



*“Trastorno por Déficit de Atención e
Hiperactividad”*

Estudio de un caso

Nombre: Noelia Pedrosa Merino

Tutor/a del trabajo: María Ascensión Fernández

Centro: Escuela Universitaria de Magisterio de Palencia

Fecha de exposición: 29 de Junio de 2012

Titulación: Complementos de formación en la especialidad de educación infantil

ÍNDICE:

1. Introducción.....	Pág. 1
2. Objetivos y justificación.....	Pág. 3
2.1 Objetivos.....	Pág. 3
2.2 Justificación.....	Pág. 3
3. Presentación del caso.....	Pág. 5
3.1 Descripción del sujeto y su problemática.....	Pág. 5
4. Descripción del proceso de investigación e intervención.....	Pág. 7
4.1 Recogida de información sobre el TDAH.....	Pág. 7
4.1.1 ¿Qué es?.....	Pág. 7
4.1.2 Síntomas.....	Pág. 10
4.1.3 Causas.....	Pág. 12
4.1.4 Diagnóstico.....	Pág. 13
4.1.5 Tratamiento.....	Pág. 14
4.2 Intervención en el aula.....	Pág. 19
4.2.1 Actuación/trabajo de la tutora.....	Pág. 19
4.2.2 Adaptaciones Curriculares.....	Pág. 23
4.2.3 Apoyos personales.....	Pág. 25
4.2.4 Estilo de aprendizaje.....	Pág.26
4.2.5 Principios Metodológicos.....	Pág. 27

5. Análisis diagnóstico y evaluación psicopedagógica.....	Pág. 30
5.1. Análisis de documentos del centro.....	Pág. 30
5.2. Valoraciones de los padres.....	Pág. 31
5.3. Valoraciones de los profesores.....	Pág. 33
5.4. Último Informe Psicopedagógico a día 12/ 03/ 2012.....	Pág. 36
6. Perspectivas de futuro.....	Pág. 38
6.1 Los síntomas del TDAH en adultos.....	Pág. 38
6.2 ¿Qué futuro puede tener?.....	Pág. 40
7. Conclusiones.....	Pág. 42
8. Referencias Bibliográficas.....	Pág. 45
9. Anexo.....	Pág. 47
La técnica de la tortuga.....	Pág. 47

1. INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se estudia el caso de un niño en edad escolar con TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad).

El estudio de casos es un método de investigación de gran relevancia para el desarrollo de las ciencias humanas y sociales, que implica un proceso de indagación caracterizado por el examen sistemático y en profundidad de casos de entidades sociales o entidades educativas únicas. Constituye un campo privilegiado para comprender en profundidad los fenómenos educativos.

Para algunos autores, el estudio de caso no es una metodología con entidad propia, sino que constituye una estrategia de diseño de la investigación, que permite seleccionar el objeto/sujeto del estudio y el escenario real.

Es un método de investigación cualitativa que se ha utilizado ampliamente para comprender en profundidad la realidad social y educativa.

Para *Yin (1989)* el estudio de caso consiste en una descripción y análisis detallados de unidades sociales o entidades educativas únicas.

Para *Stake (1998)* es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias concretas.

La atención es un proceso mental, complejo y multidimensional que depende de varios sistemas neurales. Además, está relacionada con las distintas fuentes de información del medio y con otros sistemas motores, motivaciones y emocionales. Educadores y clínicos diagnostican con mucha frecuencia problemas atencionales en los niños de modo global. Entran en la misma categoría conductas de distracción, de no escuchar, de falta de concentración, de levantarse de la silla, etc.

En la misma línea, como suscriben *López Soler y García Sevilla (1997)* los procesos atencionales y las conductas de atención no siempre son sinónimos, es posible simular gran atención visual y auditiva hacia el profesor y tener el pensamiento a años luz de la clase.

Los problemas de falta de atención en el ámbito escolar son de los más frecuentes, incluso en población normal. *Manga, Fournier y Navarredonda (1995)* señalan que en los estudios epidemiológicos con población normal, los maestros describen como inatentos casi a la mitad de los niños, y algo más de una cuarta parte de las niñas.

Alteraciones de comportamiento, desatención, hiperactividad, oposición, impulsividad... son algunos de los síntomas que sufre este alumno de 6 años. Lo que se ha denominado como TDAH.

En los últimos años, este trastorno se ha ido convirtiendo en el problema infantil más frecuente en las consultas psiquiátricas y psicológicas.

Los avances en el conocimiento de la naturaleza y características de estos problemas se reflejan en la modificación de los instrumentos, los criterios de valoración y los métodos de evaluación empleados. Así, *Las Escalas de Áreas de Conductas Problemas (EACP)* presentadas públicamente en España en el año 1998, resultan muy adecuadas para la detección de los niños con TDAH (Hiperactivos) desde los 4 hasta los 12 años de edad, pero no sirven para la detección de los niños con TDA (Inatentos)

Por otra parte, *Las Escalas Magallanes de Identificación del TDA-H*, obtuvieron una validación excelente para la identificación, entre los 5-6 y los 10-12 años, de los mismos sujetos (niños y niñas con TDAH), pero obviaban igualmente a los inatentos, además de que sus elementos resultaban progresivamente menos válidos a medida que aumentaba la edad del sujeto (desde los 10 años en adelante).

La hiperactividad es un trastorno diagnosticado durante la infancia que, de no ser bien tratado, seguirá afectando en la edad adulta, de ahí que el diagnóstico precoz resulte necesario para instaurar el tratamiento adecuado en el momento oportuno, evitando problemas sociales y adaptativos secundarios, ya que la falta de intervención durante estos años, dificulta gravemente la situación.

Tanto en el diagnóstico (en numerosas ocasiones), como en el tratamiento (siempre) el papel que el maestro/a desempeña es fundamental.

2. OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN

2.1 OBJETIVOS

- ✓ Conocer y utilizar la técnica metodológica de estudios de casos.
- ✓ Ampliar conocimientos sobre el TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad)
- ✓ Acercar la realidad de un TDAH al ámbito educativo.
- ✓ Identificar y comprender la situación de Nico.
- ✓ Analizar y reflexionar sobre la realidad de Nico, la intervención efectuada y los resultados obtenidos.

2.2 JUSTIFICACIÓN

He escogido un caso de TDAH por varios motivos, entre los que destaco la posibilidad de exponer mi experiencia con un caso real: un niño con el que he trabajado y cuya problemática hizo que me interesara por este trastorno, participando en su evaluación e intervención educativa.

Ha sido una experiencia muy valiosa y gratificante sobre la que he reflexionado mucho y sigo reflexionando, ya que no me he desligado del caso: en la actualidad sigo manteniendo contacto con su tutora del colegio y con él mediante contactos periódicos.

Me parece interesante insistir en la necesidad del conocimiento de este trastorno por parte de los profesionales de la educación, ya que la prevalencia del mismo es bastante alta: son numerosos los casos de niños, niñas y adolescentes que llegan a las Consultas de Pediatría con Déficit de Atención.

En todas las aulas puede haber, y casi con seguridad habrá, alumnos/as con TDAH, por lo que el profesorado debe conocer las características y problemáticas de estos niños, y estar lo suficientemente preparado como para realizar una intervención educativa adecuada, y en colaboración con otros profesionales.

Nico, un niño con un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, representa a muchos niños, niñas y adolescentes que deben soportar dificultades en su vida diaria por tener una sintomatología específica y que en ocasiones no son debidamente diagnosticados y tratados.

Para la elaboración del estudio de caso que se presenta, se ha consultado y revisado la documentación y materiales diversos, entre los que cabe mencionar las pruebas (test, cuestionarios...) e informes de numerosos profesionales (Tutora escolar, Psicólogos, Equipo de Salud Mental, Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica).

3. PRESENTACIÓN DEL CASO

3.1 DESCRIPCIÓN DEL SUJETO Y SU PROBLEMÁTICA

Nico asistía desde los ocho meses de edad a la guardería “Campos Góticos” del barrio de San Juanillo de la ciudad de Palencia. Es aquí, donde le observan dificultades de atención y retraso del lenguaje; con lo cual el niño es derivado al Centro Base (centro que depende de las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales de la provincia de Palencia en el que se prestan servicios de información, orientación, valoración y reconocimiento del grado de minusvalía, atención temprana y rehabilitación integral de adultos)

Los informes del Centro Base reflejan que Nico es un niño que presenta necesidades educativas específicas asociadas a un Retraso Madurativo, mostrando un perfil irregular en su desarrollo. Muestra habilidades y destrezas motoras adecuadas y también manifiesta unas competencias cognitivas cercanas a lo que corresponde a su edad cronológica. Sin embargo, obtiene resultados muy pobres en las pruebas de comprensión que implican interpretación de significados lingüísticos.

Se constata asimismo, una baja competencia interactiva y un importante retraso en el desarrollo de su socialización. Obtiene bajas puntuaciones en tareas que implican intercambio social, en tareas de manejo de materiales simbólicos y/o abstracción de significados, en pruebas de comprensión lingüística, y en tareas que implican empleo de funciones pragmáticas y comunicativas.

Cuando Nico cumple los 3 años de edad es escolarizado en el C.E.I.P. (Centro Educativo de Infantil y Primaria) “Tello Téllez de Meneses” de Palencia, en un curso que cuenta con un aula de 25 alumnos y alumnas en total, donde cinco de ellos, incluido él, presentan N.E.E (Necesidades Educativas Especiales), un aula muy diversa y compleja.

