje psicosocial y ambiental.

Además, los especialistas elaboran un Plan de Intervención Educativa una vez confirmado el diagnóstico y las necesidades específicas de apoyo educativo que presente el paciente. Puesto que estos alumnos se incluyen en el fichero automatizado de los alumnos

con Necesidades Educativas Específicas, se elabora un programa basándose en los principios de normalización, inclusión y sectorización de los recursos.

El Plan de intervención tiene el papel de coordinar al alumno a través de las adaptaciones que necesite. Estas pueden ser adaptaciones metodológicas (véase en la página 29) o programas específicos (véase en la página 32). Además dicho programa también tiene el papel de coordinar y realizar un seguimiento con la familia del alumno, ofreciéndoles las pautas y orientaciones indispensables para la adecuada evolución del niño. (Véase en la página 29).

Por otro lado, el programa tiene el papel de coordinar y realizar un seguimiento con el profesorado, el cual deberá aplicar las recomendaciones recibidas para conseguir el apropiado rendimiento académico del alumno. Del mismo modo, el centro deberá adaptar sus proyectos educativos y actividades para atender a las necesidades que presente el alumno.

6. ESTUDIO DE UN CASO

Con la intención de comprobar las técnicas y pautas descritas en el apartado anterior, me dispongo a plasmar la experiencia que he vivido durante mi periodo de prácticas. Puesto que el docente que me tutorizaba únicamente pasaba tres horas semanales con la clase donde estaba el alumno hiperactivo, mi labor no ha podido ser muy profunda.

Con dicha clase, he podido llevar a cabo una unidad didáctica de Lengua Castellana, donde ponía en práctica ciertas pautas y técnicas para ayudar a controlarse, mantenerse concentrado y entusiasmado al niño. De este modo, mi principal objetivo era comprobar si dichas orientaciones realmente eran útiles para llevar a cabo con un alumno hiperactivo.

6.1. Contextualización

En primer lugar, describiré el grupo-clase y a continuación, la historia personal y situación actual del alumno con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Por motivos confidenciales, utilizaré el nombre de Marcos para hacer referencia al alumno con el trastorno.

La clase-grupo consta de 25 alumnos. En general, se podría describir como un entorno tranquilo y motivador. Son alumnos con interés y ganas de aprender, los cuales suelen estar atentos y con un comportamiento adecuado dentro del aula. Además, el nivel de aprendizaje es homogéneo, ningún alumno presenta desfase curricular. Únicamente tres alumnos presentan un nivel aprendizaje más bajo al resto de sus compañeros, por lo que presentan apoyo educativo.

Marcos nació en el año 2004 (10 años). Su primer diagnóstico fue con 4 años, en el 2008. Se le derivó al gabinete externo por problemas de lenguaje y relación con los iguales. En el año 2010 ya formulan un diagnóstico neurológico en el que se observa que el niño presenta Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad de tipo inatento. Además,

le diagnostican que también presenta el síndrome de Tourette (emisión repetida de tics motores y verbales). En ese año le recetaron medicación.

Finalmente, en Enero de 2011 se hace el informe psicopedagógico para atenderlo como un alumno con necesidades educativas especiales.

Según los exámenes que le realizaron a Marcos, el alumno presenta las siguientes características:

- Cociente intelectual medio.
- Problemas de relación social.
- Conductas de llamado de atención.
- Impulsivo en la realización de las tareas.
- Ritmo de aprendizaje lento

En cuanto a la respuesta educativa que recibe el alumno en el centro, debemos decir que no presenta ningún desfase curricular. Únicamente, el niño está fuera del proyecto bilingüe que proporciona el colegio, y recibe apoyo durante las horas de inglés. Además, durante el primer ciclo el alumno acudía a clases de apoyo con el profesor de audición y lenguaje dos horas a la semana.

Finalmente, cabe destacar que la familiar del alumno presenta una disposición muy buena, son colaboradores con el colegio en todos los aspectos. Son personas con formación profesional que proporcionan toda la información necesaria tanto al colegio como a los profesionales médicos.

Actualmente, Marcos está medicado y aunque sigue siendo un niño inquieto, tiene mucha capacidad de autocontrol. Suele seguir las explicaciones y estar atento, aunque en ocasiones (cuando la explicación es muy larga) suele entretenerse con cualquier objeto que tenga por delante de la mesa o molestando a su compañero de al lado.

Su disposición en el aula es muy buena, está sentado en primera fila cerca del profesor. Además, los compañeros que suelen estar cerca de él suelen ser lo más tranquilos. Por otro lado, su relación con los compañeros es bastante buena, en el patio suele estar integrado con sus amigos y jugando. Únicamente en algunas ocasiones tiene problemas con sus iguales, sobre todo cuando se siente rechazado.

Suele distraerse con facilidad, ya sea con sus compañeros o con cualquier objeto que tenga a su alcance. Además, suele interrumpir con temas que no tienen nada que ver con la materia, mueve mucho la silla, se levanta a beber agua o a pedir algo a sus compañeros.

Gracias a su familia y el apoyo que recibe en el colegio, Marcos presenta una buena capacidad lectora y escrita. Sin embargo, en el área de Matemáticas presenta más dificultades a la hora de resolver problemas. Además, es un alumno con dificultades en sus movimientos motores, sobre todo, en los movimientos finos.

Por lo que hemos podido observar a lo largo del periodo de prácticas, el alumno presenta una autoestima baja. En algunas ocasiones, se puede ver como Marcos está triste por no ser capaz de lograr su objetivo, o por las continuas reprimendas de no ser capaz de controlar sus impulsos.

6.2. Actividades y técnicas utilizadas

De un modo general, durante todas las sesiones que impartí con dicha clase, fragmenté la información que debía transmitir. Es decir, en primer lugar, solía explicar el temario del día (15 minutos), a continuación, dejaba que los alumnos hicieran de manera independiente los ejercicios de lo explicado (15 minutos). Una vez terminado este tiempo, volvía a repetir el mismo sistema. Además, intentaba utilizar un lenguaje positivo y cercano a ellos, intentaba expresarme con diferentes tonos de voz para así captar su atención.

Procuraba reforzar positivamente al alumno en cualquier momento de la sesión, así como mantener el contacto visual a la hora de hacer las explicaciones. También, solía tocarle la mesa o el brazo para que siguiera mis instrucciones y no se distrajera.

Durante los días que duró la unidad didáctica que impartí, trataba de revisar la agenda del alumno al finalizar la clase, observando si había apuntado los ejercicios que no había terminado en clase.

El primer día que comencé la unidad didáctica, recordé las normas de clase, dejando claro qué es lo que se espera de ellos y cuáles son las consecuencias del no cumplimiento. Para que fuera más interactivo, dejé que fueran los propios alumnos los que recordaban las normas, mientras que yo hacía hincapié en las más importantes.

Puesto que una de las explicaciones iba a durar más de lo habitual, permití que el alumno garabateara en un folio en blanco. Según la Fundación TDAH Y TU, esta técnica permite que el alumno esté sentado y concentrado cuando presenta dificultades para ello (*Anexo 17*).

Algunos días, cuando el alumno estaba más inquieto y hablador de lo habitual, utilizaba la técnica de extinción, procurando no dar importancia a aquellos comentarios que sólo realizaba para llamar la atención. Pero cuando el alumno resultaba que estaba muy agitado y no respondía adecuadamente a los toques de atención, utilizaba el tiempo fuera. En ese momento, Marcos se situaba al final del aula (lugar donde menos elementos de distracción había) y se reincorporaba a la clase cuando estaba totalmente calmado.

Para realizar la lectura del tema, en primer lugar, dejé que los alumnos leyeran el texto individualmente. Seguidamente, realizábamos una lectura grupal siguiendo el orden establecido. Antes de contestar individualmente a las preguntas de comprensión lectora, realizábamos oralmente los ejercicios, para observar si habían comprendido el texto.

Uno de los días que los alumnos venían del recreo, decidí realizar una técnica de relajación. Dicha técnica consistía en respirar hondo durante cuatro segundos, mantener el aire los mismo segundos. A continuación, soltar el aire en cuatro segundos y mantener cuatro segundos antes de volver a inhalar. Debían repetir este ciclo durante los minutos que durara la canción.

También, decidí realizar un ejercicio donde los alumnos podían hablar de cómo se sentían tanto en el ámbito escolar como familiar. De este modo, pude observar si el alumno tenía la autoestima baja o alta (*Anexo 18*).

Por último, el profesor de Educación Física me permitió realizar una sesión con ellos. La temática de la clase era sobre juegos populares, concretamente, trabajamos con la comba. Realizamos diferentes juegos donde se manifestaban las habilidades motrices finas y gruesas. Además, con el uso de la cuerda en la mayoría de los juegos, se trabajaba la coordinación.

6.3. Análisis de los resultados

A través de este apartado, intentaremos plasmar las sensaciones, resultados y opiniones que se han obtenido de las técnicas y actividades llevadas a cabo durante la unidad didáctica.

En primer lugar, nos gustaría destacar el buen resultado a la hora de utilizar el refuerzo positivo y el lenguaje positivo. Durante mi periodo de observación pude comprobar que el alumno no recibía muchos halagos, al contrario, solía recibir reprimendas constantemente. Por lo tanto, pude comprobar cómo cuando el alumno mantenía la actitud adecuada y era reforzada, ésta duraba más y el niño se sentía mucho más feliz.

Por otro lado, otra de las técnicas que personalmente creo que fue generalmente muy adecuada, tanto para Marcos como para el resto de su clase, fue la técnica de respiración. Los alumnos estaban concentrados, escuchando la música que les ayudaba a relajarse aún más. Cuando se terminó la actividad, el ambiente de la clase siguió con un curso muy reposado, por lo que ayudó al alumno hiperactivo a mantenerse relajado la mayor parte del tiempo.

La fragmentación fue otro proceso muy útil para mantener atento al alumno. Los profesores suelen utilizar la mitad de la clase para explicación y la otra mitad para que los alumnos hagan ejercicios. Durante mi periodo de observación, pude comprobar cómo Marcos a los 15 minutos solía apartar la mirada del profesor y se distraía con cualquier objeto. Por lo tanto, al realizar ese cambio, el alumno solía estar más interesado y atento a las instrucciones, ya que no se le hacían demasiado largas.

Cuando realizamos primero la lectura individual, pude comprobar cómo dicha técnica sí que dio resultados positivos. Pues el alumno comprendió mucho mejor el texto que habitualmente.

Sin embargo, hemos de decir que la extinción y el tiempo fuera no resultaron todo lo útiles que teníamos pensado. Cuando volvía al sitio, después de un tiempo fuera, mantenía el silencio un par de minutos más y luego volvía a distraerse o hablar.

A través de la actividad de autoestima, pude comprobar cómo el alumno presenta una autoestima baja. Como hemos dicho anteriormente, sus relaciones sociales son buenas. Sin embargo, cuando se siente incapaz de solucionar un problema o actividad se pone muy nervioso, llegando a abandonar la tarea. Por lo tanto, es un aspecto que creo que la escuela debería reforzar más a menudo.

Finalmente, durante la sesión de Educación Física, pude observar cómo el alumno presenta muchas dificultades para realizar movimientos finos y coordinar diferentes

movimientos a la vez. Marcos tenía muchas dificultades para coordinar el movimiento de manos, cuerda y pies, y como no le salía, tiraba la cuerda y se iba a correr por el patio. Sin embargo, cuando recibía ayuda más personalizada (por parte del docente o sus compañeros) el alumno volvía a intentarlo. Al final de la clase logró dar algunos saltos, y se le reforzó positivamente delante de todo el grupo, algo que resultó muy útil y positivo para él.

7. CONCLUSIONES

A través de la elaboración de este proyecto, hemos logrado conseguir los objetivos que nos planteamos inicialmente -elaborar un marco teórico con la información necesaria para conocer de qué trata el TDAH, y ofrecer una propuesta de intervención con pautas y orientaciones para ayudar a un alumno que presente el trastorno-, así como los objetivos marcados por la guía, elaborando un trabajo original e inédito con ideas razonadas y evaluadas.

Una vez concluido la realización de este trabajo, nos disponemos a resumir los puntos más relevantes incluidos en éste, así como las conclusiones extraídas a raíz de la elaboración de este proyecto.

El TDAH es un trastorno que se caracteriza principalmente por las dificultades para mantener la atención, la excesiva hiperactividad e impulsividad. Debido a su gran prevalencia en los últimos años (afecta alrededor de un 5% de la población infantil) y los problemas que ocasiona en la vida de una persona, sobre todo en el ámbito escolar, es uno de los trastornos más investigados en la actualidad.

Hay tres tipos de TDAH según el síntoma que predomine: tipo con predominio del déficit de atención, tipo con predominio de hiperactividad e impulsividad y tipo combinado. Además, es un trastorno que afecta tres veces más a los hombres que a las mujeres, siendo el TDAH de tipo inatento el más común en el sexo femenino.

Las causas más trascendentales que provoca el TDAH son: el desarrollo deficiente de algunas áreas del cerebro como son el córtex prefrontal, el cuerpo calloso y los ganglios; el alto porcentaje del patrón hereditario (hasta un 75% de posibilidades); y problemas durante el parto o en el embarazo. Además, ciertos problemas ambientales y psicosociales influyen negativamente en el curso de la enfermedad, agravando los síntomas.