El niño acude a sesiones de apoyo con la profesional de P.T. (Pedagogía Terapéutica) que le atiende dos sesiones semanales y con la profesora de A.L. (Audición y Lenguaje) cuatro sesiones semanales.

El centro cuenta además con dos A.T.E.S. (Auxiliar Técnico Educativo) a tiempo parcial y una D.U.E. (Enfermera)

Los padres no habían concedido demasiada importancia a su estado por el momento, aunque apenas se estaba quieto y tranquilo. Comentan que su hijo no se da cuenta de la realidad en la vive.

La familia de Nico está compuesta por el padre de 38 años, de profesión policía municipal y la madre de 31 años de edad, adiestradora canina de profesión. Nico es su único hijo.

Ellos le describen como un niño muy disperso, que se entretiene él solo, con dificultades para prestar atención y al mismo tiempo dependiente. Necesita que siempre haya un adulto cerca y se inhibe en situaciones nuevas. Es frecuente que haga “bobadas” si hay adultos, y quiere llamar la atención. También, presenta rabietas si se le lleva la contraria.

Con los padres se muestra muy cariñoso, muy alegre. Le gusta mucho correr, puede dar vueltas sobre sí mismo. Es muy habilidoso con las manos y se fija en los pequeños detalles. Le gusta golpear los objetos, sentir su ruido, y puede concentrarse mucho en las actividades que vaya a realizar. Muestra poco interés por las relaciones de grupo; sí juega en grupo, pero lo hace fuera de contexto y de una forma bastante mecánica, estando como al margen.

Tras varios meses, su profesora informa a los padres de la existencia de alteraciones de comportamiento, impulsividad, desatención... que hace que tenga una atención especializada. Los demás compañeros y compañeras, le preguntan constantemente a la tutora qué es lo que le sucede a Nico, y por qué se comporta de ese modo. Acude a consulta por recomendación de la profesora.

Además, la profesora solicita una evaluación por parte del Equipo de Orientación del Centro. Ella por su parte, va investigando, indagando y buscando información sobre el estado de su alumno.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN E INTERVENCIÓN



4.1 RECOGIDA DE INFORMACIÓN SOBRE EL TDAH

4.1.1 ¿Qué es?

El TDAH es un trastorno estudiado desde hace tiempo, ya en los inicios del siglo XX preocupó a especialistas médicos, psicólogos y pedagogos, debido a las graves consecuencias negativas que se observaban en estos niños y su entorno.

Una de las características más llamativas son los sucesivos cambios de nombre que el trastorno ha sufrido a lo largo de los años. Los iniciales “*Síndrome Cerebral Mínimo*”, “*Trastorno del Impulso Hiperquinético*” o “*Disfunción Cerebral Mínima*”, resaltaban que los síntomas eran producidos por pequeñas alteraciones en el funcionamiento del cerebro. Posteriormente, se denominó “*Reacción Hiperquinética de la Infancia*”. Y en 1989 se cambió por “*Trastorno por Déficit de Atención, con o sin Hiperactividad*”. Desde 1994, lo conocemos con el nombre actual de TDAH. Estos cambios se deben a las diversas escuelas y tendencias teóricas existentes en cada momento en la historia, pero en el fondo, todas ellas vienen a definir a un grupo de personas que sufren unos síntomas comunes, con problemas en el mantenimiento de la atención, impulsividad e hiperactividad.

El número de personas afectadas se estima entre un 5% y un 7%, lo que equivale a uno o dos niños por aula. Es un trastorno de base neurobiológica. La disfunción que causa el TDAH se debe a un desequilibrio existente entre dos neurotransmisores cerebrales: la noradrenalina y la dopamina, que afectan directamente a las áreas del cerebro responsables del autocontrol y de la inhibición del comportamiento inadecuado.

Asimismo, los resultados de los estudios con familias respaldan la tesis de la transmisión hereditaria y/o genética del TDAH.

El TDAH puede presentar de diferentes formas:

- Comportamiento impulsivo y falta de control motor (impulsivo e hiperactivo)
- Problemas de atención y aprendizaje.
- Combinado (aparecen síntomas de impulsividad e inatención)

Este trastorno muchas veces aparece asociado a otros trastornos y/o problemas de aprendizaje. Los más frecuentes son:

Trastornos en el lenguaje.

- Problemas perceptivo motores (deficiente coordinación motora y motricidad fina)
- Dificultades de aprendizaje (bajo rendimiento escolar)
- Baja competencia social (escasas habilidades sociales)
- Trastornos de conducta (negativista/ desafiante)
- Trastornos de afecto y de ansiedad (depresión, fobias, trastorno obsesivo- compulsivo...)
- Tics y Síndrome de Gilles de la Tourette (trastorno neuropsiquiátrico heredado con inicio en la infancia, caracterizado por múltiples tics físicos (motores) y vocales (fónicos))

Es muy importante determinar las causas de los problemas de aprendizaje o de comportamiento. Un diagnóstico correcto conseguirá que los apoyos que se den al alumno sean adecuados y efectivos.

No obstante, se ha de tener en cuenta que el diagnóstico de TDAH es difícil; se puede confundir fácilmente con otros trastornos de conducta y/o de aprendizaje e incluso con otras patologías.

El TDAH es más frecuente en niños que en niñas, aproximadamente con una relación de 9 a 1. De todas formas, esto puede influir mucho el hecho de que la mayoría de criterios están pensados para niños, y recientemente investigaciones relativizan mucho esta cifra cuando se utilizan criterios normalizados por sexo.

Cada vez más, la psicología reconoce la importancia que tiene el cerebro en los procesos de maduración y desarrollo funcional de las capacidades básicas de un niño, el cual se produce en las etapas más tempranas de la evolución infantil.

¿Hay diferentes tipos de TDAH?

El DSM-IV-TR clasifica el TDAH en tres tipos:

- TDAH, tipo combinado: se encuentran presentes los tres síntomas principales (inatención, hiperactividad e impulsividad).
- TDAH, tipo con predominio del déficit de atención: cuando el síntoma principal es la inatención.
- TDAH, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: la conducta que predomina es la de hiperactividad e impulsividad.

4.1.2 Síntomas

Los estudios de *Barkley et al. (1999)*, *Biederman et al. (1992)* y *Pauls (1991)* indican que los factores socio-ambientales pueden influir en la mayor gravedad de los síntomas, en un peor pronóstico del TDAH y en el aumento del riesgo de presentar trastornos o problemas asociados (trastornos ya comentados antes) pero estos trastornos raramente se pueden considerar como la causa que genera el trastorno.

De acuerdo con de DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales):

Tabla 1.1. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Cuadro de Diagnóstico del DSM-IV: Inatención

Al menos seis de los siguientes síntomas de inatención deben haber persistido por lo menos de seis meses en un grado, que no sea adaptativo e inconsistente con el nivel de desarrollo del sujeto.

1. Frecuentemente no puede mantener la atención focalizada en los detalles o comete errores por falta de cuidado en las tareas escolares, laborales y/o en otras actividades.
2. Frecuentemente tiene dificultad en mantener la atención en tareas o en el desarrollo de actividades lúdicas.
3. Frecuentemente no parece escuchar cuando se le dirige la palabra.
4. Frecuentemente falla en el intento de seguir las instrucciones y/o fracasa en completar sus actividades escolares, tareas domésticas u obligaciones en su lugar de trabajo (no debido a conductas de oposición o dificultad para comprender las indicaciones).
5. Frecuentemente tiene dificultades en organizar sus tareas y actividades.
6. Frecuentemente evita, manifiesta desagrado y/o rechaza comprometerse en la realización de tareas escolares o caseras que requieren un esfuerzo mental sostenido.
7. Frecuentemente pierde los elementos necesarios para sus tareas o actividades, ya sea que se trate de hojas, encargos escolares, cuadernos, útiles, juguetes, herramientas, etc.
8. Frecuentemente es distraído por estímulos extraños.
9. Frecuentemente se olvida de las actividades de realización cotidiana.

Tabla 1.2. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)**Cuadro de Diagnóstico del DSM-IV: Factor Hiperactividad Impulsividad**

Al menos seis de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad deben haber persistido por al menos seis meses en un grado que no es adaptativo y a la vez es inconsistente con el nivel de desarrollo del sujeto.

Hiperactividad

1. Frecuentemente juega o mueve inquietamente dedos, manos, o pies y/o se retuerce en el asiento.
2. Frecuentemente deja su asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. Frecuentemente corre y/o trepa en exceso en situaciones en las que es inapropiado (en adolescentes y adultos este criterio debe limitarse a los sentimientos subjetivos de desasosiego e impaciencia).
4. Frecuentemente tiene dificultades para participar o disfrutar de actividades de descanso y ocio.
5. Frecuentemente está como en funcionamiento permanente y/o a menudo está en acción como si estuviese impulsado por un motor.
6. Frecuentemente habla excesivamente.

Impulsividad

1. Frecuentemente comienza a contestar o hablar antes que la pregunta se haya completado.
 2. Frecuentemente tiene dificultades en esperar su turno en juegos o conversaciones.
- Frecuentemente interrumpe o se entromete en las actividades de otros (ej. Interfiere en conversaciones o juegos o tiene intervenciones "descolgadas").