Para realizar un diagnóstico adecuado, se debe recurrir a profesionales. Aunque existen muchos manuales y test para evaluar el trastorno, sobre todo destacan dos: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Además, un diagnóstico correcto permite descartar otros trastornos comórbidos y situaciones o enfermedades con las que se puede confundir el TDAH.

Se ha comprobado que el tratamiento más eficaz es el que combina la medicación (en caso de ser necesaria), el tratamiento psicológico y el tratamiento pedagógico. Todos deben

estar relacionados y llevar un trabajo conjunto para que la evolución del trastorno sea lo más positiva posible y no afecte al futuro del niño. Tampoco debemos olvidar el tratamiento a los padres, ya que son los máximos responsables de los niños.

Por la gran repercusión que tienen los síntomas del TDAH en la vida escolar del niño, pueden llegar a presentar fracaso escolar. Por lo tanto, el centro escolar y el docente tienen un papel fundamental a la hora de realizar una detección temprana que permitirá una evolución más positiva del trastorno.

El centro y el docente deben mantener una relación tanto con la familia como con los servicios sanitarios para realizar una intervención correcta y adecuada al niño. Así, el equipo de orientación será el encargado de realizar el informe psicopedagógico que incluirá las pautas y estrategias que debe seguir el docente para ayudar al afectado en sus dificultades.

El profesor deberá controlar el contexto del aula (dónde se sienta y con quién), recordar constantemente las normas, marcar límites claros y realistas, señalar las consecuencias de actos no correctos, utilizar un lenguaje positivo y motivador, y ayudar en aquellas dificultades más destacadas (lectura, autoestima, habilidades sociales, atención, etc.). Además de ello, deberá controlar también el uso de estrategias como el refuerzo positivo, los contratos, los castigos, la extinción, etc., ayudan a controlar el comportamiento del niño.

Respecto a las limitaciones o dificultades que hemos podido encontrar a la hora de realizar el Trabajo de Fin de Grado son, la gran cantidad de información reciente que hay sobre el tema y que en muchos casos no resulta ser la correcta. Por lo tanto, la recogida de datos, el análisis y la síntesis de la información ha sido un trabajo costoso pero finalmente productivo. Por otro lado, puesto que en mi periodo de práctica mi tutor únicamente impartía clases tres veces por semana a un grupo con un alumno con TDAH, no he podido realizar un estudio de caso en profundidad, únicamente he podido llevar a cabo las pautas y estrategias generales para que su rendimiento sea el apropiado.

Como conclusión final de este proyecto, pensamos que la intervención educativa debe iniciarse desde el primer momento que se sospeche que el niño puede tener necesidades específicas de apoyo educativo, ya que la labor del maestro no sólo es crucial para ayudar al alumno a superar sus dificultades educativas, sino a superar aquellos problemas como la autoestima o los problemas de relaciones sociales que pueda presentar el afectado.

Para que la intervención sea adecuada y eficaz, el docente debe estar informado sobre el tema, y realizar un trabajo conjunto con los padres del afectado, el servicio de orientación y los servicios sanitarios.

8. REFERENCIAS

- Agencia EFE (2013). Controlar las emociones para tratar el déficit de atención e hiperactividad. http://noticias.lainformacion.com/salud/enfermedades/controlar-las-emociones-para-tratar-el-deficit-de-atencion-e-hiperactividad_MszlqPMkd49OQv7Eps0hx3/ (Consulta: 5 de junio de 2014)
- American Psychiatric Association. (2002). DSM-IV-TR. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Banus, Sergi. (2012). Orientaciones déficit de atención. <http://www.psicodiagnosis.es/areaescolar/intervencion-psicopedagogica-alumnos-especiales/orientacionesalumnosdeficitatencion/index.php> (Consulta: 3 de junio de 2014).
- Barkley, R.A (2011). *Niños hiperactivos. Como comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.
- Casa, Ingrid. (2014). El trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes. <http://www.elnuevodia.com/eltrastornopordeficitdeatencionhiperactividadenninosyadolescentes-1743795.html> (Consulta: 26 de abril de 2014).
- Castells, Paulino. (2006). *Nunca quieto, siempre distraído. ¿Tendrá TDAH?* Madrid: Espasa.
- CIE-10 (1994). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Departamento de Educación del Gobierno de Navarra. (2012). *Entender y atender al alumnado con déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en las aulas. Guía para el profesorado*. Autor: Pamplona.
- EuropaPress. (2014). Un centro de Barcelona diagnostica el TDAH en menos de un mes con un mapeo cerebral en 3D. http://noticias.lainformacion.com/ciencia-y-tecnologia/psicologia/un-centro-de-barcelona-diagnostica-el-tdah-en-menos-de-un-mes-con-un-mapeo-cerebral-en-3d_zbqBYve2pYeuUGrqCEloP4/ (Consulta: 5 de junio de 2014).
- EuropaPress. (2014). Un proyecto para diagnosticar el TDAH gana l permiso Emprendedor Siglo XXI en Extremadura. <http://www.europapress.es/extremadura/noticia-proyecto-diagnosticar-tdah-gana-premio-emprendedor-siglo-xxi-extremadura-20140528153749.html> (Consulta: 5 de junio de 2014).
- Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad. (2002). Trastorno asociados. <http://www.feaadah.org/es/sobre-el-tdah/trastornos-asociados.htm> (Consulta: 11 de mayo de 2014).
- Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad. (2002). Causas. <http://www.feaadah.org/es/sobre-el-tdah/causas.htm> (Consulta: 19 de mayo de 2014).
- Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad. (2014). Unanimidad en las Cortes de Castilla y León sobre el protocolo TDAH. <http://www.feaadah.org/es/difusion/172> (Consulta : 2 de junio de 2014).

- Fernández, E., Vidal, I., Hogueras, L., Manzano, M^a., Martín, S., Pablos, M^a., Represa, I., Blanco, C., Villanueva, L., Rico, Y. y López, B. (2009). *Guía para padres y profesionales de la educación y medicina sobre el TDAH*. Valladolid.
- Fundación ANDANA (2009). Diagnóstico y tratamiento. http://www.fundacionadana.org/diagnostico_tratamiento (Consulta: 24 de mayo de 2014). Barcelona: Autor.
- Fundación CADAH. (2012). Autoestima y TDAH. <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/autoestima-y-tdah.html> (Consulta: 29 de mayo de 2014). Santander: Autor.
- Fundación CADAH. (2012). Causas del TDAH. <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/que-cause-y-que-no-cause-el-tdah.html> (Consulta: 26 de mayo de 2014). Santander: Autor.
- Fundación CADAH. (2012). Diagnóstico del TDAH. <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/diagnostico-del-tdah.html> (Consulta: 22 de mayo de 2014). Santander: Autor.
- Fundación CADAH. (2012). Diez mitos sobre el TDAH que infieren con la mejoría. <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/diez-mitos-sobre-el-tdah-que-interfieren-con-la-mejoria.html> (Consulta: 26 de mayo de 2014). Santander: Soutullo.
- Fundación CADAH. (2012). Etiología del TDAH. <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/etiologia-del-tdah.html> (Consulta: 10 de mayo de 2014). Santander: Hidalgo, M^a y Soutullo.
- Fundación CADAH. (2012). Habilidades sociales y TDAH. <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/habilidades-sociales-y-tdah.html> (Consulta: 28 de mayo de 2014). Santander: Autor.
- Fundación CADAH. (2012). Manifestaciones Clínicas del TDAH en adultos. <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/manifestaciones-clinicas-del-tdah-en-adultos.html> (Consulta: 21 de mayo de 2014). Santander: Autor
- Fundación CADAH. (2012). TDAH en adultos. <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-en-adultos.html> (Consulta: 20 de mayo de 2014). Santander: Autor.
- Fundación CADAH. (2012). TDAH y Trastorno por uso de sustancias (Tus). <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-y-trastornos-por-uso-de-sustancias-tus.html> (Consulta: 21 de mayo de 2014). Santander: Autor
- Fundación CADAH. (2012). TDAH, coordinación motora y capacidad en el deporte. <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-coordinacion-motora-y-capacidad-en-el-deporte.html>. (Consulta: 20 de mayo de 2014). Santander: Autor.
- Fundación CADAH. (2012). TDAH: Adaptaciones en educación física para niños NEE. <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-adaptaciones-en-educacion-fisica-para-ninos-nee.html>. (Consulta: 18 de mayo de 2014). Santander: Autor.
- Fundación CADAH. (2012). TDAH: Conductas problemáticas y/o trastornos de conducta. <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-conductas-problematicas-yo-trastorno-de-conducta.html> (Consulta: 20 de mayo de 2014). Santander: Autor.
- Fundación CADAH. (2012). TDAH: Instrumentos o pruebas para evaluar la atención, hiperactividad e impulsividad. <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah->

- instrumentos-o-pruebas-para-evaluar-la-atencion-hiperactividad-e-impulsividad.html (Consulta: 27 de mayo de 2014). Santander: Autor.
- Fundación CADAH. (2012). Técnica del espejo para mejorar el autoconcepto y la autoestima en afectados de TDAH. <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tecnica-del-espejo-para-mejorar-autoconcepto-autoestima-afectados-tdah.html> (Consulta: 20 de mayo de 2014). Santander: Meca, Rocio.
- García, E., Magaz, A. (2003). *Mitos, Errores y Realidades sobre la Hiperactividad. Guía para Padres y Profesionales*. Bilbao: Albor-Cohs.
- Green, Christopher. (2000). *El niño muy movido o despistado*. Barcelona: Médici.
- Junta de Castilla y León. Consejería de Educación. *Orientaciones para la propuesta curricular*.
- Láez, M^a., Requejo, M., Silvano, J., Velasco, M^a. *Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. <http://www.youblisher.com/p/110957-Protocolo-Coordinacion-TDAH/> (Consulta: 5 de junio de 2014)
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. Boletín oficial del estado (2006),
- Mena, B., Nicolau, R., Salat, L., Tort, P., Romero, B. (2006). *Guía práctica para educadores. El alumno con TDAH* (2^a ed.). Barcelona: Mayo.
- Ministerio de Ciencia en Innovación. (2010). *Guía de práctica clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en niño y adolescentes*. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_477_TDAH_AIAQS_compl.pdf (Consulta: 3 de junio de 2014)
- ORDEN EDU/1045/2007, de 12 de junio por la que se regula la implantación y el desarrollo de la educación primaria en la Comunidad de Castilla y León.
- Orjales, Isabel. (2005). *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores* (10^a ed.). Madrid: Cepe.
- TDAHYTU. (2014). Manejar el TDAH en clase. <http://www.tdahytu.es/manejar-el-tdah-en-clase/> (Consulta: 23 de mayo de 2014).
- TDAHYTU. (2014). Manual para diagnosticar el TDAH: DSM-5. <http://www.tdahytu.es/manual-para-diagnosticar-el-tdah-dsm-5/> (Consulta: 29 de mayo de 2014).
- TDAHYTU. (2014). Síntomas a diferentes edades. <http://www.tdahytu.es/sintomas-a-diferentes-edades/> (Consulta: 25 de mayo de 2014).
- TDAHYTU. (2014). Síntomas del TDAH en niños. <http://www.tdahytu.es/sintomas-hiperactividad-en-ninas/>(Consulta: 25 de mayo de 2014).
- TDAHYTU. (2014). Tratamiento del TDAH. <http://www.tdahytu.es/tratamientos/> (Consulta: 24 de mayo de 2014).

9. ANEXOS

ANEXO 1: Entrevistas

INFORME PERSONAL: TDAH

El **objetivo** de esta entrevista es conocer un punto de vista más personal sobre personas afectadas por el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. La entrevista será semiestructurada, con preguntas sobre el historial académico, sobre vivencias personales, situaciones actuales, la historia de la enfermedad y otros datos de interés.

Fecha de la entrevista: 26/ 04/ 2014

DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombre: Alexis García

Sexo: Masculino

Lugar y fecha de nacimiento: Ibiza, 1990 (23 años)

Situación actual: Independiente, trabaja desde los 16 años.

Historial social y evolutiva

- **¿A qué edad te detectaron el TDAH? ¿Exactamente, qué tipo tienes? ¿Presentas otras alteraciones psicopatológicas?**
Sobre los diez años, cuando estaba en quinto o sexto de primaria. TDAH combinado. No, no presento otras alteraciones psicopatológicas, pero soy una persona un poco depresiva.
- **¿Estabas medicado? ¿A qué edad comenzó la medicación? ¿Cuál?**
Sí. A la misma edad que me lo detectaron. Tomaba Rubifén (10 miligramos). Comencé tomando media pastilla diaria y luego me la subieron a una pastilla.

Historia familiar

- **¿Conoces antecedentes en tu familia que presenten TDAH? ¿Y otras alteraciones?**
Sí. Mi tía es esquizofrénica y mi padre es depresivo. Me han comentado que mi padre era muy movido cuando era niño.
- **¿Antes de detectarlo, qué decía tu madre? ¿Te acuerdas de alguna frase?**

Sobre todo me solía decir “Alexis ven aquí, no te lo quiero repetir” o también utilizaba “Como cuente tres verás, uno, dos...”

- **¿Cómo lo vivió tu madre? ¿Cómo fue el parto?**
Mi madre fue una persona con mucha paciencia y muy implicada conmigo. Me ayudaba en todo lo que podía y notaba que siempre estaba ahí conmigo para lo que necesitara. Nací por cesárea. Durante el parto mi madre fumaba.
- **¿Cómo fue la relación con tu familia? ¿Te sentías apoyado en todo momento?**
Generalmente fue mi madre la que más me apoyaba. Mi padre también lo hacía, aunque representaba más la figura paternal, no solía sentarse a hablar conmigo como mi madre. Con mi hermana estaba muy unido de pequeño, pero con la adolescencia comenzó a jugar con las drogas y tuvo bastantes problemas con mis padres. Se fue de casa y estuvimos mucho tiempo sin saber nada de ella. Hoy en día tenemos relación, pero con mis padres sigue sin hablarse.

Historial académico

- **¿Cómo fueron tus notas? ¿Me puedes hablar un poco del historial?**
En primaria mis notas eran normales, no destacaba pero generalmente aprobaba todas las asignaturas. No recibí refuerzo o apoyo educativo, pero cuando se detectó el trastorno, me sacaban una hora semanal para hablar, sobre cómo me sentía u otros aspectos. Me gustaban más las Matemáticas que Lengua Castellana.
En el instituto mis notas bajaron. Suspendí segundo de la ESO y al siguiente año comencé a trabajar sin terminar el graduado escolar. Más adelante me saqué la ESO. Me habría gustado estudiar pero me costaba mucho concentrarme.
- **¿Cómo sentías que eran los profesores contigo? ¿Te acuerdas de alguna estrategia que utilizaran?**
En primaria los profesores estaban más atentos de mí y me solían sentar delante del todo. Recuerdo que muchas veces me hacían contar hasta diez y utilizaban técnicas de relajación. En el instituto no me solían prestar mucha atención, incluso me ponían detrás de la clase.
- **¿Cómo fue la relación con tus compañeros? ¿Te sentías integrado en todo momento?**
En el colegio sí me sentía integrado y la relación era buena con mis compañeros, quitando algún caso puntual. Sin embargo, en el instituto algunos chicos no me trataban bien. Esto último me hizo mucho daño porque considero que soy un chico muy sensible y me duele cuando no soy aceptado.
Hoy en día ya no me acuerdo de aquello, creo que son cosas de críos aunque en ese momento me doliera. Además, siento que tengo mucha gente a mi alrededor que me aprecia.
- **En general, ¿te acuerdas cuando te decían “cállate, estate quieto...”? ¿qué sentías?**
Pensaba que me tenían manía todos los profesores y que no estaba haciendo nada malo, que no me dejaban actuar.
En ocasiones insultaba cuando algo no me gustaba o llegaba a tener rabietas muy molestas.

Actualmente

- **¿Tienes pareja estable? ¿Qué tal con ella?**
Sí. Me apoya mucho e intenta ayudarme en todo cuando algo no me gusta. Es un pilar en mi vida, ya que otras parejas no me apoyaron e influyó en que algunas veces me deprimiera o me sintiera inferior a los demás.
- **¿Trabajas o estudias? ¿En qué?**
Sí, trabajo en una empresa desde hace tres años.
- **¿Tus relaciones sociales son estables?**
Tengo amigos del colegio y cada día me siento mejor con ellos. Además, he conocido nuevas amistades gracias al deporte, las cuales también son un gran apoyo para mí. “Los amigos son la familia que se elige”.
- **¿Te cuesta concentrarte?**
Intento controlarme cuando veo que no me concentro. Hasta hace poco me costaba leerme un libro, pero poco a poco lo voy consiguiendo. El deporte (correr, bici y nadar) me ayuda a concentrarme ya que me permite encontrarme conmigo mismo. Además, me ayuda mucho, ya que veo que soy capaz de llegar a un objetivo (algo que me resulta muy difícil en general). El deporte me satisface personalmente y físicamente, ya que al verme mejor físicamente (ha perdido mucho peso) tengo más autoestima.

Otros datos de interés

- **¿Has tomado droga alguna vez?**
Algunas veces bebo alcohol, pero no fumo ni he tomado otro tipo de estupefacientes.
- **Otros datos importantes...**
Suelo tener bastantes dolores de cabeza. Además, cuando duermo, me levanto como si no hubiera descansado; suelo hablar o chillar por las noches y moverme mucho. También fuerza mucho la mandíbula al dormir (bruxista), recientemente me han mandado una férula para dormir.
Me tomo muy a pecho lo que los demás piensen de mí o cuando me hacen alguna broma que no me gusta. Últimamente he aprendido a controlarme bastante y separo lo que es importante de lo que no lo es.
Antes me sentía bastante inseguro por culpa de mi peso, pero ahora he recuperado un poco de autoestima gracias al deporte, porque me ha hecho verme mejor físicamente y capaz de conseguir objetivos.
La falta de organización me molesta mucho. Cuando alguien me descontrola mis planes me pongo muy nervioso, necesito tenerlo todo muy controlado y organizado.

INFORME PERSONAL: TDAH

El **objetivo** de esta entrevista es conocer un punto de vista más personal sobre personas afectadas por el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. La entrevista será semiestructurada, con preguntas sobre el historial académico, sobre vivencias personales, situaciones actuales, la historia de la enfermedad y otros datos de interés.

Fecha de la entrevista: 26/ 04/ 2014

DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombre: Carin Guasch (madre de un niño hiperactivo)

Sexo: Femenino

Lugar y fecha de nacimiento: Ibiza, en 1973 (40 años). Su hijo nació en 2001 (12 años)

Situación actual: Está divorciada hace dos años. Trabaja en un centro de Educación Infantil (la empresa es suya y de otros socios).

Historial social y evolutiva

- **¿A qué edad le detectaron el TDAH? ¿Exactamente, qué tipo tiene? ¿Presentas otras alteraciones psicopatológicas?**
Cuando comenzó segundo de primaria, sobre los siete años. Sobre todo presenta inatención, es un niño muy despistado (TDAH-I).
No, no presenta otras alteraciones. Es un niño muy inmaduro e infantil, hay que estar constantemente encima de él.
- **Antes de detectarlo...**
 - **¿A qué edad comenzó a andar? ¿y a hablar?**
Comenzó a andar sobre los once meses, y a hablar sobre los dieciocho meses.
 - **¿Qué síntomas observabas en casa y a qué edad comenzaron? ¿Cómo te sentías? ¿Utilizabas alguna estrategia?**
Desde muy pequeño ya notaba los síntomas, no recuerdo muy bien la edad, pero sé que aún no caminaba y no paraba quieto.
Estaba todo el día saltando y corriendo, además, no le gustaba ver la tele, no había nada que no le llamara la atención que no fuera moverse.
Tenía que estar pendiente de él en todo momento. En ocasiones me sentía muy agobiada, aunque era más dócil cuando estábamos los dos solos.

Historia familiar

- **¿Existen antecedentes familiares que presenten TDAH? ¿Y otras alternaciones?**
No está diagnosticado pero me han comentado que posiblemente yo presente el mismo trastorno. De pequeña era incluso más inquieta que mi hijo y hoy en día me cuesta concentrarme bastante.
- **¿Cómo fue el embarazo antes, durante y después? ¿Qué sentías?**
El embarazo fue muy bien, no tuve ningún problema. No fumaba y mi alimentación era sana. A los dos meses ya se veía que era un niño muy inquieto.
Pasados los cuatro años no logró dormir una noche entera seguida. Las noches eran muy difíciles. Además, presentaba enuresis.
- **¿A afectado la enfermedad al resto de la familia? (Hermanos, relación entre los padres...)**
Se suelen apoyar bastante. El divorcio fue por otro motivo ajeno. Entre hermanos se suelen pelear bastante (hermana menor que él), pero cuando se necesitan se apoyan mutuamente.
- **¿Seguís alguna estrategia familiar para ayudarle a concentrarse y controlar sus impulsos?**
Probamos la estrategia de los “gomets”. Debe cumplir tres actividades diarias él solo y si lo hace, se le da el premio pactado. Siempre solemos pactar cosas accesibles y las actividades son tareas como hacer la cama, lavarse los dientes o desayunar él solo.

Historial académico

- **¿A qué curso se detectó el trastorno? ¿Cuándo te comunicaron los primeros síntomas?**
En segundo de primaria. Los trastornos eran que era un niño muy movido y no se concentraba en absoluto. En el instituto pasan bastante más de él que en el colegio.
En Primaria, los profesores solían sentarlo en primera fila, mientras que en el instituto no es así.
- **¿Qué comentarios, estrategias, ayudas te ofrecen en el colegio?**
La verdad que no me han ayudado mucho. Para ellos es simplemente un niño movido.
Una de las estrategias que siguen es hacerle los exámenes en tres hojas. (Marina Ortiz)
- **¿Cómo es la relación con sus compañeros? ¿Presenta problemas sociales?**
Es un niño muy sociable, no presenta problemas con ningún compañero e incluso en el colegio tenía el rol de líder. Sin embargo, en el instituto su grupo de siempre está ahora más disperso. En general, se lleva mejor con las chicas que con los chicos.
- **¿Cómo han sido sus notas desde preescolar hasta ahora?**
En primaria sus notas eran buenas, aunque destacaba más en Matemáticas que en Lengua Castellana.
En el instituto ha pegado un bajón muy grande, le van a quedar casi todas. Su mayor problema es la concentración, no es capaz de mirar al libro cinco minutos seguidos.

Actualmente

- **¿Le cuesta concentrarte? ¿Controla sus impulsos?**
Es su mayor problema, la concentración. No suele tener muchos impulsos, como ya he dicho, sobre todo le cuesta mucho concentrarse.
- **¿Tiene buenas relaciones sociales?**
Sí, es un niño con muchos amigos, aunque en el instituto ha habido un pequeño cambio de amistades respecto al colegio.
- **¿Crees que es un niño con la autoestima baja?**
No, generalmente se ve muy bien él mismo y no suele deprimirse. Con el fútbol en ocasiones se pone triste porque no le sacan mucho a jugar en los partidos.
- **¿Presenta alteraciones durante sus periodos de descanso?**
Suele hablar, pero no siempre. Él mismo dice que no le gusta dormir.

Otros datos de interés

Los psicólogos le han dicho que su inmadurez se deba al divorcio. Además, no es un niño que expresa sus sentimientos, aunque ha sufrido con la ruptura no ha demostrado nunca su malestar.

En un niño que presenta los movimientos motrices finos muy buenos, todas las actividades de plásticas se le dan muy bien.

Su alimentación es buena, suele comer de todo, aunque presenta un ligero sobrepeso.

En ocasiones me he sentido como “barco a la deriva”. No sabía qué hacer, perdía el control y me sentía muy impotente en según qué situación. Además, el hecho de no tener ayuda en casa hacía la situación más difícil. En ocasiones, mi exmarido y yo diferimos en opiniones y no somos capaces de llegar a una solución, esto no es bueno para mi hijo.

ANEXO 2: Documento de derivación

DOCUMENTO DE DERIVACIÓN
(SOLICITUD DE INTERVENCIÓN DEL PROFESORADO ESPECIALISTA EN ORIENTACIÓN EDUCATIVA)

1.- DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A:			
Nombre			
Apellidos			
F. nacimiento		Edad	
Nº hermanos		Lugar que ocupa	
Padre / tutor legal			
Madre / tutor legal			
Domicilio			
Localidad		C. Postal	
Provincia		Teléfono	
Etapa educativa		Curso	
Curso / nivel de inicio de la escolarización			
Curso / nivel en que ingresó en el centro			
Repetición/es	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	Indicar curso/s:
Incidencias escolares significativas			
Circunstancias relevantes y significativas del entorno familiar			
Informes previos	<input type="checkbox"/> NO		
	<input type="checkbox"/> SI		Fecha
		<input type="checkbox"/> Psicopedagógico	
		<input type="checkbox"/> Médico	
<input type="checkbox"/> Otros			

2.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO:

Nombre del centro		Código	
Dirección			
Localidad		C. Postal	
Teléfono	Fax	Correo electrónico	
Tutor/a			
3.- ASPECTOS A CONSIDERAR EN EL ALUMNO/A (señalar <u>sólo</u> los aspectos en los que sobresale o manifiesta dificultades <i>en este momento</i>):			
ASPECTOS		SOBRESALE	DIFICULTAD
Capacidad intelectual		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Memoria		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención – concentración		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autoestima - autoconcepto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ritmo de aprendizaje		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivación e interés		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportamiento en el aula / centro		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Control del plan de trabajo / técnicas de estudio / hábitos de estudio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprensión lectora		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Composición y expresión escrita		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procesos de razonamiento y comprensión	Organización de ideas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Resolución de problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Razonamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cálculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad de relación e integración	Con el profesorado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Con los compañeros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Con su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Integración en el grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Áreas (indicar):			
Otros (indicar):			

4.- ACTUACIONES REALIZADAS PARA INTENTAR DAR RESPUESTA A LAS NECESIDADES EDUCATIVAS:	
<input type="checkbox"/> Actividades de recuperación (especificar)	
<input type="checkbox"/> Refuerzo en el área de _____	<input type="checkbox"/> Priorización de objetivos/contenidos <input type="checkbox"/> Agrupamientos <input type="checkbox"/> Temporalización <input type="checkbox"/> Responsables:

<input type="checkbox"/> Refuerzo en el área de _____	<input type="checkbox"/> Priorización de objetivos/contenidos
	<input type="checkbox"/> Agrupamientos
	<input type="checkbox"/> Temporalización
	<input type="checkbox"/> Responsables:
<input type="checkbox"/> Utilización de materiales y recursos diferentes	
<input type="checkbox"/> Cambio metodológico	
<input type="checkbox"/> Acción tutorial (entrevistas con los padres, alumno...)	
<input type="checkbox"/> Participación en Programas específicos (enumerar)	
<input type="checkbox"/> Adaptaciones curriculares	
<input type="checkbox"/> Optatividad (Educación Secundaria)	
<input type="checkbox"/> Medidas de ampliación y enriquecimiento	
<input type="checkbox"/> Otras (indicar)	

5.- BREVE VALORACIÓN DE LO QUE HA SUPUESTO LA ADOPCIÓN DE ESTAS MEDIDAS:

6.- DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN QUE SE SOLICITA:

7.- OTRAS CONSIDERACIONES:

--

En a de de 20

Sello
del Centro

Director/a del Centro

Tutor/a

ANEXO 3: Autorización de los padres o tutores legales

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES O TUTORES LEGALES PARA LA REALIZACIÓN

Don:

Doña:

como padre / madre / tutor legal del alumno/a:

Dirección

Población C. Postal

Tel. fijo Tel. móvil C. electrónico

AUTORIZAMOS a que nuestro hijo/a sea derivado al

SELECCIONAR UNO

Equipo de Orientación Educativa de:

Departamento de Orientación de:

para realizarle las valoraciones que se consideren adecuadas y determinar, en el caso que corresponda, sus necesidades específicas de apoyo educativo y poder dar la respuesta más adecuada a las mismas.