Tabla 1.3. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)**Cuadro de Diagnóstico del DSM-IV: Criterios Adicionales**

Además se deben considerar los siguientes puntos ya sea que nos encontremos evaluando los criterios del factor inatención o del factor hiperactividad impulsividad:

1. Los síntomas deben haberse instalado antes de los 7 (siete) años.
2. Los síntomas deben haber estado presentes ininterrumpidamente al menos durante los últimos 6 (seis) meses.
3. Los síntomas deben manifestarse en 2 (dos) o más ámbitos (escuela, hogar, etc.)
4. Y se debe tener clara evidencia clínica que los síntomas provoquen angustia significativa y/o perjuicio sobre la vida social, académica, laboral etc.
5. No debe existir alguna condición médica general que pueda explicar los síntomas.

4.1.3 Causas

Aunque las causas no están completamente claras, los estudios realizados mediante avanzadas técnicas de diagnóstico por imagen del cerebro, muestran suficiente evidencia de cierta anomalía de la función cerebral en individuos con TDAH, quedando claramente demostrado su origen orgánico.

Los estudios realizados mediante P.E.T (Tomografía por Emisión de Positrones), una técnica de diagnóstico por imagen del cerebro que emplea un marcador radioactivo para mostrar la actividad química del cerebro, han descubierto diferencias notables entre individuos sanos y sujetos con dicho trastorno. No obstante, el mecanismo fisiológico subyacente que provoca el TDAH aún no se comprende totalmente. Se presume que existe un desequilibrio de sustancias químicas que es más específico en los neurotransmisores que transmiten mensajes en el cerebro. Es importante tener en cuenta que las exploraciones P.E.T se han utilizado como herramienta de investigación y que no resultan adecuadas para el diagnóstico.

El TDAH puede deberse a un estado bioquímico heredado, a un desarrollo fetal anormal que afecte a las áreas del cerebro que controlan la atención y el movimiento, a toxinas (plomo), a fallos de desarrollo y a la dieta. Además, una herida craneal que dé lugar a un daño cerebral también puede contribuir al desarrollo del trastorno.

También suele darse en algunas familias, lo que sugiere que los genes pueden jugar un importante papel. Hay pruebas sólidas extraídas de estudios realizados con gemelos, en casos de adopción y con familias que confirman la implicación genética en el TDAH. En estos estudios, aproximadamente la mitad de los progenitores con dicho trastorno tienen un descendiente con la enfermedad. Entre el 10 y el 35% de los niños con TDAH tiene un familiar en primer grado con la enfermedad. Las investigaciones no corroboran la creencia popular de que el TDAH se debe a la excesiva ingesta de azúcar, a los aditivos alimentarios, a un consumo excesivo de televisión o al fracaso de los progenitores.

4.1.4 Diagnóstico

El diagnóstico es complejo, y debe basarse en la evaluación clínica realizada por un experto en el reconocimiento y tratamiento del mismo, como por ejemplo un Neuropediatra, un Psiquiatra Infantil, un Psiquiatra o un Neurólogo. Dicha evaluación debe obtenerse tanto de la observación de la conducta del niño como de la información obtenida de padres, colegio, otros familiares, etc.

El médico ante un niño con posible TDAH escuchará a los padres y al niño para que describan la naturaleza de los problemas de su hijo. Además, se recoge la historia del desarrollo, otros problemas médicos del niño, si tiene alergias, si toma alguna medicación, y otros datos importantes sobre su escolarización ambiente familiar, social, etc. También, se explora si hay TDAH u otros problemas psiquiátricos en familiares del niño, aunque no convivan con él. Además, se explora si hay algún tipo de conflicto entre los padres, algún factor estresante, algún cambio reciente o tema sin resolver, y el estilo que tienen los padres para el manejo de los problemas, así como la comunicación entre ellos.

En la entrevista se obtienen los datos más importantes para el diagnóstico, y no hay test ni pruebas que puedan sustituir a una buena entrevista, detallada y cuidadosa. Es fundamental que los padres contesten con sinceridad a lo que se les pregunta, sin ocultarle nada, y no sólo dar detalles de lo que ellos creen que es importante.

Además, el médico puede usar una serie de cuestionarios de síntomas de TDAH y otros problemas (como ansiedad, depresión, trastorno negativista desafiante). Es recomendable tener una idea del nivel intelectual del niño con un Test Wisc (pruebas de inteligencia dirigida a niños), de Leiter (escala excepcionalmente efectiva para medir la inteligencia de forma precisa sin componentes culturales) o en niños mayores de Raven (se trata de un test no verbal, donde el sujeto describe piezas faltantes de una serie de 60 láminas pre-impresas) para así descartar posibles problemas de aprendizaje y cociente intelectual bajo. El electroencefalograma (E.E.G) sólo estaría indicado en presencia de signos focales o ante la sospecha clínica de epilepsia o trastornos degenerativos.

En conclusión, el diagnóstico es clínico, mediante entrevista con los padres y el niño, evaluación de información de los profesores, examen físico y pruebas complementarias para descartar otros problemas. Todas las pruebas médicas y exámenes psicológicos sirven para descartar otras causas de hiperactividad e inatención diferentes del TDAH y para ayudar al diagnóstico de TDAH, pero no hay pruebas definitivas.

4.1.5. Tratamiento

Las intervenciones psicológicas que han mostrado evidencia científica sobre su eficacia para el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes se basan en los principios de la Terapia Cognitivo Conductual (T.C.C). El tipo de intervenciones que se aplican se describen brevemente a continuación:

Terapia de Conducta:

Es una terapia psicológica que se basa en un análisis funcional de la conducta. Se identifican los factores que están manteniendo la conducta inadecuada, se delimitan las conductas que se desea incrementar, disminuir o eliminar, llevándose a cabo la observación y registro de éstas (línea base).

En la terapia de conducta, el control del comportamiento es externo, la conducta se modifica en función de las consecuencias del comportamiento.

- *Técnicas para incrementar las conductas:*

- Reforzamiento positivo: consiste en presentar inmediatamente después de la conducta adecuada un estímulo (alabanza, premio) que hace que aumente la probabilidad que se repita dicha conducta. El estímulo que se presenta después de la conducta es el refuerzo positivo.
- Reforzamiento negativo: una conducta ha sido reforzada negativamente si se incrementa o mantiene porque elimina un estímulo aversivo. Ejemplo, “Mientras no acabes la tarea (conducta deseada) no saldremos al parque (estímulo aversivo)”.

- *Técnicas para reducir/eliminar las conductas:*

- Extinción: consiste en ignorar (no mirar, no escuchar, no hablar) el comportamiento inadecuado para evitar que este incremente por la atención (negativa, pero atención) que le ofrecemos al niño. Se han de explicar las condiciones de la extinción al niño antes de aplicarla y mantener el procedimiento el tiempo suficiente (al inicio suele aumentar el comportamiento inadecuado). La extinción no puede utilizarse si la conducta perturbadora es peligrosa.
- Tiempo fuera: consiste en aislar al niño inmediatamente después de realizar la conducta perturbadora a un lugar aburrido (no lúdico) durante un periodo preestablecido de tiempo (aproximadamente un minuto por año del niño). La técnica puede aplicarse hasta los 6-8 años de edad del niño.
- Coste de respuesta: consiste en retirar una cantidad específica de reforzadores (privilegios, premios) obtenidos previamente. Ejemplo: reducir tiempo de actividades lúdicas (televisión, video-juegos, ordenador) por el comportamiento inadecuado.
- Castigo: técnicamente consiste en proporcionar un estímulo aversivo (realizar trabajos molestos o monótonos) después de la conducta inadecuada con el objetivo de eliminarla.

El castigo físico no debe utilizarse ya que no enseña la conducta adecuada, crea tolerancia (mayor castigo para obtener el mismo resultado), pérdida de la autoestima del niño y agresividad contra la persona que lo aplica. La recompensa es mucho más eficaz que el castigo.

- *La Economía de Fichas:*

Es una técnica muy eficaz que combina el reforzamiento positivo y el coste de respuesta. La economía de fichas consiste en entregar un estímulo (fichas, vales, puntos) inmediatamente después de la conducta deseada. El estímulo se cambia más tarde por un refuerzo (premio previamente pactado). La técnica permite trabajar diferentes conductas a la vez pero necesita de elevada programación por parte de los padres.

- *Entrenamiento para padres:*

Se trata de un programa de tratamiento conductual que tiene como objetivo dar información sobre el trastorno, enseñar a los padres la aplicación efectiva de las técnicas de modificación de conducta mencionadas anteriormente, incrementar la competencia de los padres, mejorar la relación paterno-filial mediante una mejor comunicación y atención al desarrollo del niño.

Terapia Cognitiva:

Entrenamiento en técnicas de auto-instrucciones, autocontrol y solución de problemas. El objetivo de estas técnicas es enseñar al niño o adolescente con TDAH estrategias para mejorar el control de la emociones mediante la concienciación de los procesos de pensamiento, la disminución de las respuestas impulsivas inmediatas, y la aplicación de estrategias de resolución de problemas (control interno de la conducta).

- *Entrenamiento en habilidades sociales:*

Los niños y adolescentes con TDAH presentan a menudo problemas de relación con la familia, dificultades en habilidades sociales y problemas de relación con los iguales. El entrenamiento en habilidades sociales (HHSS) tiene como objetivo el aprendizaje por parte del niño de comportamientos eficaces en las relaciones interpersonales.

Las sesiones de HHSS suelen hacerse en grupos pequeños de edades similares, y se emplean técnicas de la TCC.

- *Tratamiento psicopedagógico para el TDAH de niños y adolescentes:*

La intervención psicopedagógica tiene como objetivo mejorar el rendimiento académico del niño o adolescente (mediante la reeducación psicopedagógica) y realizar aquellas acciones dirigidas a la mejora de su adaptación escolar (mediante un programa de intervención en la escuela y la formación a los docentes).