En a de de

Nombre y Firma
Padre/Tutor legal

Nombre y Firma
Madre/Tutora legal

OBSERVACIONES:

Se ruega adjuntar cualquier Informe (médico, psicológico, pedagógico) que puedan tener relación con la valoración planteada.

ANEXO 4: Informe de evaluación psicopedagógico

MODELO DE INFORME DE EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA

INFORME PSICOPEDAGÓGICO

Nº de Expediente

Fecha de realización del Informe
__ / __ / ____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO:			
DEL ALUMNO/A:			
Nombre	<input type="text"/>		
Apellidos	<input type="text"/>		
F. nacimiento	<input type="text"/>	Edad	<input type="text"/>
Nº hermanos	<input type="text"/>	Lugar que ocupa	<input type="text"/>
Padre/tutor legal	<input type="text"/>		
Madre/tutora legal	<input type="text"/>		

Domicilio			
Localidad		C. Postal	
Provincia		Teléfono	
Etapa educativa		Curso	

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA / DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN:

<input type="checkbox"/> EQUIPO DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA DE:					
<input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN DE:					
Dirección				Código	
Población				C. Postal	
Teléfono		Fax		Correo electrónico	
Profesionales que han participado en la evaluación psicopedagógica					
Nombre y apellidos				Especialidad	

2.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO:

DEL CENTRO:					
Nombre del centro				Código	
Dirección					
Localidad				C. Postal	
Teléfono		Fax		Correo electrónico	
Tutor/a					

3.- MOTIVOS DE LA EVALUACIÓN:

Solicitado por:			
Situación tipo:			
<input type="checkbox"/> Nueva escolarización		<input type="checkbox"/> Revisión o seguimiento	
<input type="checkbox"/> Cambio de modalidad de escolarización		<input type="checkbox"/> Repetición extraordinaria	

<input type="checkbox"/> Cambio de Centro / Etapa	<input type="checkbox"/> Otras (especificar):
---	---

4.- INFORMACIÓN PREVIA DISPONIBLE:

INFORMES	FECHA	BREVE DESCRIPCIÓN
<input type="checkbox"/> Informe médico		
<input type="checkbox"/> Informe psicopedagógico		
<input type="checkbox"/> Otros informes(especificar)		

5.- TÉCNICAS Y PRUEBAS UTILIZADAS:

TIPO	TÉCNICA/PRUEBA
<input type="checkbox"/> Análisis de información y documental	
<input type="checkbox"/> Observación (conducta observada durante la evaluación, conducta observada en el aula, conducta observada en el patio)	
<input type="checkbox"/> Entrevistas	
<input type="checkbox"/> Pruebas psicopedagógicas estándar	
<input type="checkbox"/> Otras:	

6.- DATOS Y ASPECTOS RELEVANTES DE LA HISTORIA PERSONAL DEL ALUMNO:

Historia escolar:

ESCOLARIZACIÓN PREVIA (dos últimos cursos)				
CURSO ACADÉMICO <small>(también otros centros)</small>	CENTRO	LOCALIDAD	ETAPA	CURSO
	Medidas adoptadas:	<input type="checkbox"/> Refuerzo educativo <input type="checkbox"/> Participación en Programas <input type="checkbox"/> Apoyos especializados <input type="checkbox"/> Adaptación curricular <input type="checkbox"/> Otros _____		
CURSO ACADÉMICO <small>(también otros centros)</small>	CENTRO	LOCALIDAD	ETAPA	CURSO
	Medidas adoptadas:	<input type="checkbox"/> Refuerzo educativo <input type="checkbox"/> Participación en Programas <input type="checkbox"/> Apoyos especializados <input type="checkbox"/> Adaptación curricular <input type="checkbox"/> Otros _____		
CURSO ACTUAL				
Modalidad de escolarización				
Medidas adoptadas:		<input type="checkbox"/> Refuerzo educativo <input type="checkbox"/> Apoyos especializados <input type="checkbox"/> Participación en Programas <input type="checkbox"/> Adaptación curricular <input type="checkbox"/> Otras:		

Otros aspectos relevantes de la Historia escolar				
Desarrollo general:				
Condiciones personales de salud, diagnósticos, valoraciones sobre discapacidad, superdotación...				
Desarrollo de capacidades: cognitivas, psicomotoras, lingüísticas...				
Adaptación y relación social:				
Autonomía, autoconcepto, autoestima, equilibrio emocional, habilidades sociales y competencia social...				
Nivel De Competencia Curricular:				
<i>Según normativa vigente</i>				
Estilo de aprendizaje:				
Atención y concentración	<input type="checkbox"/> NULA	<input type="checkbox"/> BAJA	<input type="checkbox"/> MEDIA	<input type="checkbox"/> ALTA
Motivación	<input type="checkbox"/> NULA	<input type="checkbox"/> BAJA	<input type="checkbox"/> MEDIA	<input type="checkbox"/> ALTA
Nivel de autonomía	<input type="checkbox"/> NULA	<input type="checkbox"/> BAJA	<input type="checkbox"/> MEDIA	<input type="checkbox"/> ALTA
Aceptación de normas	<input type="checkbox"/> NULA	<input type="checkbox"/> BAJA	<input type="checkbox"/> MEDIA	<input type="checkbox"/> ALTA
Resistencia a la frustración	<input type="checkbox"/> NULA	<input type="checkbox"/> BAJA	<input type="checkbox"/> MEDIA	<input type="checkbox"/> ALTA
Actitud	<input type="checkbox"/> NULA	<input type="checkbox"/> BAJA	<input type="checkbox"/> MEDIA	<input type="checkbox"/> ALTA
Memoria	<input type="checkbox"/> NULA	<input type="checkbox"/> BAJA	<input type="checkbox"/> MEDIA	<input type="checkbox"/> ALTA
Actitud ante las ayudas y apoyos	<input type="checkbox"/> NULA	<input type="checkbox"/> BAJA	<input type="checkbox"/> MEDIA	<input type="checkbox"/> ALTA
Actitud ante actividades que domina	<input type="checkbox"/> NULA	<input type="checkbox"/> BAJA	<input type="checkbox"/> MEDIA	<input type="checkbox"/> ALTA
Actitud ante actividades difíciles	<input type="checkbox"/> NULA	<input type="checkbox"/> BAJA	<input type="checkbox"/> MEDIA	<input type="checkbox"/> ALTA
Capacidad de trabajo	<input type="checkbox"/> NULA	<input type="checkbox"/> BAJA	<input type="checkbox"/> MEDIA	<input type="checkbox"/> ALTA
Preferencias de agrupamiento	<input type="checkbox"/> SOLO	<input type="checkbox"/> PAREJA	<input type="checkbox"/> PEQ-GRUPO	<input type="checkbox"/> GR-GRUPO
Terminación de las tareas	<input type="checkbox"/> NUNCA	<input type="checkbox"/> CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> A VECES	<input type="checkbox"/> SIEMPRE
Preferencia en los tipos de lenguajes	<input type="checkbox"/> VISUAL	<input type="checkbox"/> AUDITIVA	<input type="checkbox"/> MANIPULAT.	<input type="checkbox"/> MIXTA
Refuerzos a los que responde	<input type="checkbox"/> MATERIALES	<input type="checkbox"/> ACTIVIDAD	<input type="checkbox"/> SOCIALES	
Ritmo de aprendizaje.	<input type="checkbox"/> LENTO	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> RÁPIDO	
Áreas en que muestra más interés				
Áreas en que muestra menos interés				
Otros aspectos a considerar				

7 - DATOS Y ASPECTOS RELEVANTES, EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA/APRENDIZAJE, DEL CONTEXTO EDUCATIVO

Centro-aula: organización del proceso de enseñanza-aprendizaje, recursos personales, organizativos y didácticos, relaciones e interacciones, alumnos, metodología, espacios, tiempos...			
Relación profesor/alumno	<input type="checkbox"/> INADECUADAS	<input type="checkbox"/> ADECUADAS	<input type="checkbox"/> BUENAS
Relación con compañeros	<input type="checkbox"/> INADECUADAS	<input type="checkbox"/> ADECUADAS	<input type="checkbox"/> BUENAS
Características del aula			
Características del grupo/clase	Total de alumnos		
	Alumnado con necesidades educativas		
	Clima de aula		
	Otros datos:		
Recursos generales y específicos para la atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo:			
Recursos personales del centro			
Recursos organizativos y didácticos del centro			

8 - DATOS Y ASPECTOS RELEVANTES, EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA/APRENDIZAJE, DEL CONTEXTO FAMILIAR:

Situación familiar, rasgos significativos de la familia y de su entorno: influencia en el desarrollo, relación con el centro, cooperación, expectativas..., que se consideren relevantes.	
Estructura familiar	
Relaciones familiares	
Nivel socio-cultural	
Pautas educativas familiares	
Expectativas respecto al alumno/a	
Colaboración con el centro	
Otros aspectos a considerar	

9 - DATOS Y ASPECTOS RELEVANTES DEL CONTEXTO SOCIAL:

Recursos del contexto social relevantes para el desarrollo del alumno, utilización de los recursos...

10 - CATEGORIZACIÓN

A efectos operativos, en la cumplimentación de este apartado, se utilizará la clasificación establecida para el fichero de la aplicación informática ATDI.					
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 80%;">Grupo principal*:</td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>Tipología:</i></td> <td></td> </tr> </table>		Grupo principal*:		<i>Tipología:</i>	
Grupo principal*:					
<i>Tipología:</i>					

	<i>Categoría:</i>
Grupo secundario:	
	<i>Tipología:</i>
	<i>Categoría:</i>

* Para ACNEE indicar todas las tipologías/categorías

11 - IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES ESPECÍFICAS DE APOYO EDUCATIVO:

Necesidades de tipo personal											
Aspectos cognitivos	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> No presenta</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Estrategias de focalización y atención</td> <td><input type="checkbox"/> Estructuración de la información / Comprensión</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mejorar los hábitos de estudio</td> <td><input type="checkbox"/> Trabajo reflexivo y autodirigido</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Memoria</td> <td><input type="checkbox"/> Capacidad de razonamiento</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otros (especificar)</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> No presenta		<input type="checkbox"/> Estrategias de focalización y atención	<input type="checkbox"/> Estructuración de la información / Comprensión	<input type="checkbox"/> Mejorar los hábitos de estudio	<input type="checkbox"/> Trabajo reflexivo y autodirigido	<input type="checkbox"/> Memoria	<input type="checkbox"/> Capacidad de razonamiento	<input type="checkbox"/> Otros (especificar)	
<input type="checkbox"/> No presenta											
<input type="checkbox"/> Estrategias de focalización y atención	<input type="checkbox"/> Estructuración de la información / Comprensión										
<input type="checkbox"/> Mejorar los hábitos de estudio	<input type="checkbox"/> Trabajo reflexivo y autodirigido										
<input type="checkbox"/> Memoria	<input type="checkbox"/> Capacidad de razonamiento										
<input type="checkbox"/> Otros (especificar)											
Equilibrio personal o afectivo-emocional	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> No presenta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autoconcepto y autoestima</td> <td><input type="checkbox"/> Autonomía personal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Motivación</td> <td><input type="checkbox"/> Empatía</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Estabilidad emocional</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otros (especificar)</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> No presenta		<input type="checkbox"/> Autoconcepto y autoestima	<input type="checkbox"/> Autonomía personal	<input type="checkbox"/> Motivación	<input type="checkbox"/> Empatía	<input type="checkbox"/> Estabilidad emocional		<input type="checkbox"/> Otros (especificar)	
<input type="checkbox"/> No presenta											
<input type="checkbox"/> Autoconcepto y autoestima	<input type="checkbox"/> Autonomía personal										
<input type="checkbox"/> Motivación	<input type="checkbox"/> Empatía										
<input type="checkbox"/> Estabilidad emocional											
<input type="checkbox"/> Otros (especificar)											
Relación interpersonal y adaptación social	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> No presenta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trabajo en grupo</td> <td><input type="checkbox"/> Autorregulación conductual</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Habilidades de comunicación</td> <td><input type="checkbox"/> Habilidades sociales</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otros(especificar)</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> No presenta		<input type="checkbox"/> Trabajo en grupo	<input type="checkbox"/> Autorregulación conductual	<input type="checkbox"/> Habilidades de comunicación	<input type="checkbox"/> Habilidades sociales	<input type="checkbox"/> Otros(especificar)			
<input type="checkbox"/> No presenta											
<input type="checkbox"/> Trabajo en grupo	<input type="checkbox"/> Autorregulación conductual										
<input type="checkbox"/> Habilidades de comunicación	<input type="checkbox"/> Habilidades sociales										
<input type="checkbox"/> Otros(especificar)											
Desarrollo Psicomotor	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> No presenta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Psicomotricidad fina</td> <td><input type="checkbox"/> Psicomotricidad gruesa/coordinación dinámica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Coordinación visomotora/visomanual</td> <td><input type="checkbox"/> Conductas respiratorias</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otros(especificar)</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> No presenta		<input type="checkbox"/> Psicomotricidad fina	<input type="checkbox"/> Psicomotricidad gruesa/coordinación dinámica	<input type="checkbox"/> Coordinación visomotora/visomanual	<input type="checkbox"/> Conductas respiratorias	<input type="checkbox"/> Otros(especificar)			
<input type="checkbox"/> No presenta											
<input type="checkbox"/> Psicomotricidad fina	<input type="checkbox"/> Psicomotricidad gruesa/coordinación dinámica										
<input type="checkbox"/> Coordinación visomotora/visomanual	<input type="checkbox"/> Conductas respiratorias										
<input type="checkbox"/> Otros(especificar)											
Desarrollo comunicativo-lingüístico	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> No presenta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Expresión oral/articulación</td> <td><input type="checkbox"/> Comprensión oral</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Expresión y composición escrita</td> <td><input type="checkbox"/> Otros</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Desarrollo morfosintáctico</td> <td><input type="checkbox"/> Nivel semántico/vocabulario</td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> No presenta		<input type="checkbox"/> Expresión oral/articulación	<input type="checkbox"/> Comprensión oral	<input type="checkbox"/> Expresión y composición escrita	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Desarrollo morfosintáctico	<input type="checkbox"/> Nivel semántico/vocabulario	Otros	
<input type="checkbox"/> No presenta											
<input type="checkbox"/> Expresión oral/articulación	<input type="checkbox"/> Comprensión oral										
<input type="checkbox"/> Expresión y composición escrita	<input type="checkbox"/> Otros										
<input type="checkbox"/> Desarrollo morfosintáctico	<input type="checkbox"/> Nivel semántico/vocabulario										
Otros											
Necesidades de tipo curricular											
<input type="checkbox"/> No presenta											
Aspectos de tipo socio - familiar a considerar											
<input type="checkbox"/> No presenta											

--

12 - ORIENTACIONES PARA LA PROPUESTA CURRICULAR:

Actualización de la adecuación curricular: medidas ordinarias o extraordinarias propuestas en el ámbito escolar, referidas a objetivos, contenidos y criterios de evaluación, para la respuesta educativa a las necesidades detectadas. Adaptaciones curriculares (concretar el compromiso y coordinación de los profesionales implicados)
Modalidad de escolarización recomendada, en su caso
Programas específicos, en su caso
Aspectos organizativos y metodología
Previsibles adaptaciones en los elementos de acceso al currículo (ubicación en aula - equipamiento específico, ayudas específicas)
Previsibles adaptaciones en la metodología y actividades
Estimación de los recursos personales y materiales que se consideran necesarios
Orientaciones para el ámbito extraescolar

13 - ORIENTACIONES A LA FAMILIA:

--

14 - PROPUESTA DE SEGUIMIENTO Y REVISIÓN

--

En a de de 20

Sello del EOE/Centro	Nombre y Firma	Nombre y Firma
-------------------------	----------------	----------------

--	--	--

(Nombre y firma de los profesionales que han intervenido)

	fecha	firma
Información al profesorado tutor		
Información a la familia, que manifiestan su con la propuesta realizada	<input type="checkbox"/> CONFORMIDAD	<input type="checkbox"/> DISCONFORMIDAD

En caso de disconformidad de los padres exponer los motivos

LOS DATOS DE ESTE INFORME ESTÁN RECOGIDOS CON AUTORIZACIÓN DE LA FAMILIA Y SON ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES Y CORRESPONDEN A UN MOMENTO DETERMINADO DEL DESARROLLO DEL NIÑO. LOS DATOS QUE SUPONGAN UNA ACTUALIZACIÓN O CAMBIO DE VALORACIÓN SUSTITUYEN A LOS REGISTRADOS EN INFORMES ANTERIORES. EL INFORME VIGENTE DEBE PERMANECER EN EL EXPEDIENTE ACADÉMICO DEL ALUMNO DURANTE SU ESCOLARIDAD Y SER REMITIDO JUNTO CON ESTE EN CASO DE TRASLADO OFICIAL DE CENTRO ESCOLAR.

ANEXO 5: Dictamen de escolarización

DICTAMEN DE ESCOLARIZACIÓN

DICTAMEN DE ESCOLARIZACIÓN

Nº de Expediente

Fecha de realización del
Dictamen

__ / __ / ____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO:			
DEL ALUMNO/A:			
Nombre	<input type="text"/>		
Apellidos	<input type="text"/>		
F. nacimiento	<input type="text"/>	Edad	<input type="text"/>
Nº hermanos	<input type="text"/>	Lugar que ocupa	<input type="text"/>
Padre/tutor legal	<input type="text"/>		
Madre/tutora legal	<input type="text"/>		
Domicilio	<input type="text"/>		
Localidad	<input type="text"/>	C. Postal	<input type="text"/>

Provincia		Teléfono	
Etapa educativa		Curso	

1.- PROPUESTA REALIZADA POR:

<input type="checkbox"/> EQUIPO DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA DE:					
<input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN DE:					
Dirección		Código			
Población		C. Postal			
Teléfono		Fax		Correo electrónico	

2.- OTROS DATOS DEL ALUMNO/A:

Información aportada por la familia	
<input type="checkbox"/> Calificación de Minusvalía	
<input type="checkbox"/> Informe Médico	
<input type="checkbox"/> Informe de Centro Base	
<input type="checkbox"/> Otros informes	

3.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO (escolarización actual):

Nombre del centro		Código	
Dirección			
Localidad		C. Postal	
Teléfono		Fax	
		Correo electrónico	

4.- MOTIVO DEL DICTAMEN:

<input type="checkbox"/> Nueva escolarización	<input type="checkbox"/> Revisión – Modificación
<input type="checkbox"/> Cambio de etapa	<input type="checkbox"/> Otros:
<input type="checkbox"/> Cambio de centro	

5.- SÍNTESIS DE LA EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA:

Apreciación global del desarrollo general del alumno, madurez y desarrollo social:
Datos relevantes de evaluación psicopedagógica:
Estilo de aprendizaje:
Nivel de competencia curricular:
Aspectos relevantes que pueden incidir en el proceso de enseñanza y aprendizaje:

6 - CATEGORIZACIÓN

A efectos operativos, en la cumplimentación de este apartado, se utilizará la clasificación establecida para el fichero de la aplicación informática ATDI.

<table border="1"> <tr> <td>Grupo principal*:</td> </tr> <tr> <td> <i>Tipología:</i></td> </tr> <tr> <td> <i>Categoría:</i></td> </tr> </table>	Grupo principal*:	<i>Tipología:</i>	<i>Categoría:</i>
Grupo principal*:			
<i>Tipología:</i>			
<i>Categoría:</i>			
<table border="1"> <tr> <td>Grupo secundario:</td> </tr> <tr> <td> <i>Tipología:</i></td> </tr> <tr> <td> <i>Categoría:</i></td> </tr> </table>	Grupo secundario:	<i>Tipología:</i>	<i>Categoría:</i>
Grupo secundario:			
<i>Tipología:</i>			
<i>Categoría:</i>			

* Para ACNEE indicar todas las tipologías/categorías

7.- IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES ESPECÍFICAS DE APOYO EDUCATIVO:

Necesidades de tipo personal
Necesidades de tipo curricular
Aspectos de tipo sociofamiliar a considerar

8.- ORIENTACIONES PARA LA PROPUESTA CURRICULAR:

Valoración de la movilidad y la autonomía personal - Tipo de ayudas:				
ÁMBITOS DE FUNCIONALIDAD:	NULO	BAJO	MEDIO	Ayudas técnicas que requiere
• Autonomía en la comunicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Autonomía en los desplazamientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Autonomía personal (aseo, esfínteres...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Otros (especificar):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Estimación de los programas específicos				
• No precisa	<input type="checkbox"/>			
• Precisa (especificar)	<input type="checkbox"/>			
Estimación de los apoyos educativos especializados y propuestas de adaptación				
APOYOS		OBSERVACIONES		
• No precisa	<input type="checkbox"/>			
• Intérprete de Lengua de Signos	<input type="checkbox"/>			
• Ayudante Técnico Educativo	<input type="checkbox"/>			
• Atención Fisioterapéutica	<input type="checkbox"/>			
• Apoyo Pedagogía Terapéutica - PT	<input type="checkbox"/>			
• Apoyo Audición y Lenguaje - AL	<input type="checkbox"/>			
• Adaptaciones curriculares (especificar en áreas o materias)	<input type="checkbox"/>			

9.- PROPUESTA DE MODALIDAD DE ESCOLARIZACIÓN (en función de las necesidades educativas del alumno/a y de las características de los centros):

ETAPA				
	Ciclo:		Curso:	
<input type="checkbox"/>	Escolarización en centro ordinario			
<input type="checkbox"/>	Escolarización en centro ordinario preferente			
<input type="checkbox"/>	Específica en centro de educación especial			
<input type="checkbox"/>	Específica en aula sustitutoria de centro de educación especial.			
<input type="checkbox"/>	Combinada.			
Revisión de la modalidad de escolarización				

10.- OBSERVACIONES:

(Indicar la propuesta de distribución de días y horas en los centros, en su caso)

En a de de 20

Vº Bº del
Director/a

Nombre y firma del
Orientador/a

Sello
del EOE/Centro

ANEXO 6: Opinión de la familia respecto a la propuesta del dictamen de escolarización

A.- Centros de la zona con recursos para atender las necesidades educativas del alumno o alumna.

B.- Preferencias de centro manifestadas por los padres en la escolarización del alumno o alumna.

1º Centro:
2º Centro:
3º Centro:

C.- Opinión de los padres respecto a la modalidad de escolarización recogida en el dictamen.

D/Dña.:	
---------	--

en calidad de padre / madre / tutor o tutora (*táchese lo que no proceda*) del alumno/a al que se refiere este dictamen, soy informado/a por el Equipo de Orientación Educativa / Departamento de Orientación de la evaluación psicopedagógica realizada, de la modalidad de escolarización propuesta y de los servicios educativos de que dispone la zona.

Respecto a la modalidad de escolarización expresada en el dictamen deseo manifestar:

Estar de acuerdo

Estar en desacuerdo (especificar los motivos):

--

En

--

 a

--

 de

--

 de

20

Nombre y Firma

Padre/Tutor legal

Nombre y Firma

Madre/Tutora legal

ANEXO 7: Escala de Conners

Cuestionario de Conducta de CONNERS para PROFESORES/AS Forma abreviada (C.C.E.; Teacher`s Questionnaire, C. Keith Conners)

Nombre y Apellidos: _____ Edad: _____
Curso: _____ Centro: _____

Instrucciones: Por favor, responde a todas las preguntas. Al lado de cada ítem marque el grado de severidad que el problema tenga para usted.

	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Tiene excesiva inquietud motora	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Tiene explosiones impredecibles de mal genio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Molesta frecuentemente a otros/as niños/as	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Tiene aspecto enfadado/a, huraño/a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Cambia bruscamente sus estados de ánimo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Intranquilo/a, siempre en movimiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Es impulsivo/a e irritable	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. No termina las tareas que empieza	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Sus esfuerzos se frustran fácilmente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

TOTAL

--	--	--	--

Criterios de corrección:

Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

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

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

Puntuación:

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

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

Cuestionario de Conducta de CONNERS

para PADRES Forma abreviada

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

Nombre y Apellidos: _____ Edad: _____
Curso: _____ Centro: _____

Instrucciones: Por favor, responde a todas las preguntas. Al lado de cada ítem marque el grado de severidad que el problema tenga para usted.

	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Es impulsivo/a, irritable				
2. Es llorón/a.				
3. Es más movido/a de lo normal				
4. No puede estarse quieto/a				
5. Es destructor/a (ropas, juguetes, otros objetos)				
6. No acaba las cosas que empieza				
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención				
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo				
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente				
10. Suele molestar frecuentemente a otros/as niños/as				

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

TOTAL

Criterios de corrección:

Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

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

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

Puntuación:

Para los NIÑOS entre los 6 – 11 años: una puntuación >16 es sospecha de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

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

Cuestionario de Conducta en la ESCUELA

Forma abreviada

(C.C.E.; Teacher's Questionnaire, C. Keith Conners)

Nombre y Apellidos: _____	Edad: _____
Curso: _____	Centro: _____

Instrucciones: Por favor, responda a todas las preguntas. Al lado de cada ítem marque el grado de severidad que el problema tenga para usted. Utilizar este cuestionario para obtener una descripción de las conductas de los/las alumnos/as. Los datos obtenidos deben trasladarse a la tabla diagnóstica del DSM-IV.

DESCRIPTORES	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Tiene excesiva inquietud motora				
2. Emite sonidos molestos en situaciones inapropiadas				
3. Exige inmediata satisfacción de sus demandas				
4. Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso/a				
5. Tiene explosiones impredecibles de mal genio				
6. Es susceptible, demasiado sensible a la crítica				
7. Se distrae fácilmente, escasa atención				
8. Molesta frecuentemente a otros niños/as				
9. Está en las nubes, ensimismado/a				
10. Tiene aspecto enfadado/a, huraño/a				
11. Cambia bruscamente sus estados de ánimo				
12. Discute y pelea por cualquier cosa				
13. Tiene actitud tímida y sumisa ante los adultos				
14. Intranquilo/a, siempre en movimiento				
15. Es impulsivo/a e irritable				
16. Exige excesivas atenciones del profesorado				
17. Es mal aceptado/a en el grupo				

DESCRPTORES	Nada	Poco	Bastante	Mucho
18. Se deja dirigir por otros/as niños/as				
19. No tiene sentido de las reglas del "juego limpio"				
20. Carece de aptitudes para el liderazgo				
21. No termina las tareas que empieza				
22. Su conducta es inmadura para su edad				
23. Niega sus errores o culpa a los demás				
24. No se lleva bien con la mayoría de sus compañeros/as				
25. Tiene dificultad para las actividades cooperativas				
26. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante				
27. Acepta mal las indicaciones del profesorado				
28. Tiene dificultades de aprendizaje escolar				

Cuestionario de Conducta en el HOGAR

Forma abreviada

(C.C.I.; Parent`s Questionnaire, C. Keith Connors)

Nombre y Apellidos: _____ Edad: _____

Curso: _____ Centro: _____

Instrucciones: Por favor, responda a todas las preguntas. Al lado de cada ítem marque el grado de severidad que el problema tenga para usted. Utilizar este cuestionario para obtener una descripción de las conductas de los/las alumnos/as. Los datos obtenidos deben trasladarse a la tabla diagnóstica del DSM-IV.

DESCRIPTORES	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Se manosea los dedos, uñas, pelo, ropa				
2. Trata irrespetuosamente a personas mayores				
3. Tiene dificultad para hacer o mantener amistades				
4. Es impulsivo/a, irritable				
5. Quiere controlar y dirigir en cualquier situación				
6. Se chupa el dedo, la ropa o las mantas				
7. Es llorón/a				
8. Es desgarbado/a en su porte externo				
9. Está en las nubes, ensimismado/a				
10. Tiene dificultad para aprender				
11. Es más movido/a de lo normal				
12. Es miedoso/a				
13. No puede estarse quieto/a				
14. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos)				
15. Es mentiroso/a				
16. Es retraído/a, tímido/a				
17. Causa más problemas que otro/a de su misma edad				

DESCRPTORES	Nada	Poco	Bastante	Mucho
18. Su lenguaje es inmaduro para su edad				
19. Niega sus errores o echa la culpa a otros/as				
20. Es discutidor/a				
21. Es huraño/a, coge berrinches				
22. Roba cosas o dinero en casa o fuera				
23. Es desobediente, obedece con desgana				
24. Le preocupa excesivamente estar solo/a, la enfermedad				
25. No acaba las cosas que empieza				
26. Es susceptible, se "pica" fácilmente				
27. Tiende a dominar, es un/a "matón/a"				
28. Hace movimientos repetitivos durante ratos				
29. Es a veces cruel con los animales o niños/as pequeños/as				
30. Pide ayuda y seguridad como si fuese más pequeño/a				
31. Se distrae fácilmente, escasa atención				
32. Le duele la cabeza frecuentemente				
33. Cambia bruscamente sus estados de ánimo				
34. No acepta restricciones o reglamentos, desobediente				
35. Se pelea con mucha frecuencia por cualquier motivo				
36. No se lleva bien con sus hermanos/as				
37. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante				
38. Suele molestar frecuentemente a otros/as niños/as				
39. Habitualmente es un niño/a triste				
40. Tiene poco apetito, caprichoso/a con las comidas				
41. Se queja de dolores de vientre				
42. Tiene trastornos de sueño				
43. Tiene otros tipos de dolores				

DESCRIPTORES	Nada	Poco	Bastante	Mucho
44. Tiene vómitos con cierta frecuencia				
45. Se siente marginado/a o engañado/a en su familia				
46. Suele ser exagerado/a, "fardón" o "fardona"				
47. Deja que le manipulen o abusen de él/ella				
48. No controla bien el pis o tiene dificultades de defecación				

ANEXO 8: Escala ADHD de Barkley y DuPaul**Escala de TDAH de Barkley y DuPaul**

Nombre y apellidos del niño _____
 Edad _____ Curso _____ Completado por _____

Rodee la cifra de la columna que mejor describa al niño

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
1. A menudo mueve manos o pies, juguetes con ellos o se remueve en el asiento	0	1	2	3
2. Le cuesta estarse sentado	0	1	2	3
3. Se distrae fácilmente	0	1	2	3
4. Le cuesta guardar turno	0	1	2	3
5. Suele contestar precipitadamente a las preguntas que se le formulan	0	1	2	3
6. Tiene problemas para seguir instrucciones	0	1	2	3
7. Le cuesta mantener fija la atención en una tarea	0	1	2	3
8. Suele empezar una cosa sin haber acabado la anterior	0	1	2	3
9. Le cuesta jugar tranquilamente	0	1	2	3
10. A menudo habla demasiado	0	1	2	3
11. Interrumpe o se inmiscuye en actividades o conversaciones ajenas	0	1	2	3
12. A menudo parece que está en las nubes	0	1	2	3
13. Suele perder las cosas que necesita	0	1	2	3
14. Participa frecuentemente en actividades físicamente peligrosas sin tener en cuenta las posibles consecuencias	0	1	2	3

Reproducido con la autorización de R.A. Barkley *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (Trastorno de TDAH: Manual de diagnóstico y tratamiento), Guilford Press, New York, 1990.

ANEXO 9: Escala de actividad de actividad de Werry, Weiss y Peters

Escala de actividad de Werry, Weiss y Peters			
En el hogar (durante las comidas)			
1. Se levanta y se sienta varias veces sin motivo	0	1	2
2. Interrumpe la comida sin razón	0	1	2
3. Se mueve mucho en su asiento	0	1	2
4. Juega nerviosamente con objetos	0	1	2
5. Habla excesivamente	0	1	2
En el hogar (viendo la televisión)			
6. Se levanta y se sienta constantemente	0	1	2
7. Hace cosas que impiden que los demás vean el programa con tranquilidad	0	1	2
8. Juega con objetos	0	1	2
9. Habla demasiado	0	1	2
10. Balancea el cuerpo	0	1	2
En el hogar (durante el juego)			
11. Muestra agresividad. Es incapaz de participar en juegos tranquilos	0	1	2
12. No se mantiene quieto	0	1	2
13. Cambia de juego constantemente	0	1	2
14. Busca la atención de los padres	0	1	2
15. Habla en exceso	0	1	2

16. Interrumpe el juego de los otros niños	0	1	2
17. No mide el peligro	0	1	2
18. Se muestra impulsivo	0	1	2
En el hogar (durante el sueño)			
19. Tiene dificultades para iniciar el sueño	0	1	2
20. Duerme muy poco	0	1	2
21. Se muestra inquieto mientras duerme	0	1	2
Fuera del hogar (no en la escuela)			
22. Está inquieto cuando viaja	0	1	2
23. Está inquieto durante las compras	0	1	2
24. Está inquieto en la iglesia y/o en el cine	0	1	2
25. Está inquieto durante las visitas	0	1	2
26. Desobedece constantemente	0	1	2
En la escuela			
27. No se concentra en el trabajo	0	1	2
28. Habla sin parar	0	1	2
29. Se levanta y se sienta varias veces sin motivo	0	1	2
30. Molesta a los compañeros	0	1	2

ANEXO 10: Escala de evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (EDAH)

		NEGATIVO		POSITIVO	
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
TH	1. Tiene excesiva inquietud motora				
DA	2. Tiene dificultades de aprendizaje escolar				
TH	3. Molesta frecuentemente a los niños				
DA	4. Se distrae fácilmente, escasa atención				
TH	5. Exige que sus peticiones se cumplan inmediatamente				
TC	6. Tiene dificultad para actividades en equipo/grupo				
DA	7. Está en las nubes, ensimismado				
DA	8. No acaba las tareas que ha empezado				
TC	9. Es mal aceptado por el grupo				
TC	10. Niega sus errores y echa la culpa a otros				
TC	11. Emite sonidos molestos y en situación inapropiada				
TC	12. Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso				
TH	13. Intranquilo, siempre en movimiento				
TC	14. Discute y pelea por cualquier cosa				
TC	15. Tiene explosiones impredecibles de mal genio				
TC	16. Le falta sentido de las reglas del "juego limpio"				
TH	17. Es impulsivo e irritable				
TC	18. Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros				
DA	19. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante				
TC	20. Acepta mal las indicaciones del profesor				

A. Farré-Riba, J.Narbona. Revista de Neurología, 25 (138) 200-204

Resultados: Los autores consideran valorable cuando aparecen, en la tabla dicotomizada, 6 variables positivas para déficit de atención y/o hiperactividad.

Valores:

Hiperactividad: (punto de corte 10)

Déficit de atención: (punto de corte 10)

H-DA: (punto de corte 18)

Trastorno de conducta: (punto de corte 11)

ANEXO 11: Escala de problemas de atención infantil de Edelbrock

Éste es un cuestionario muy adecuado para pasarlo a niños que tienen problemas de atención importantes pero no presentan síntomas de hiperactividad. Este tipo de niños es fácil que pasen desapercibidos si se utilizan otras escalas que, según nuestra experiencia, reflejan sobre todo los síntomas hiperactivo-impulsivos.

Nombre y apellidos del niño _____
 Edad _____ Curso _____ Sexo _____ Completado por _____

Instrucciones: A continuación tiene una lista de ítems para describir al niño. Evalúe si cada ítem permite describirlo ahora o durante la última semana, marcando con una cruz la columna correspondiente: Falso, Cierto en algunas ocasiones o en alguna medida o Absolutamente cierto o muy frecuente. Por favor, puntúe cada ítem lo mejor que sepa, incluso en el caso de que no le parezca relevante para describir al niño.

	Falso	Cierto en algunas ocasiones o en alguna medida	Absolutamente cierto o muy frecuente
1. Deja las cosas a medias			
2. No se puede concentrar, no es capaz de mantener la atención durante mucho tiempo			
3. No sabe estarse quieto, es incansable, hiperactivo			
4. Mueve manos y pies o juguetea con ellos			
5. Sueña despierto, está en las nubes			
6. Es impulsivo, actúa antes de pensar			
7. Le cuesta mucho seguir instrucciones			
8. Habla cuando no es su turno			
9. Sus trabajos están sucios y desordenados			
10. Se distrae fácilmente			
11. Habla demasiado			
12. No realiza las tareas que se le asignan			

Por favor, escriba cualquier comentario que juzgue relevante sobre el trabajo o el comportamiento del niño durante la última semana.