La reeducación psicopedagógica es un refuerzo escolar individualizado que se lleva a cabo después del horario escolar y que tiene como objetivo intervenir sobre los efectos negativos del TDAH en relación a su aprendizaje y competencia académica. Concretamente se trabaja sobre la repercusión negativa del déficit de atención, la impulsividad y la hiperactividad en el proceso del aprendizaje escolar.

- *La reeducación psicopedagógica debe incluir acciones encaminadas a:*
 - Mejorar el rendimiento académico de las diferentes áreas.
 - Trabajar los hábitos que fomentan conductas apropiadas para el aprendizaje (como el manejo del horario y el control de la agenda escolar) y las técnicas de estudio (prelectura, lectura atenta, subrayado, resúmenes y esquemas).
 - Elaborar y enseñar estrategias para la preparación y elaboración de exámenes.
 - Mejorar la autoestima en cuanto a la competencia académica, identificando habilidades positivas y aumentando la motivación por el logro.
 - Enseñar y reforzar conductas apropiadas y facilitadoras de un buen estudio y cumplimiento de tareas.
 - Reducir o eliminar comportamientos inadecuados como conductas desafiantes o malos hábitos de organización.
 - Mantener actuaciones de coordinación con el especialista que trate al niño/adolescente y con la escuela para establecer objetivos comunes y ofrecer al docente estrategias para el manejo del niño o adolescente con TDAH en el aula.

- Intervenir con los padres para enseñarles a poner en práctica, monitorizar y reforzar el uso continuado de las tareas de gestión y organización del estudio en el hogar.

Tratamiento farmacológico para el TDAH de niños y adolescentes

Los fármacos para el tratamiento del TDAH están entre los más estudiados y seguros de todos los que se utilizan en niños y adolescentes, siendo muy eficaces para el tratamiento de los síntomas del TDAH. Entre el 70 y el 80% de los pacientes responden de forma adecuada al primer tratamiento utilizado.

Por tanto, por su seguridad, alta eficacia y escasos efectos secundarios se recomienda el tratamiento farmacológico para el tratamiento de estos pacientes.

Con los fármacos disminuyen los síntomas del TDAH, mejorando el rendimiento escolar y el comportamiento del niño y las relaciones tanto en casa como en la escuela. Al mismo tiempo, facilitan el efecto de las intervenciones psicológicas y psicopedagógicas.

En estos momentos disponemos en nuestro país de dos grupos de medicamentos indicados para el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes, los estimulantes (metilfenidato) y los no estimulantes (atomoxetina).

En otros países de nuestro entorno existen otras presentaciones disponibles de fármacos estimulantes: por ejemplo, presentación en parches, asociación de sales de estimulantes, etc., de momento no disponibles en España.

No existe ninguna evidencia científica que haya demostrado que el tratamiento con estimulantes produce adicción. Sí que se ha demostrado claramente que los pacientes con TDAH en tratamiento farmacológico presentan significativamente menos problemas de consumo de drogas en la adolescencia que los pacientes con TDAH que no reciben un correcto tratamiento farmacológico.

Duración del tratamiento farmacológico:

La duración del tratamiento debe plantearse de forma individualizada en función de la persistencia de los síntomas y de la repercusión de éstos en la vida del niño o del adolescente.

Para los pacientes que estén tomando estimulantes, una práctica aceptada es la realización de períodos cortos, de 1 ó 2 semanas anuales, sin tratamiento farmacológico, con el objetivo de poder valorar el funcionamiento del niño o el adolescente tanto en casa como en la escuela. Uno de los mejores momentos para realizar esta evaluación sin tratamiento suele ser en un período del curso escolar en el que el paciente no tenga exámenes, y en el que los profesores ya tengan un conocimiento suficiente del niño, por ejemplo al inicio del segundo trimestre.



4.2 INTERVENCIÓN EN EL AULA

4.2.1 Actuación/ trabajo de la tutora

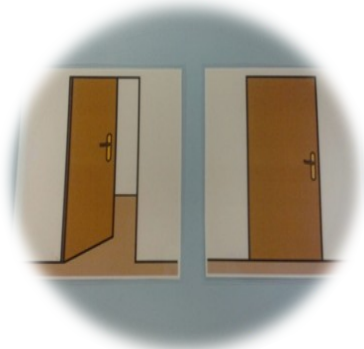
Prerrequisitos:

- Establecer contacto visual cuando se mencione su nombre o se diga “*mírame*”
- Aumentar progresivamente el mantenimiento de la mirada
- Seguimiento de órdenes sencillas
- Conducta de señalar para pedir.
- Usar frases cortas y sencillas, repitiendo el mensaje y reforzando con gestos y ayudas visuales.
- Presencia cercana del adulto modelando y moldeando. El adulto, y más adelante los compañeros/as actúan como modelos realizando la actividad tal y como queremos que el niño/a la realice y guiándole físicamente (moldear) para que vaya interiorizando los pasos de una tarea que se está realizando.
- Establecer una planificación de rutinas y actividades representadas visualmente.

Intervención en el ámbito comunicativo-lingüístico:

Favorecer la atención conjunta y la petición: Estrategias:

- Cuando mire algo, objeto de su interés, situarlo fuera de su alcance, pero claramente visible para provocar la petición. Guiarle la mano para que lo señale, cogerlo y se lo nombramos a la vez que se lo damos.
- Para provocar que pida se pueden introducir cambios, interrumpir una secuencia, añadir pausas a las rutinas o retasar la mirada para conseguir la petición mediante la mirada, gestos, señalando, realizando signos o con el uso de la palabra.
- Utilizar objetos reales, dibujos, imágenes para desarrollar lo que se quiere trabajar. Para Nico se manejaban los siguientes materiales:



Desarrollar otras funciones comunicativas: es necesario que vaya adquiriendo funciones comunicativas como:

- Rechazar (no, no quiero...)
- Denominar (nombrar objetos, personas...)
- Continuidad (más, otra vez...)
- Posesión (mío, tuyo...)
- Expresar deseo (deseo...)

Favorecer la expresión de léxico-oral:

- Utilizar fotografías de las rutinas diarias: indicar lo que se va hacer en cada momento. Para este ítem, Nico disponía de un calendario fotográfico.
- Expresar verbalmente nombres de personas significativas.
- Responder a cualquier intento de comunicación.

Fomentar el desarrollo de interacciones comunicativas:

- Utilizar juegos interactivos.
- Asociar sonidos a acciones motoras que le gustan.
- Asociar una canción a una acción determinada.

Mejorar la comprensión:

- Utilizar un lenguaje claro y conciso, repetido, frases cortas, enfatizando entonación y acompañado de gestos.
- Apoyo visual de pictogramas, fotos, imágenes.
- Favorecer la comprensión de órdenes sencillas (ven, dame, toma, vete...)
Cuando se le da una instrucción, si no responde repartirla moldeando su cuerpo o mano hacia la acción correspondiente.

Intervención en el ámbito de la socialización

- Enseñar rutinas sociales básicas de saludo y despedida, dirigirle la acción con ayuda física y verbal.
- Seguir sus iniciativas e intereses para planificar situaciones de juego, interacción, estableciendo una relación cálida y estrecha. Ir enseñando diferentes formas de jugar y explorar los juguetes y materiales.
- Juegos interactivos corporales con los que se intenta mejorar la aceptación y búsqueda de contacto físico para compartir la atención, aumentar el contacto visual, y la intencionalidad comunicativa.
- Juegos con objetos (puzzles, emparejar...) para así desarrollar la atención conjunta, la imitación de modelos...
- Interaccionar con iguales creando situaciones estructuradas para favorecer la aparición del interés por el otro y moldear las conductas que tienen que realizar.
- Ayudarle a entender y expresar estados emocionales utilizando pictogramas o imágenes para representarlas como ayuda para la comprensión.

Intervención en aspectos cognitivos y de aprendizaje

- Favorecer el incremento de la atención hacia objetos y actividades haciéndole permanecer progresivamente más tiempo en las tareas y con menos apoyo.
- Utilizar instrucciones verbales para captar su atención y regular el comportamiento en la tarea.
- Dar sentido y coherencia a las actividades que realiza, fáciles de comprender, apoyos visuales, moldeando, consignas verbales.
- Establecer un panel de la actividad, si es necesarios, con pasos secuenciados.
- Reforzar el logro y el esfuerzo.
- Adaptar la tarea a su nivel de desarrollo y aprendizaje.

- Nivel de exigencia de acuerdo a sus posibilidades. Utilizar un lenguaje claro, conciso y ajustado al nivel comprensivo.

4.2.2 Adaptaciones Curriculares

Precisa adaptaciones curriculares en todas las áreas, haciendo especial hincapié en los aspectos comunicativos.

A) Metodología / Organización:

- Necesidad de una enseñanza estructurada: diseñar ambientes altamente estructurados y anticipar. Es necesario secuenciar, descomponer y anticipar, mediante el empleo de claves visuales. La tutora de Nico manejó durante el primer año de colegio materiales que secuenciaban los momentos que se iban a llevar a cabo, lo que infantil se denomina como rutinas.



- Priorizar la enseñanza de aprendizajes funcionales: diseñar actividades que permitan adquirir mayores niveles de autonomía y control sobre el medio. Nico poseía un elemento característico en distintas partes del aula, desde el perchero donde cogía el babi y dejaba el abrigo; hasta el lugar donde se tenía que sentar.



- Garantizar la generalización de los aprendizajes adquiridos: a diferentes contextos y con diferentes personas.
- Asegurar la adquisición de aprendizajes en contextos naturales: situaciones cotidianas y naturales.
- Promover una enseñanza basada en el aprendizaje sin errores: para así lograr motivación hacia el aprendizaje, reducir los niveles de frustración y garantizar una atención adecuada. Es necesario ofrecer todas las ayudas necesarias para que el niño logre completar la tarea con éxito.
- Empleo de todas las ayudas necesarias: se deben utilizar las ayudas físicas, visuales y verbales necesarias para garantizar el éxito de la tarea, y poco a poco ir desvaneciendo las ayudas.

Es necesaria la coordinación sistemática de todos los profesores que intervengan en la respuesta educativa de Nico.

B) Objetivos / Contenidos:

- La intención comunicativa y habilidades de atención conjunta.
- Lenguaje comprensivo y expresivo. Estimulación y desarrollo de la comunicación.
- Habilidades de dispersión del lenguaje.

- Sistemas de relación emocional.
- Habilidades simbólicas.
- Estrategias de desenvolvimiento social, habilidades sociales.

C) Evaluación:

En el segundo ciclo de la Educación Infantil, la evaluación es global, continua y formativa. La observación directa y sistemática constituirá la técnica principal del proceso de evaluación. Deberá servir para identificar los aprendizajes adquiridos, el ritmo y características de la evolución de cada niño o niña. A estos efectos, se tomarán como referencia los criterios de evaluación de cada una de las áreas. Se informará periódicamente a las familias sobre la evolución educativa del alumnado. En el caso de Nico, deberá ser individualizada y atendiendo a los criterios en su adaptación curricular.

4.2.3 Apoyos personales

Además de los recursos ordinarios, Nico necesita la intervención de varias profesionales, como la especialista en Pedagogía Terapéutica (P.T) que se encarga de intervenir directamente con Nico para desarrollar un programa de intervención individual, centrándose en sus necesidades; asesora a la tutora para que le pueda atender con eficacia, colaborando con ella en la elaboración de las adaptaciones curriculares pertinentes; favoreciendo con la tutora el seguimiento y la evaluación de Nico y por supuesto, en las entrevistas con los padres. Nico acudía a P.T dos sesiones semanales.

También, iba con la especialista en Audición y Lenguaje (A.L) donde asistía cuatro veces por semana. Realizaba las mismas actividades que sus compañeros y compañeras daban en el aula, pero con la diferencia de que la especialista se centraba más en aquellos aspectos donde Nico tenía cierta dificultad.

4.2.4 Estilo de aprendizaje

Nico tiene un contacto ocular espontáneo muy esporádico. No atiende a su nombre cuando se le llama y no coopera cuando se le solicita verbalmente.

Presenta escasa consistencia en su comportamiento con respeto a los estímulos del medio. Ante las tareas, presenta una actitud y motivación muy diferente dependiendo si éstas sean de componente verbal o de componente manipulativo, a favor de estas últimas.

Muestra pautas de atención lábil o hiperselectivo: meter una y otra vez las piezas en el tablero, girar repetidamente objetos, fijarse en los aparatos que hacen ruido. Emplea cierta rigidez en ocasiones, mostrando resistencia a los cambios de actividad y reacciona frecuentemente con rabietas ante situaciones, personas nuevas o cuando se le interrumpe en sus rutinas.

Para que inicie la tarea y especialmente, para que la continúe, se le ha de reforzar continuamente. Presenta dificultades para el seguimiento de órdenes, aunque éstas sean muy directas y muy concretas.

Según información familiar, Nico muestra poco interés por las relaciones de grupo, sí juega en grupo pero lo hace fuera de contexto y de una forma bastante mecánica, estando como al margen.

Los padres observan en ocasiones cierta pasividad del niño que aparece permanece absorto ajeno al medio. Ellos interpretan que se ensimisma mucho en ciertas actividades. Existe muy poca motivación comunicativa.

Manifiesta cierta resistencia, pequeños cambios ambientales y se altera en muchas situaciones inesperadas o que no anticipa.

4.2.5 Principios Metodológicos

La finalidad de la Educación Infantil es contribuir al desarrollo físico, afectivo, social e intelectual de los niños y las niñas.

Nico, en el segundo ciclo de la Educación Infantil, se le atendió progresivamente el desarrollo afectivo, el movimiento y la adquisición de los hábitos de control corporal, las manifestaciones de la comunicación y del lenguaje, las pautas elementales de convivencia y relación social, así como el descubrimiento de las características físicas y sociales del medio. Además, se le facilitó que elaborase una imagen de sí mismo positiva y equilibrada, con la finalidad de adquirir una autonomía personal.

Los principios metodológicos que orientan la práctica docente en estas edades tienen en cuenta las características de los niños. La intervención educativa se adecua al nivel de desarrollo y al ritmo de aprendizaje del niño y de la niña.

En el caso de Nico es esencial dar tiempo a los procesos de maduración individual, sin afán de acelerar el curso normal de su desarrollo y aprendizaje, lo que supone respetar el ritmo individual del niño.

Uno de los principios que orientan la labor docente en este ciclo es que Nico realice aprendizajes significativos, para lo cual es necesario que éstos sean cercanos y próximos a sus intereses. Deben propiciarse múltiples relaciones entre los conceptos para que, de manera activa, el construya y amplíe el conocimiento estableciendo conexiones entre lo que ya sabe y lo nuevo que debe aprender, y dé significado a dichas relaciones. En esta construcción individual del conocimiento, el lenguaje como medio de comunicación, representación y regulación, y la mediación social, serán decisivos para la interiorización de los contenidos. Nico tenía especial dificultad de comunicación, por tanto este área era muy repetida durante las sesiones del día en el Centro Escolar, con la ayuda de la Logopeda.

El principio de globalización es de gran relevancia dada las características evolutivas del niño. La perspectiva globalizadora sugiere criterios y pautas para proponer objetivos, organizar contenidos, diseñar actividades y materiales de forma que hacen que en el aula se produzcan muchas y variadas situaciones educativas que propician de forma global el desarrollo de capacidades y la adquisición de aprendizajes en los niños.

En general, Nico era muy querido y apreciado por los demás compañeros y compañeras, pero aún así poseía un trastorno que los niños y niñas en ocasiones, no contaban con él.

La programación del aula se realizaba a través de ejes organizadores de contenidos, pequeños proyectos, talleres, unidades didácticas, rincones u otras situaciones de aprendizaje, así como la organización de espacios, distribución de tiempos, la selección de materiales y recursos didácticos.

El juego proporcionaba un auténtico medio de aprendizaje y disfrute para Nico; favorecía su imaginación y creatividad; posibilitaba interactuar con otros compañeros y permitía tener un conocimiento de él mismo, de lo que sabe hacer por sí mismo, de las ayudas que requiere, de sus necesidades e intereses. El juego forma parte de la tarea escolar, la escuela infantil tiene una intencionalidad educativa que no se da en otros contextos y ha de organizarse de un modo significativo y distinto del practicado fuera de la escuela.

Las actividades en grupo propician la interacción social. Gracias a ellas se potencian diversas formas de comunicación y expresión de sentimientos y emociones, el respeto a distintos puntos de vista e intereses y el aprendizaje en valores. El establecimiento de unas relaciones de confianza entre el maestro y el grupo de alumnos, junto con una educación en valores que potencia la convivencia y la igualdad entre niñas y niños en estas primeras edades, es decisivo.

La creación de normas que regulasen su conducta no contradice lo anteriormente expuesto. Es importante establecer unas normas que proporcionen seguridad tanto para Nico como al resto de la Comunidad Educativa. Su respeto es primordial para la formación de hábitos, control de impulsos, emociones y deseos, evitar frustraciones y favorecer la autonomía en actividades y juegos.

Los niños y niñas en estas edades se desarrollan en dos ámbitos muy significativos para él, la familia y la escuela, ambos íntimamente relacionados. La entrada de Nico en la escuela supuso la incorporación a un nuevo ambiente físico y social y la separación de las figuras de apego. Con el fin de facilitar este proceso, el Centro planificó un periodo de adaptación que tiene en cuenta las necesidades afectivas del niño y su nivel de desarrollo, y en el que la familia deberá participar activamente.

Se cooperó con las familias en el proceso educativo. Es imprescindible establecer una relación basada en la comunicación y el respeto mutuo e intercambiar información sobre los avances y dificultades en los aprendizajes de Nico. El primer momento de esta relación se produjo durante el periodo de adaptación y se prolongó a lo largo de los tres años como un proceso necesario para que él tenga referentes claros y sin contradicciones y por supuesto, para que gane en autonomía, seguridad y satisfacción.

5. ANÁLISIS DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA.

5.1. ANÁLISIS DE DOCUMENTOS DEL CENTRO

El centro “Tello Téllez de Meneses” donde Nico está escolarizado es un centro de Educación Infantil y Primaria. Este centro articula su funcionamiento en función de una serie de documentos oficiales que tienen en cuenta la diversidad del alumnado:

- En relación al Proyecto Educativo de Centro (P.E.C) se pretende dar una respuesta educativa a una zona en concreto buscando el pleno desarrollo de las capacidades del alumnado sea del tipo que sea.
- En relación al Proyecto Curricular (P.C) se contempla la diversidad del alumnado en múltiples aspectos por lo que propone una metodología flexible que se adapte a los procesos de aprendizaje de los alumnos.
- En relación al Plan de Atención a la Diversidad (P.A.D) el centro se organiza de acuerdo a las normas dictadas en la ORDEN 2199/2004, de 15 de Junio del Consejero de Educación por la que se regulan entre otras las medidas de apoyo y refuerzo en Educación Infantil, así como las instrucciones de inicio de curso.