ANEXO 12: Direcciones de asociaciones contra el TDAH

A CORUÑA

Asociación ANHIDA
Dirección sólo correspondencia:
Urbanización Ultreya nº 37
15008 A Coruña
anhidacoruna@anhida.org
www.anhida.org
& 650 024 711

A CORUÑA

Asociación DÉDALO
Urb. La Mastelle, casa 40.
15179 Montove - Oleiros. A Coruña
carova@tda-h.com
www.tda-h.com/dedalo.html
% 981 635 420
% 988 231 424

ÁGUILAS (Murcia)

Asociación Águilas Vida Activa
C/ Caridad, nº 14 - A, 1º
30880 Águilas (Murcia)
aguilasvidaactiva@hotmail.com
& 630 114 938

ÁLAVA

Asociación ANADAHÍ
C/ Pintor Vicente Abreu, 7-Bajo
01008 Vitoria - Gasteiz (Álava)
anadahi@euskalnet.net
contacto@anadahi.es
www.anadahi.es
% 945 213 943
& 665 704 998

ALBACETE

APANDAH
Asociación de padres y madres de
afectados por déficit de atención con o sin
hiperactividad
Apartado 140 - 02003 Albacete
lolimayoral@hotmail.com
apandah@gmail.com
& 687 728 786 / 628 194 580 (Albacete)
& 620 781 922 (Hellín)

ALGECIRAS (Cádiz)

Asociación de Padres de Niños con
Hiperactividad y Déficit de Atención
TROTAMUNDOS
C/ Guadalmina, nº3, 1º A.
11206 Algeciras (Cádiz)
tdahtrotamundos@gmail.com
% 956 660 215
& 655 923 139

ANDALUCÍA

Federación Andaluza de Asociaciones
Ayuda Hiperinéticos y Déficit de Atención
e Hiperactividad
Plaza de Cristo de Burgos, nº 29, 2ª Planta
Edificio Sede Fundación Verbum

41003 Sevilla
fahyda.org@gmail.com
& 659 856 438

ARAGÓN

Asociación AATEDA (Asociación Aragonesa
del Trastorno por Déficit de Atención con o
sin Hiperactividad)

ZARAGOZA

C/ Blas de Otero, Local 5
50018 Zaragoza

HUESCA

C/ Ntra. Sra. de Cillas, 1 bajo B
22002 – Huesca
a-ateda@terra.es
www.tda-h.com/ateda.es
& 651 027 962 (Zaragoza) & 653 952 560
(Zaragoza) & 680 599 589 (Huesca)

ARANDA DE DUERO

Asociación Arandina de TDA-H y TGD
Centro Comercial Isilla, 3, 3ª Planta. Of. G
09400 Aranda de Duero
a.a.tdh@orangemail.es
& 680 455 269

ASTURIAS

ANHIPA Asociación de niños hiperactivos
del Principado de Asturias
C/Agua, 2-3ºB
33206 Gijón (Asturias)
anhipa_asturias@hotmail.com
& 667425279
% 98 517 23 39

BADAJOS

Asociación EL AMANECER
Avda. Libertad, 39
06800 Mérida. Badajoz
% 924 372 226
& 629 055 877

BARCELONA

Asociación ATEDA
Domicilio sede: C/Gomis, 102-104
08022 Barcelona
Domicilio social:
C / Craywinckel 2729 entlo. 4ª
08022 Barcelona
ateda@ateda.org
www.ateda.org
% 93 417 07 39 (Sede)
% 93 201 01 15 (Domicilio Social)
Fax: 93 417 07 39

BARCELONA

Fundación ADANA
Muntaner, 250, principal 1ª.
08021 Barcelona

adana@gcelsa.com
www.f-adana.org
% 93 241 19 79
Fax: 93 241 19 77

BARCELONA

TDAH CATALUNYA
Associació de familiars i afectats pel TDA-H
Espai d'Entitats Ajuntament de Barcelona
C/ Isaac Albèiz 14-28
08017 Barcelona
info@tdahcatalunya.org
www.tdahcatalunya.org
& 697 237 757

BARCELONA

Tdah anioia
Associació de famílies de nens amb dèficit
d'atenció/hiperactivitat.
Centre Cívic del Barri de Montserrat d'Igualada
Orquídiades, 7
08700 Igualada
info@tdahanoia.com
www.tdahanoia.com
% 93 804 36 61
fax 93 804 65 51

BARCELONA

Asociación TDAH Penedés
Vilafranca del Penedés (Barcelona)
C/ Font-Rubi, nº 6, 6º 1ª
08720 Vilafranca del Penedés
(Barcelona)
aps1924@hotmail.com

BILBAO

Asociación AHIDA
Parque Gobelaurre, s/n
48990 Getxo (Bizcaia)
idoialg@euskalnet.net
ahida05@euskalnet.net
www.ahida.org
& 670 987 473 (Idoia)
& 670 589 677 (Mª Mar)

BURGOS

Asociación ABUDAH
Asociación Burgalesa de Personas
Afectadas por el Trastorno de Déficit de
Atención e Hiperactividad
Centro Socio-Sanitario Graciliano Urbaneja,
Paseo Comendadores s/n
09001 - Burgos
asociación_abudah@yahoo.es
www.abudah.es
& 650 767 693

CÁCERES

A.N.D.A.H. Asociación de Niños con Déficit
de Atención e Hiperactividad
Avda. Virgen de Guadalupe, nº 27
Escalera dcha. 6º C
10001 Cáceres
cc.andah@gmail.com
% 927 248 423
& 677 477 722

& 645 921 214

CÁDIZ

Asociación de Familiares de Niños
Hiperactivos AFHIP
C/ Tío Juanes-Estancia Barrera, Local 2
11401 Jeréz de la Frontera (Cádiz)
Aptdo. Correos 1955 -11408
Jeréz de la Frontera - Cádiz
afhip@hotmail.com
afhip1@gmail.com
www.groups.msn.com/TDAHCADIZ
& 609 655 546
% 956 349 474

CANTABRIA

Asociación ACANPADAH
C/ Carmen Amaya, nº 9
39011 Santander
Cantabria
acanpadah@hotmail.com
& 647 874 045
fax 942 543587

CANTABRIA

Fundación Cantabria Ayuda al Déficit de
Atención e Hiperactividad (CADAH)
Avda. de los Castros, 73 - Plaza Urb. Los Ríos
39005 Santander
info@fundacioncadah.org
www.fundacioncadah.org
% 942 213 766

CASTILLA-LA MANCHA

Asociación AMHIDA
C/ Toledo, 32, 6º A
13003 Ciudad Real
amhida@castillalamanca.es
www.amhida.es
& 655 956 603
% 926 922 161

CATALUÑA

FCAFA TDAH
Federació Catalana d'Associacions de
Familiars i Afectats de TDAH
Casal-Auditori P. Picasso
Psgte. Sant Ramon 2
08840 Viladecans
fcatatdah@gmail.com
elenaocallaghan@tdahcatalunya.org
& 648 247 848

CATALUÑA

Plataforma TDA-H
Hotel d'Entitats
C/ Riereta, 4
8830 Sant Boi de Llobregat
plataformatdah@gmail.com
www.tdah-catalunya.org
& 634 412 152

CATALUÑA

FCAFA TDAH
Federació Catalana d'associacions de
Familiars i Afectats de TDAH

Casal-Auditori P. Picasso
Psgte. Sant Ramon 2
8840 Viladecans
fcafatahdah@gmail.com
elenaocallaghan@tdahcatalunya.org
& 648 247 848

CÓRDOBA

Asociación ACODAH
Av. La Alameda nº 1 esc 2, 3º, 4.
14005 Córdoba
acodah@gmail.com
www.personales.ya.com/acodah/
& 625 263 515

GERONA

ASFADA-Associació de suport a familiars i
afectats de déficit d'atenció
Palamós (Girona)
C/ Martí Muntaner i Coris, nº. 10 - 2º 3ª
17230 Palamós (Girona)
ASFADAGIRONA@telefonica.net

GRANADA

AMPACHICO Asociación de madres y padres
de niños y adolescentes hiperactivos y con
trastorno de conducta C/ Jazmín nº 9 -
Ogíjares18151 (Granada)
ampachico@gmail.com www.ampachico.es &
371 206 05 & 609 006 237

GUIPÚZCOA

ADAHigi Asociación de Déficit de Atención
e Hiperactividad de Gipuzkoa
C/Catalina Eleizegi, nº 40, Bajo.
20009 Guipúzcoa
adahigi@adahigi.org
www.adahigi.org
& 943 459 594

HUELVA

Asociación de Familias con TDAH Aire Libre
C/San José 19 (Entreplantas)
41002 Huelva
airelibre@asairelibre.org
& 620 310 762

ISLA DE LA PALMA

Asociación Besay "Asociación de Padres y
Madres de Niño@s y Jóvenes con Déficit de
Atención e Hiperactividad"
Avenida Venezuela, nº 1. El Paso.
38750 Prov. Santa Cruz de Tenerife
Canarias
tdahbesay@hotmail.com
& 922 486 562

ISLAS BALEARES

STILL Asociación Balear de Padres de niños
con TDAH
C/ Ramón Berenguer III, nº 5, bajos
07003 Palma de Mallorca (Baleares)
www.still-tdah.com
stilltdah@yahoo.es
& 971 498 667

ISLAS CANARIAS

ATIMANA-DAH (Asociación Tinerfeña de
Madres y Padres de Niños y Adolescentes
con Déficit de Atención e Hiperactividad)
Centro de Educación Especial
Hermano Pedro
Gara y Jonay, 1
Las Delicias - Ofra
38010 Santa Cruz de Tenerife
secretaria@atimana.org
www.atimana.org
& 922 645 715
fax 922 645 715

JAÉN

Asociación AJADAH
www.everyoneweb.es/TDAH/

LA RIOJA

Asociación ARPANIH
Paseo del Prior nº 6 (Edificio Savatorianos)
26004 Logroño
La Rioja
josefinarsastre@reterioja.net
& 699 394 123
& 692 329 981

LEÓN

Asociación ALENHI
C/Cardenal Lorenzana, 1, 1º A
24001 León
Aptdo. de Correos nº 249
24008 León
www.alenhi.org
gloriavalca@hotmail.com
info@alenhi.org
& 669 867 949
& 987 248 177

LORCA

Asociación Lorca Activa
Edif. Noriko 30800 Lorca (Murcia)
www.lorcaactivatdah.es
asociacion@lorcaactivatdah.es
& 647 127 776

LUGO

Asociación Bule Bule
Ronda de la Muralla, 9 -10, 3º C
27001 Lugo
carmencp7@hotmail.com
bulebuletdah@gmail.com
dahbulebule@wordpress.com
& 647 255 44
& 982 217299

MADRID

Asociación ANSHDA
Pasaje de Valdilecha, 5 - 7
(Esquina C/ Molina de Segura, 33)
28030 Madrid
info@anshda.org
www.anshda.org
& 91 356 02 07
fax 91 361 04 33

MADRID

Fundación EDUCACIÓN ACTIVA
C/Jimena Menéndez Pidal, nº 8 - A
28023 Madrid
info@educacionactiva.com
www.educacionactiva.com
% 91 357 26 33
fax 91 307 88 68

MADRID

A.P.D.E.
Cercedilla
C/ Carrascal 18 Cercedilla
28470 Madrid
apdecercedilla@hotmail.com
& 645 393 915
% 91 852 58 26
% 91 852 14 56

MÁLAGA

Asociación A.M.A.N.D.A.
C/ Cotrina, nº 7.
29009 Málaga
www.amanda.org.es
amanda.org.es@gmail.com
& 654 814 545
& 686 772 968

MENORCA

Asociación TDAH Menorca
C/ Lepanto nº17 Es Mercadal
Menorca 07740
tdahmenorca@hotmail.com
marganuevo@hotmail.com
www.enunblog.com/tdahmenorca/
% 971 357 579
& 680 515 966

MURCIA

Asociación ADA+HI
Colegio San Carlos
C/ Del Romeral, nº 8
Tentegorra
30205 Cartagena Murcia
adahimurcia@hotmail.com
www.ada-hi.org
% 968 528 208
& 650 968 834

NAVARRA

Asociación ADHI
C/ Bajada de Javier,20
31001 Pamplona (Navarra)
kmartintorres@terra.es
www.adhi.es.vg
% 948 581 282
& 607 492 847(Mª Jesús)
Luz A. Pérez

NAVARRA

Tudela (Ribera de Navarra)
Asociación ANDAR
C/ Virgen de la Cabeza, nº 19, 5º C
31500 Tudela (Navarra)
andaribera@yahoo.es
% 948 827 941

& 636 697 327
& 630 979 416

NAVARRA

Asociación TDA-H
Sarasate
C/ Tafalla 26 Bis 1º derecha Pamplona
31003 Navarra
info@asociacionsarasate.com
www.asoiacionsarasate.com

PALENCIA

Asociación TDA-H PALENCIA
Plaza San Fermín s/n
34002 Palencia
& 670 748 727
info@tdah-palencia.org
Apdo. de Correos 22
34080 Palencia
www.tdahpalencia.org

SABADELL

VALLES

BARCELONA

Asociación TDAH VALLES BARCELONA
C/ Sant Joan, nº 20
08202 Sabadell (Barcelona)
tdahvalles@telefonica.net
www.tdahvalles.org
& 619 789 992
& 618 572 745
% 93 727 46 05
fax 93 727 07 04

SALAMANCA

Asociación ASANHI
C/ La Bañeza, 7
37006 Salamanca
Apto. Postal 170 Salamanca
info@asanihi.org
www.asanihi.org
& 671 487 316 - (hasta las 15:00 h.)
& 664 844 058 - (desde 17:00 h.)

SALAMANCA

FUNDANED

Fundación para la ayuda de las necesidades
específicas en el desarrollo (Especialistas
en Hiperactividad y TDA-H y déficit de
atención)
Avda. de Mirat, 51, 2º
37002 Salamanca
pstiedra@hotmail.com

SEVILLA

Asociación ASPATHI
Plaza Cristo de Burgos, 29, 2ª Planta
(Edificio de la Fundación Verbum)
41003 Sevilla
aspathi@eresmas.com
www.aspathi.org
& 625 558 153

TARRAGONA

Asociación APYDA
Casa del Mar. C/ Francesc Bastos nº 19

43005 Tarragona
Apyda21@yahoo.es
info@apyda.com
www.apyda.com
& 620 863 402

TÁRREGA (LLEIDA)

Associació de Famílies Amb Fills en
Dificultats d'Aprenentatge (AFAFDA)
C/ Segle XX.2 5º pis
25300 Tárrega (Lleida)
afafda_lleida@yahoo.es
annaesto@hotmail.com
& 620 277 989

TERRASA

Asociación APDAH
Plaça del Segle XX, S/N
08223 Terrassa BARCELONA
plaja2@gmail.com
% 937 839 612
& 666 521 981
fax 937 837 866

VALENCIA

Asociación APNADAH
(Asociación de Padres de Niños y
Adolescentes con Déficit de Atención e
Hiperactividad)
C/Archiduque Carlos, nº2, Pta. 7
46018 Valencia
asociación@apnadah.org
www.apnadah.org
% 963 293 494
fax 963 382 096

VALLADOLID

Asociación AVATDAH
C/ Pío del Río Hortega, nº 2 Bajo, Local 17
Valladolid
info@avatdah.org

www.avatdah.org
& 645 195 936

VALLADOLID

FUNDAICYL (Ayuda a la infancia de Castilla
y León. Especialistas en TDA-H)
C/ Domingo Martínez, 19
47007 Valladolid
info@fundaicyl.org
www.fundaicyl.org
% 983 221 889
& 630 951 900

VIGO

Asociación ANHIDA
C/ Conde de Torrecedeira nº 20 bajo
Buzón 6
36202 Vigo (Pontevedra)
anhidavigo@anhida.org
www.anhida.org
& 654 735 266
& 861 238 64

MURCIA

FEAADAH - Federación Española de
Asociaciones de Ayuda al Déficit de
Atención e Hiperactividad
Colegio San Carlos
C/ Del Romeral, 8 - Tentegorra
30205 Cartagena - Murcia
adahimurcia@hotmail.com
www.feaadah.org
www.feaadah.com
% 968 528 208
& 650 968 834

ANEXO 13: Los contratos

Yo _____, declaro que:

Nombre del estudiante

Yo _____, declaro que a

Nombre del educador

cambio de que _____ cumpla el

Nombre del estudiante

pacto acordado, lo premiaré con

Fecha _____

Firma del estudiante:

Firma del educador:



ANEXO 14: Técnica de autocontrol



ANEXO 15: Cuento de la tortuga

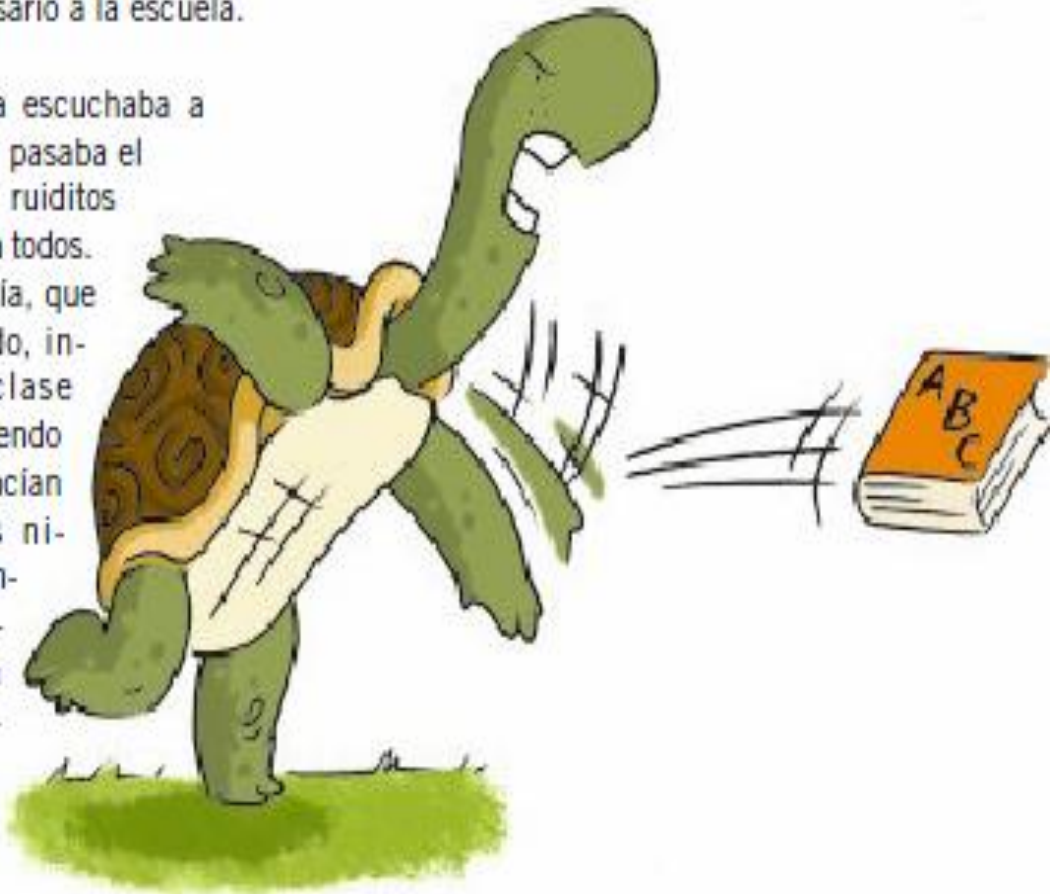
Hace mucho tiempo, en una época muy lejana, vivía una tortuga pequeña y risueña. Tenía años y justo acababa de empezar de primaria. Se llamaba Juan-tortuga. A Juan-tortuga no le gustaba ir a la escuela. Prefería quedarse en casa con su madre y su hermanito. No quería estudiar ni aprender nada: sólo le gustaba correr y jugar con sus amigos, o pasar las horas mirando la televisión. Le parecía horrible tener que leer y leer, y hacer esos terribles problemas de matemáticas que nunca entendía. Odiaba con toda su alma escribir y era incapaz de acordarse de apuntar los deberes que le pedían.

Tampoco se acordaba nunca de llevar los libros ni el material necesario a la escuela.

En clase, nunca escuchaba a la profesora y se pasaba el rato haciendo ruiditos que molestaban a todos.

Cuando se aburría, que pasaba a menudo, interrumpía la clase chillando o diciendo tonterías que hacían reír a todos los niños. A veces, intentaba trabajar, pero lo hacía rápido para acabar enseguida y se volvía loca de rabia, cuando, al final, le decían que lo

había hecho mal. Cuando pasaba esto, arrugaba las hojas o las rompía en mil trocitos. Así pasaban los días...



Cada mañana, de camino hacia la escuela, se decía a sí mismo que se tenía que esforzar en todo lo que pudiera para que no le castigasen. Pero, al final, siempre acababa metido en algún problema. Casi siempre se enfadaba con alguien, se peleaba constantemente y no paraba de insultar. Además, una idea empezaba a rondarle por la cabeza: «soy una tortuga mala» y, pensando esto cada día, se sentía muy mal.

Un día, cuando se sentía más triste y desanimado que nunca, se encontró con la tortuga más grande y vieja de la ciudad. Era una tortuga sabia, tenía por lo menos 100 años, y de tamaño enorme. La gran tortuga se acercó a la tortuguita y deseosa de ayudarla le preguntó qué le pasaba: «¡Hola! –le dijo con una voz profunda– te diré un secreto: no sabes que llevas encima de ti la solución a tus problemas».



Juan-tortuga estaba perdido, no entendía de qué le hablaba. «¡Tu caparazón!» exclamó la tortuga sabia. Puedes esconderte dentro de ti siempre que te des cuenta de que lo que estás haciendo o diciendo te produce rabia. Entonces, cuando te encuentres dentro del caparazón tendrás un momento de tranquilidad para estudiar tu problema y buscar una solución. Así que ya lo sabes, la próxima vez que te irrites, escóndete rápidamente.»

A Juan-tortuga le encantó la idea y estaba impaciente por probar su secreto en la escuela. Llegó el día siguiente y de nuevo

Juan-tortuga se equivocó al resolver una suma. Empezó a sentir rabia y furia, y cuando estaba a punto de perder la paciencia y de arrugar la ficha, recordó lo que le había dicho la vieja tortuga. Rápidamente encogió los bracitos, las piernas y la cabeza y los apretó contra su cuerpo, poniéndose dentro del caparazón. Estuvo un ratito así hasta que tuvo tiempo para pensar qué era lo mejor que podía hacer para resolver su problema. Fue muy agradable encontrarse allí, tranquilo, sin que nadie lo pudiera molestar.



Cuando salió, se quedó sorprendido de ver a la maestra que le miraba sonriendo, contenta porque había podido controlar. Después, entre los dos resolvieron el error («parecía increíble que con una goma, borrando con cuidado, la hoja volviera a estar limpia»). Juan-tortuga siguió poniendo en práctica su secreto mágico cada vez que tenía problemas, incluso a la hora del patio. Pronto, todos los niños que habían dejado de jugar con él por su mal carácter, descubrieron que ya no se enfadaba cuando perdía en un juego, ni pegaba sin motivos. Al final del curso, Juan-tortuga lo aprobó todo y nunca más le faltaron amiguitos. ●

ANEXO 16: Informe de derivación del orientador educativo para el Servicio Sanitario (Pediatria/MAP)

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A:			
Nombre			
Apellidos			
F. nacimiento		Edad	
Domicilio			
Localidad		C. Postal	
Provincia		Teléfono	
CENTRO EDUCATIVO			
	Etapa educativa	Curso	
DATOS DEL ORIENTADOR EDUCATIVO:			
Orientador/a			
Dirección		Población	
Provincia		C. Postal	
Teléfono		Fax	Correo electrónico
DATOS Y ASPECTOS RELEVANTES DE LA HISTORIA FAMILIAR, ESCOLAR, CONDICIONES PERSONALES DE SALUD Y OTROS FACTORES DE RIESGO DEL ALUMNO:			
TÉCNICAS Y PRUEBAS APLICADAS Y RESULTADOS OBTENIDOS:			
PRUEBA	FECHA DE APLICACIÓN	RESULTADO	
Escala Conners Escala Du Pau para padres y profesores SNAP-IV			
Escala WISC-IV			

IDENTIFICACIÓN DE LAS DIFICULTADES QUE PRESENTA:
Necesidades de tipo personal
Aspectos cognitivos
Equilibrio personal o afectivo-emocional
Relación interpersonal y adaptación social
Desarrollo Psicomotor
Desarrollo comunicativo-lingüístico
Necesidades de tipo curricular
Aspectos de tipo socio - familiar a considerar

ACTUACIONES REALIZADAS CON EL ALUMNO/A:

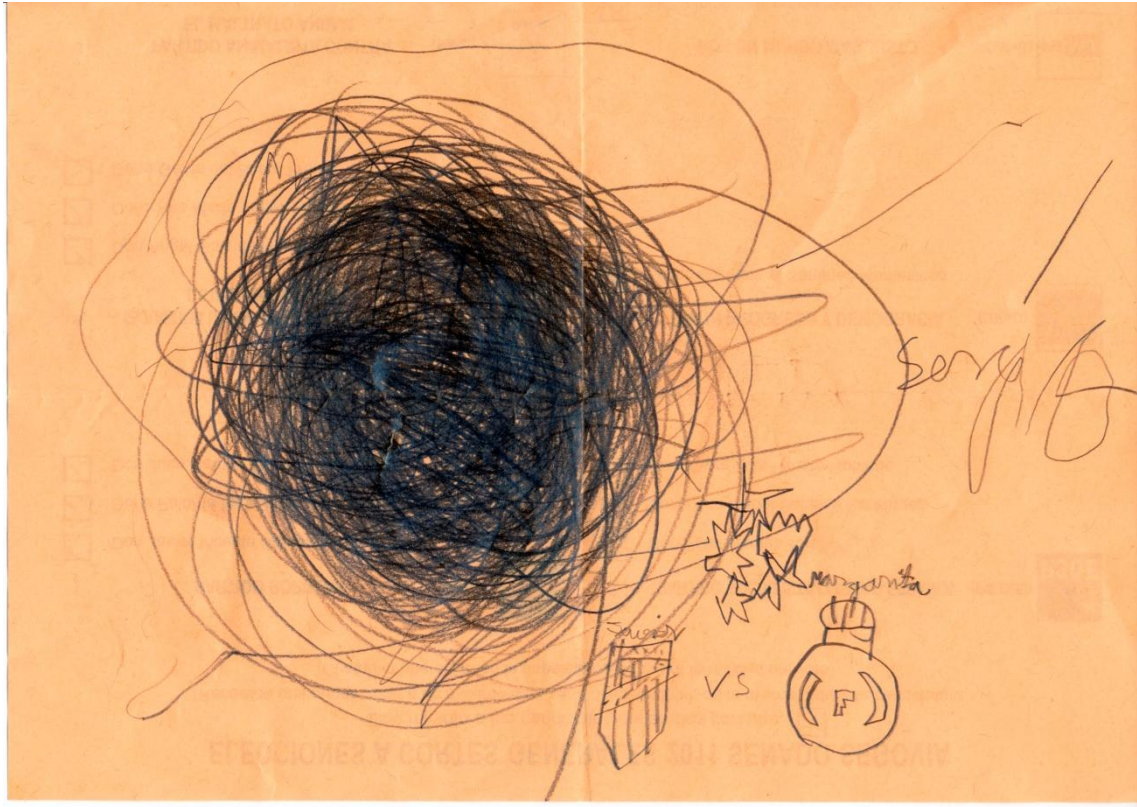
En el contexto escolar
En el contexto socio - familiar

En a de de 20

Sello
del EOE/Centro

Firma del orientador/a

ANEXO 17: Garabateo



ANEXO 18: Ejercicio de autoestima

Para orientar a los niños sobre la actividad, escribimos en la pizarra una serie de preguntas.

- ¿Qué es lo que más te gusta de tí?
- ¿Qué es lo que menos te gusta?
- ¿Cambiarías algo? ¿Por qué?