Entre los objetivos planteados por la Tutora para este curso:

- Facilitar a Nico que posee una educación especial, una respuesta adecuada y de calidad que le permita alcanzar el mayor desarrollo personal y social.
- Planificar propuestas educativas diversificadas de organización, procedimientos, metodología y evaluación adaptadas a él.
- Establecer cauces de colaboración entre los diversos profesores que intervienen con él.
- En relación al Plan de Acción Tutorial (P.A.T) se establecen las pautas de trabajo interno en el aula de cara al TDAH: conocimiento, motivación, orientación...

- En relación a la Programación General Anual (P.G.A) se establece como objetivo la mejora del cauce de información y tratamiento en relación al Departamento de Orientación.

5.2. VALORACIONES DE LOS PADRES

Los padres han participado de forma colaborativa en todo momento con el centro y los profesores de su hijo a través de entrevistas. En un principio no quisieron que el colegio de Nico le realizara una evaluación psicopedagógica, ya que tenían gran interés en que se mantuviera normalizado. No obstante, y de cara a poder definir determinados apoyos específicos dentro del colegio, se termino realizando una evaluación psicopedagógica de Nico. Los resultados de la evaluación confirmaron sus sospechas y comunicaron todas las pautas educativas.

Tras el análisis del Informe Psicopedagógico del Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica de Palencia, realizado 2/ abril/ 2012 podemos llegar a los siguientes datos:

Historia Evolutiva

- Embarazo, parto y neonato normales.
- Nico sólo admite alimentos sólidos y conocidos por él. Rechaza los purés y todos los alimentos que tengan apariencia o sabores desconocidos por el niño. Puede usar el tenedor para comer, aunque hay que terminar dándole la comida. Es capaz de beber él solo en un vaso.
- Tiene un buen desarrollo motriz. Es en el lenguaje donde el niño tiene dificultades.
- Dice alguna palabra (mamá, papá, ato= pájaro, ico=Nico, ante=elefante, un, dos, gato...) pero no une palabras.
- No pide lo que quiere, pero se hace entender, llevando al adulto hasta el lugar, señalando lo que quiere o lo que le llama la atención.

- Las instrucciones más conocidas las comprende (vamos a ver un video, vamos a dormir, a comer, tira el pañal, siéntate...) sin embargo puede no prestarte atención cuando le llamas. Ha iniciado el control de esfínteres.

Escolaridad

- Primera infancia: acude a la guardería desde los ocho meses presentando mucha inquietud motriz y problemas de atención.
- Educación Infantil y Primaria: escolarizado en un centro público, en infantil le cuesta mucho estar sentado. Su conducta en clase va mejorando y aunque le cuesta centrarse es muy participativo. Tiene especial dificultad en ponerse a hacer tareas y estudiar. Su rendimiento ha sido aceptable hasta hace poco tiempo. Su relación con los compañeros y profesores suele ser buena.

Personalidad

- Sus compañeros y compañeras le perciben como un niño muy afectivo pero cabezota.
- No tiene estrategias de inoculación al estrés ya que cuando no le salen bien las cosas comienza a enfadarse mucho.
- Buena autoestima.
- Tenía el hábito de tocarse el pelo mientras realiza diferentes tareas.

Ocio

- Le gusta mucho los deportes y jugar.

Relaciones Sociales

- Tiene un grupo bien definido de amigos aunque se relaciona con muchos grupos y es bien aceptado. No tiene problemas sociales con sus iguales.
- En las situaciones de juego grupal le cuesta aceptar los turnos, normas y se enfada cuando pierde. Prefiere los juegos libres.

5.3. VALORACIONES DE LOS PROFESORES.

Para disponer más datos de Nico he recogido informes de evaluación de los años de escolarización en el centro. Los datos recogidos son los siguientes:

Educación infantil 3 años: calificado de muy activo, cuenta todo lo que le pasa en su vida aunque no tenga relación con lo que se hace, le gusta compartir, es alegre y vivaz. Le cuesta mantener el turno de palabra. La definición de la lateralidad le ha dificultado su motricidad, definiéndose finalmente a diestro.

En cuanto a los rasgos de personalidad es firme y seguro, pero vulnerable y afectivo cuando se percata de que alguien está triste.

Educación infantil 4 años: tiene muchas inquietudes, muy inteligente e impulsivo lo que le lleva a no cumplir las normas de clase: guardar el turno de palabra, sentarse a trabajar, respetar a los compañeros, terminar las tareas. Necesita ser motivado para mantener más tiempo la atención.

Educación infantil 5 años: está finalizando el curso. Se ha observado una mejoría en cuanto a su desarrollo motriz, realiza estrategias o técnicas de relajación para no ponerse nervioso y moverse continuamente. Mantiene un contacto ocular cuando habla y ya ha adquirido expresiones como: “Buenos días, Hasta luego...”

Por otra parte se ha mantenido una entrevista personal con la tutora y las maestras especialistas que imparten docencia a Nico.

- La tutora encuentra todavía alguna dificultad para mantener su atención en clase. Está utilizando los métodos que se han seguido en cursos anteriores para mantener la atención, pero la mayor complejidad de los contenidos y el cambio de maestros le está suponiendo un gran reto profesional, ya que no está tranquilo delante de personas que desconoce. Lo más importante es que Nico no llegue a enfadarse, ya que suele no ser comunicativo a partir de ese punto.
- La especialista en psicomotricidad comenta que el niño aprovecha al máximo su clase para canalizar mucha de su energía. No obstante, en las tareas de juego cooperativo suele tener problemas en asumir las normas del juego.

Tras la aplicación de la prueba del cuestionario **EDAH** (Evaluación del Trastorno por Déficit Atención e Hiperactividad) que realizamos la tutora y yo con la ayuda del psicólogo del centro, la cual mide los principales rasgos del TDAH y de los trastornos de conducta que pueden coexistir con el síndrome, Nico presenta las conductas descritas en la tabla siguiente:

	Mucho	Bastante	Poco	Nada
Inquietud motora	X			
Dificultades de aprendizaje escolar		X		
Comportamientos molestos hacia otros niños			X	
Fácil distracción, escasa atención	X			
Exigencia de inmediata satisfacción de sus demandas	X			
Dificultad para las actividades cooperativas			X	
Muestras de estar en las nubes, ensimismado			X	
Interrupción de tareas, que deja sin terminar	X			
Mala aceptación por parte del grupo				X
Negación de sus errores o culpabilización a otros		X		
Gritos en situaciones inadecuadas	X			
Contestón	X			
Movimiento constante, intranquilidad	X			
Discusiones y peleas por cualquier cosa		X		
Explosiones impredecibles de mal genio		X		
Falta de sentido de la regla, del juego limpio			X	
Impulsividad	X			
Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros				X
Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante	X			
Mala aceptación de las indicaciones del profesor		X		

Figura 1: Respuestas de la conductas del cuestionario EDAH del sujeto.

Estos datos corroboran la idea de que estamos ante un posible TDAH. Estas respuestas se clasifican y se comparan con un baremo, de modo que se pueden extraer unos resultados que asignen al evaluado a un grupo, más o menos alejado de mostrar los comportamientos que serían propios del Déficit de Atención con Hiperactividad y/o trastorno de conducta.

En el caso de Nico se podría decir que hay riesgo elevado de:

- Presentar hiperactividad.
- Manifestar un déficit de atención aislado.
- Trastorno de conducta.
- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Los resultados tras la aplicación de cuestionario de frecuencia de conductas del *DSM – IV* y *DSM-VI-TR* son los siguientes:

Haciendo un contraste entre los resultados obtenidos en las respuestas de los padres con junto con la tutora y teniendo en cuenta las instrucciones que marca el *DSM-IV* se llegó las siguientes conclusiones:

- Para que exista desatención deben darse seis o más ítems de los nueve que figuran. Por lo tanto, aunque hay una pequeña discordancia entre los datos de los padres y la tutora de Nico, sí que se dan al menos seis de los nueve (profesora) y ocho de los nueve (padres).
- Para que exista hiperactividad e impulsividad deben darse seis o más ítems de forma continuada. Por tanto, y aunque los datos son diferentes, en cualquiera de los dos supuestos (padres – profesora) si se dan al menos seis de los criterios: seis de los nueve (profesora) y nueve de los nueve (padres)
- Para que exista trastorno negativista desafiante deben existir al menos cuatro de los ocho criterios que figuran. Aquí ambos sectores coinciden plenamente en los ítems, con pequeñas diferencias en el grado de intensidad.
- Nuevamente con los datos recogidos podemos decir que nos encontramos ante un muy posible caso claro de TDAH.

El papel de la maestra desempeña un papel muy destacado en la detección de las primeras señales del trastorno. De alguna manera, el contexto de la clase se asemeja a una prueba neuropsicológica, ya que los alumnos/as deben de mantener la atención de forma sostenida, se requiere constancia y organización, autocontrol de los impulsos y permanecer quieto por periodos amplios; es decir, poner en práctica aspectos cognitivos que en el caso de Nico se hayan alterado. Por tanto, la maestra podrá observar los síntomas y características que definen al trastorno e informar a los padres de la necesidad de una evaluación especializada. Su información puede ser la primera señal de alarma, incluso antes que la de los padres, ya que la maestra puede observar al niño en unas condiciones en que es más fácil que se exprese el TDAH, y además, tiene la experiencia de ver cuál es el patrón de funcionamiento normal. Este papel central de la maestra no sólo se produce en la educación infantil.

5.4. ÚLTIMO INFORME PSICOPEDAGÓGICO A DÍA 12/ 03/ 2012

Tras cumplir los 6 años de edad este año, a Nico se le volvió a realizar un test Psicopedagógico para diagnosticar finalmente lo que le sucedía.

Según el *DSM-VI- TR*, se escribieron los resultados obtenidos en la etapa de escolarización obligatoria tras someterlo a diversas pruebas.

Se concluyó señalando que Nico es un niño con un TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD, Y UN PRINCIPIO DE AUTISMO NO ESPECIFICADO. Esta categoría incluye los casos en que hay una alteración grave y generalizada del desarrollo de la interacción social o de las habilidades de no verbal, o cuando hay comportamiento, intereses y actividades estereotipadas, pero no se cumplen los criterios de un trastorno generalizado del desarrollo específico, esquizofrenia, trastorno esquizofrénico de la personalidad o trastorno de la personalidad por evitación. Esta categoría incluye el autismo atípico que son los casos que no cumplen los criterios diagnósticos del autismo por una edad de inicio posterior, una sintomatología atípica o subliminal.

El informe señala la conveniencia de que periódicamente reciba una atención especializada en este tipo de problemática. Por ello, acude mensualmente a *la Clínica de Terapia Ocupacional Pediátrica Beaudry- Bellefeuille* (Oviedo) la cual está especializada en casos de disfunción de la integración sensorial en niños.

Se encuentra dotada del material terapéutico más avanzado, con el que el niño realiza sus sesiones de Terapia Ocupacional como si se tratase sólo de un juego y sin darse cuenta de que está tomando parte en una sesión rehabilitadora muy importante para mejorar de sus problemas y, por tanto, para su futuro.

La Terapia Ocupacional es, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), "el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficit invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir las mayores independencia y reinserción posibles del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social".

6. PERSPECTIVAS DE FUTURO

6.1 LOS SÍNTOMAS DEL TDAH EN ADULTOS

Hasta finales de los años setenta del siglo XX no se contempló la posibilidad de que el TDAH persistiera también en adultos.

Fruto de las deficiencias del pasado, muchos niños y niñas con este trastorno llegan a mayores sin que su enfermedad haya sido diagnosticada.

En la actualidad, existen suficientes datos científicos que avalan el riesgo de que el trastorno se manifieste desde la infancia hasta la edad adulta. Los estudios indican que no todos los niños/as van a presentar problemas derivados de este trastorno en su vida adulta. Se considera que aproximadamente un 50% de niños y niñas con TDAH manifestará el trastorno en años posteriores.

El diagnóstico en la edad adulta depende de la documentación de una historia en la infancia del trastorno. Los adultos a menudo describen recuerdos de los problemas relacionados con síntomas del trastorno en la infancia.

El TDAH se encuentra asociado con dificultades de planificación, sucesión de situaciones, prioridad, percepción del tiempo, y acceso a la memoria de trabajo. La tarea de describir su infancia presenta un reto que puede ser más revelador de déficit en estas áreas que cualquier otro aspecto de la valoración.

El primer escalón para la documentación de una historia infantil es el invitar al paciente a que complete alguno de los inventarios de síntomas, para valorar la presencia o ausencia de síntomas durante la infancia. Cuando sea posible, el mismo cuestionario se debería pasar a los padres del paciente. Cuando ambos informes (paciente y padres) indiquen que se cumple el criterio diagnóstico, el profesional puede presuponer una historia infantil positiva.

El informe de los padres tiene mayor significado e importancia cuando es positivo (con el soporte de ejemplos concretos) que cuando es negativo. Una tercera fuente de información de una historia infantil de TDAH pueden ser los antiguos informes escolares.

La juventud del paciente puede incluir numerosos accidentes, frecuentes cambios de trabajos, dificultades en relaciones, abuso de sustancias, cambios de residencia, y alteraciones o modificaciones del estilo de vida impulsivas y sin planificación.

Los síntomas experimentan cambios con la edad, de forma que la hiperactividad tiende a reducirse y a manifestarse como más interior y no tan externa. El adulto no corre incisivamente por el aula o se sube constantemente al mobiliario; en cambio, se manifiesta una inquietud subjetiva interna, malestar por permanecer largo periodos sentado, o la sensación de un motor interior que no cesa, que le dificulta igualmente el seguimiento de las clases. Por otra parte, persiste la tendencia a no parar de hablar y el movimiento en el asiento.

La impulsividad disminuye en menor medida, mantiene la tendencia a realizar actos sin pensar previamente sus consecuencias, a cortar a los demás en las conversaciones y a exhibir dificultades en esperar su turno. La inatención no se modifica con la edad, persistiendo los mismos síntomas que en la infancia. Todo ello origina que los adultos con TDAH muestren graves problemas en la adaptación a la vida diaria.

Los tratamientos empleados en adultos son los mismos que los utilizados en la infancia. Aunque existen más evidencias de la eficacia y seguridad de los fármacos psicoestimulantes en niños que en adultos. Los estudios realizados en la última década muestran que también son el tratamiento de referencia en esta edad.

Los tratamientos psicológicos, como terapia cognitivo-conductual, han demostrado ser eficaces en los adultos. En el aula serán igualmente eficaces los abordajes que estimulen los puntos fuertes del individuo y el empleo de refuerzos positivos.

6.2 ¿QUÉ FUTURO PODRÍA DESARROLLAR NICO?

La evolución del trastorno es lo que más inquieta y preocupa a la familia de Nico, algo que es frecuente en cualquier ámbito familiar.

Los padres desean saber qué sucederá cuando el niño llegue a la edad adulta y se preguntan si el tratamiento que está recibiendo será eficaz.

El correcto diagnóstico y tratamiento en la infancia va a comportar, sin duda alguna, una mejor evolución en la edad adulta.

En recientes trabajos epidemiológicos se ha observado que la prevalencia en la población adulta se sitúa en torno al 3-4%. Estos resultados indican que es una patología frecuente y que, debido a su inicio en la infancia, es de vital importancia la detección precoz, sin esperar a que se produzca un fracaso escolar o una fractura en la convivencia familiar, con la frecuente afectación de la autoestima del niño/a.

El diagnóstico de Nico ha sido temprano, así como su tratamiento. De momento, gracias a los apoyos específicos de la logopeda y de la pedagoga terapeuta, así como de la atención especial que le presta la maestra, sigue una escolaridad normal sin ningún atisbo de retraso o fracaso escolar.

La interacción entre los profesionales que tratan el TDAH es sumamente importante, ya que de ella va a depender en gran parte el éxito del tratamiento evitando que persista en la edad adulta.

Tal como se ha señalado en apartados anteriores, la maestra aglutina el trabajo conjunto de diversos profesionales, no solamente del entorno escolar, sino también clínico. Se ha puesto de manifiesto que todos los especialistas implicados en el trabajo de intervención con Nico, realizan una auténtica labor de equipo y es presumible que dicha labor continúe en un futuro.

Es conocido que la existencia de antecedentes familiares de TDAH, la presencia de otros trastornos psiquiátricos asociados y un ambiente conflictivo, así como la ausencia de tratamiento en la infancia, son factores de riesgo para la cronicidad.

En la familia de este niño no se encuentra ningún antecedente de enfermedad y/o trastorno psiquiátrico de riesgo. La convivencia familiar es buena, el ambiente que le rodea es de apoyo a la par que estimulante.

Todo ello hace pensar que ante Nico se abre un futuro esperanzador. Es lo que deseamos todos lo que le conocemos y seguiremos trabajando para que así sea.

7. CONCLUSIONES

La técnica de estudio de casos consiste precisamente en proporcionar una serie de casos que representen situaciones problemáticas y diversas de la vida real, para que se estudien y analicen. De esta manera, he llevado a cabo un estudio de caso sobre TDAH.

Hasta hace aproximadamente una década, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad era un gran desconocido para la mayoría del profesorado. A veces, se busca la responsabilidad en el entorno familiar, se averigua la causa donde no está y a los afectados se les impide recibir el trato y el tratamiento que precisan.

Existe la falsa creencia de considerar a todos los niños y niñas con el mismo potencial para el desarrollo del autocontrol, pero en el caso de los niños con TDAH, conseguir el autocontrol resulta tarea peligrosa y difícil. Por tanto, los padres y madres deben ser conscientes de ello, y realizar un esfuerzo en la tarea de que los niños consigan dicho autocontrol, esfuerzo que igualmente debe realizar el profesorado.

Los niños que padecen dicho trastorno han pasado de ser llamados “niños inquietos” a ser llamados niños con TDAH y tratados como tal para llevar una vida normal, adaptándose a la sociedad que los rodea.

Los profesionales de la educación debemos conocer los síntomas y no alarmarnos ante un niño que es activo y tiene dificultad para mantener la atención durante un periodo largo de tiempo. Tal vez, ese niño permanezca en esa situación un breve periodo de tiempo por causas externas a él, por tanto deberíamos analizar su entorno y cómo le repercute y, en caso necesario contar con la ayuda de un especialista.

A menudo, estos niños son “apartados” de un grupo social, algo que es discriminatorio y perjudicial. Un niño que padezca dicha patología puede estar integrado socialmente, ello conlleva seguir unas pautas de conducta, normas, tareas, etc.

En numerosas ocasiones el profesorado se siente solo ante estos casos, situación que puede ser debida a la falta de formación, falta de colaboración con los demás profesores, familia, entorno, etc. Por eso es muy importante solicitar la ayuda familiar, contar con la colaboración conjunta familia-escuela, además de los especialistas necesarios para llevar a cabo el tratamiento adecuado.

Además de estas conclusiones, o mejor, reflexiones, que la elaboración del presente documento me ha suscitado, no quisiera terminar sin hacer alusión a algunas de las competencias que han sido desarrolladas a lo largo de mi intervención con Nico y en la realización del Trabajo de Fin de Grado.

Una competencia fundamental es la continua formación de los docentes. Reciclarse, mantenerse actualizado, es fundamental, especialmente en el mundo educativo. Los profesionales, además de estar al día en cuanto a conocimientos, debemos hacer frente a situaciones que demandan atención especial, concentración y que incluso pueden suponer estrés laboral.

El trabajo en equipo tiene gran importancia en cualquier ámbito laboral, que aún resulta más evidente en el entorno escolar. Como ser humano y como ser social, necesitamos de los demás no solamente para socializarnos sino también para aprender los unos de los otros. Formar un verdadero equipo de trabajo resulta provechoso para cada una de las personas que lo componen a nivel individual, y también para el equipo en su conjunto. Respetar las ideas de los demás, colaborar con los compañeros, aprender de todos... proporciona gran satisfacción. El trabajo en equipo, en nuestro caso, es totalmente beneficioso para el alumnado.

La construcción de una escuela inclusiva, si bien es una responsabilidad de la administración educativa, también debe ser un compromiso de todas las personas que nos movemos en torno a la importante tarea de la educación de los niños, niñas y jóvenes: profesorado, padres y madres, el propio alumnado, la comunidad social donde se ubica la escuela, el movimiento ciudadano, etc.

Educar no es fácil y los problemas aumentan en casos de niños que presentan trastornos.

Maestros y profesores manifiestan las dificultades con que se encuentran a la hora de atender a niños y adolescentes que presentan falta de concentración, falta de control en sus movimientos e impulsos...

Una educación que pretenda superar las barreras para el aprendizaje y la participación debe promover proyectos educativos que tengan en cuenta al alumnado con especiales dificultades y/o trastornos. También, facilitar la creación de redes de centros inclusivos y la coordinación de los agentes educativos para el apoyo en la superación de dichas dificultades.

La opción por una escuela inclusiva exige trabajar por una educación básica de calidad para todas las personas y habilitar adecuadamente escuelas, para que atiendan a todos los niños y niñas de la comunidad. Esto significa escuelas que acojan a **todo el alumnado**, cualesquiera que sean sus características, desventajas, dificultades, problemas..., **valorando la diversidad como una riqueza**.



8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A.P.A (2003) *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. Texto Revisado*. El Sevier Masson. España.

Antoni Ramos-Quiroga, J., Bosch, R. Y Casas, M. (2009). *Comprender el TDAH en adultos: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en adultos*. Amat Editorial, el médico en casa.

Ballesteros Jiménez. S. (2001) *Habilidades Cognitivas Básicas. Formación y Deterioro*. UNED.

Barkley, R.A. (1997) *ADHA and the Nature of Self- Control*. Guilford. Nueva York.

Barrio del Castillo, I., González Jiménez, J., Y Otros. *Métodos de Investigación Educativa: El estudio de casos*. Universidad autónoma de Madrid. 3º de Magisterio de Educación Especial. En ¿Qué es el estudio de caso para Yin (1989) y Stake (1998)?

http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Est_Casos_doc.pdf

Canal Salud Maphre. (P.E.T) *Tomografía por emisión de positrones*. <http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/tomografia-emison-positrones.shtml>

Coll i Corominas, X. *Perspectivas de futuro*.

[http://www.centrelondres94.com/files/Perspectivas_de_futuro_del_Trastorno_por_Deficit_de_Atencion_e_Hiperactividad_\(TDAH\).pdf](http://www.centrelondres94.com/files/Perspectivas_de_futuro_del_Trastorno_por_Deficit_de_Atencion_e_Hiperactividad_(TDAH).pdf)

EACP: Escalas de Áreas de Conductas- Problema. *Las Escalas de Áreas de Conductas Problemas (EACP)* (1998)

http://www.psicologoescolar.com/EVALUACION/eacp_escalas_de_areas_de_conductas_problema.htm

EMA-D.D.A. *Escalas Magallanes de Detección de Déficit de Atención en Niños Manual de Referencia*. Protocolo Magallanes.

<http://www.libreriaimagina.com/juguetes/5575/guias/Manual.pdf>

Grupo L.A.C.E. hum 109 (Laboratorio para el Análisis del Cambio Educativo).Facultad de CC. de la Educación. Universidad de Cádiz. *Introducción al estudio de caso en educación.*

<http://www2.uca.es/lace/documentos/EC.pdf>

López-Barajas, E. y Montoya, J.M. (1995). *El estudio de casos: fundamentos y metodología.* Universidad Nacional de Educación a Distancia.

López Soler, C y García Sevilla, J. (1997) *Problemas de atención en el niño.* Madrid, Pirámide.

De Ajuriaguerra, J. (1983) *Manual de Psiquiatría infantil.* Cuarta edición. México. Masson

Martínez Carazo, P.C. El método de estudio de caso. *Estrategia metodológica de la investigación científica.*

http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/pensamiento_gestion/20/5_El_metodo_de_estudio_de_caso.pdf

Mena Pujol, B; Nicolau Palou, R.; Salat Foix, L.; Tort Almedia, L. y Romero Roca, B. (2006) 2ª edición. *Guía Práctica para educadores: El alumno con TDAH, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.* Adana Fundació. Ediciones Mayo.

Moreno, J.M.; Suárez, A. y Martínez, J.D (2003). *Trastornos del Habla. Estudios de casos.* Madrid: EOS

Munar, E; Roselló, F y Sánchez Cabaco, H (2008) *Alteraciones Atencionales.* Alianza, Madrid

Orjales Vilar, I. (2012) *TDAH: Elegir colegio, afrontar los deberes y prevenir el fracaso escolar.* Guía para padres y madres.

Sandín, B.; Chorot, P., Santed, M.A y Valiente, R. (2002) *Estudio de caso en psicopatología: Trastorno Autista.*

9. ANEXO



LA TÉCNICA DE LA TORTUGA

A) Justificación

De las muchas técnicas realizadas en el aula con Nico, me ha parecido oportuno escoger esta, ya que es la que ha llevado a cabo desde que empezó el colegio. Según la tutora esta técnica pretende, a través de la analogía con la tortuga (que se esconde en su caparazón cuando se siente amenazada), enseñar al niño a ponerse resguardado en un caparazón imaginario cuando no sea capaz de controlar sus impulsos y emociones, ante estímulos ambientales.

B) Cuento de la Tortuga

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

Cada día en el camino hacia el colegio se decía a si misma que lo haría lo mejor posible para no meterse con ellos. Pero a pesar de esto era fácil que algo o alguien la descontrolara, y al final siempre acababa enfadada, o se peleaba, o le castigaban. “Siempre metida en líos” pensaba “como siga así voy a odiar al colegio y a todos.” Y la Tortuga lo pasaba muy pero que muy mal.

Un día de los que peor se sentía, encontró a la más grande y vieja Tortuga que ella hubiera podido imaginar. Era un vieja Tortuga que tenía más de trescientos años y era tan grande como una montaña. La Pequeña Tortuga le hablaba con una vocecita tímida porque estaba algo asustada de la enorme tortuga. Pero la vieja tortuga era tan amable como grande y estaba muy dispuesta a ayudarla: “¡Oye! ¡Aquí!” dijo con su potente voz, “Te contaré un secreto. ¿Tú no te das cuenta que la solución a tus problemas la llevas encima de ti?”. La Pequeña Tortuga no sabía de lo que estaba hablando. “¡Tu caparazón!” le gritaba “¿para qué tienes tu concha? Tú te puedes esconder en tu concha siempre que tengas sentimientos de rabia, de ira, siempre que tengas ganas de romper, de gritar, de pegar...Cuando estés en tu concha puedes descansar un momento, hasta que ya no te sientas tan enfadada. Así la próxima vez que te enfades ¡Métete en tu concha! A la Pequeña Tortuga le gustó la idea, y estaba muy contenta de intentar este nuevo secreto de la escuela.

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

C) Explicación de la actividad

Esta técnica dirigida a niños desde preescolar hasta segundo curso de Primaria, tiene como objetivo favorecer el autocontrol y la relajación ante situaciones estresantes o que le generan rabia. En la aplicación de dicha técnica se tiene en cuenta:

- La tutora parte de la explicación del cuento (véase en la parte B) para que el niño se identifique con el personaje que lo protagoniza.

- Ante una situación potencialmente estresante, la maestra dice la palabra “tortuga”, y enseguida el niño adopta una posición previamente entrenada (imitando a la tortuga introduciéndose dentro de su caparazón: barbilla en el pecho, mirada al suelo, brazos y puños cerrados y en tensión, estirados a lo largo del cuerpo) contar hasta 10 y proceder a relajar de nuevo todos sus músculos.
- La maestra ha de reforzar o premiar este entrenamiento o posterior aplicación para que el niño se anime a utilizar esta estrategia de forma autónoma cuando se sienta inquieto o ante situaciones que le resultan de difícil control.