



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Programa de intervención en un caso de Trastorno
por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Autora

Elena Valentín Gracia

Directora

Ginesa Ana López Crespo

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de Teruel.
Universidad de Zaragoza.

2014

Resumen

El objetivo del presente trabajo ha sido, por un lado, conocer qué es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), sus causas, su evaluación y su tratamiento; y por otro, elaborar un programa de intervención en un caso de TDAH, en el que se expone un caso único y para el que se han planteado diversas tareas para lograr los objetivos propuestos.

Palabras clave: TDAH, causas, evaluación, tratamiento, programa de intervención.

Abstract

The aim of this project has been, first, to know what is Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), its causes, assessment and treatment; and secondly, to develop an intervention program in a case of ADHD, where is exposed a unique case and for which has been raised several tasks to achieve the objectives

Key words: ADHD, causes, assessment, treatment, intervention program.

ÍNDICE

| | |
|-------------------------------|----|
| Introducción..... | 4 |
| Causas | 9 |
| Evaluación | 11 |
| Tratamiento..... | 13 |
| Exposición caso único..... | 14 |
| Programa de intervención..... | 15 |
| Conclusión..... | 20 |
| Bibliografía..... | 21 |

Introducción

En la actualidad, las definiciones proporcionadas para explicar el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) han sido facilitadas por la medicina, la psicología y otras ramas.

La historia de este trastorno no es muy larga ya que fue en 1902, cuando George Frederick Still, pediatra británico, habló de lo que hoy se conoce como Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), al cual él denominó como fallo de control moral.

Sin embargo fue en los primeros años de la década de los años setenta, cuando Virginia Douglas y su equipo establecieron las categorías de trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad.

El TDAH como categoría diagnóstica apareció en 1967, en la octava edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud, donde se denominó *síndrome hiperkinético de la infancia*. Posteriormente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), de la American Psychiatric Association (APA), en sus diversas ediciones llamó a este trastorno de diferentes maneras. En el DSM II de 1968, se habla de *disfunción cerebral mínima* donde adquirieron mayor importancia los aspectos funcionales. Posteriormente, en el DSM III de 1980 ya se habla de *TDAH*. Y es en DSM IV donde se diferencia entre *TDA con o sin hiperactividad* y también se establecen tres tipos de este trastorno: 1) *predominio del déficit de atención*; 2) *predominio de la impulsividad e hiperactividad* y 3) *tipo combinado*.

El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad es un trastorno heterogéneo, neurobiológico, típico de la infancia, que afecta al desarrollo y a la vida del niño/a, es de origen hereditario y se inicia en la primera infancia.

Según estudios epidemiológicos, el TDAH es el trastorno psiquiátrico más frecuente en psiquiatría infantil-juvenil con una prevalencia alrededor del 3-5% de los niños/as en edad escolar, siendo más frecuente en varones que en mujeres. El TDAH se diagnostica a partir de los 7 años, aunque algunos síntomas pueden aparecer antes de dicha edad, y se deben observar en todos los contextos en los que se desenvuelve el niño/a (familiar, educativo y social.)

Para Barkley (1990), el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad es un trastorno del desarrollo caracterizado por niveles de inatención, sobreactividad e

impulsividad inapropiados desde el punto de vista evolutivo. Estos síntomas a menudo se inician en la primera infancia, son de naturaleza relativamente crónica y no pueden atribuirse a alteraciones neurológicas, sensoriales, del lenguaje o motoras graves, a retraso mental o a trastornos emocionales severos. Estas dificultades se asocian normalmente a déficits en las conductas gobernadas por reglas y a un determinado patrón de rendimiento.

Para algunos autores (Artigas y Jiménez, 2006) el TDAH es una alteración neurobiológica que se manifiesta en dificultades de autorregulación de la conducta en tres aspectos concretos: la capacidad para mantener la atención, el control de la impulsividad y el grado de actividad.

Como expone Portellano (2005), el Trastorno por Déficit de Atención (TDA) es un trastorno neurobiológico que afecta al funcionamiento ejecutivo prefrontal. Es un problema de importancia educativa, sociofamiliar y psicosocial.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad se caracteriza por un patrón persistente de falta de atención, hiperactividad e impulsividad, o ambos, cuya frecuencia y gravedad es mayor de lo típicamente observado en individuos con un nivel comparable de desarrollo (American Psychiatric Association, 1994).

A parte de los síntomas mencionados anteriormente, el TDAH, puede asociarse a desequilibrios emocionales, insuficiencia cognitiva y comorbilidades, como dificultades de aprendizaje, trastornos de conducta, depresión, ansiedad, trastorno disocial o trastorno negativista desafiante.

Generalmente el niño, joven o adulto con este trastorno muestra escaso autocontrol y se guía por sus emociones, deseos o necesidades.

A la hora de diagnosticar el TDAH se deben de cumplir los criterios de clasificación establecidos por el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de la Asociación Americana de Psiquiatría o por la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) de la Organización Mundial de la Salud.

Por un lado, los criterios para el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención establecidos por el DSM-IV-TR (APA, 2000) son los siguientes:

- Síntomas de desatención: Se considera que el niño/a manifiesta síntomas de desatención significativas si muestra 6 o más de los siguientes síntomas:

(a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.

(b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.

(c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.

(d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamientos negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).

(e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.

(f) A menudo evita, le disgusta o es reacio a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).

(g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p.ej., Juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).

(h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.

(i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

- Síntomas de Hiperactividad e Impulsividad: Se considera que el niño/a manifiesta síntomas de hiperactividad/impulsividad significativos si muestra 6 o más de los siguientes síntomas:

Hiperactividad:

(a) A menudo mueve en exceso manos o pies, se remueve en su asiento.

(b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.

(c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).

(d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

(e) A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.

(f) A menudo habla en exceso.

Impulsividad:

(g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.

(h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.

(i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos).

Por otro, los criterios instituidos por el CIE-10 (OMS, 1992) son los siguientes:

- Síntomas de déficit de atención: Se requiere que el niño/a presente 6 síntomas persistentes de inatención:
 1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
 2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
 3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
 4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras omisiones.
 5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
 6. A menudo evita o se siente marcadamente incómoda ante tareas, tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental mantenido.
 7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, tales como material escolar, libros, etc.
 8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
 9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.
- Síntomas de hiperactividad: Se precisa que el niño/a presente 3 síntomas de hiperactividad:
 1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o revolviéndose en el asiento.
 2. Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
 3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.
 4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
 5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable fácilmente.
- Síntomas de impulsividad: Se requiere que el niño/a presente uno de los siguientes síntomas:
 1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
 2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.

3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de los otros.
4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.

En el DSM –IV se identifican tres subtipos de TDAH; cada uno caracterizado con un patrón específico.

1) Predominio del *déficit de atención*: Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 meses 6 (o más) síntomas de desatención (pero menos de 6 síntomas de hiperactividad-impulsividad)

2) Predominio de la *impulsividad e hiperactividad*: Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 meses 6 (o más) síntomas de hiperactividad-impulsividad (pero menos de 6 síntomas de desatención).

3) *Tipo combinado*: Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 meses 6 (o más) síntomas de desatención y 6 (o más) síntomas de hiperactividad-impulsividad. La mayor parte de los niños y adolescentes con este trastorno se incluyen en el tipo combinado. No se sabe si ocurre lo mismo con los adultos afectados de este trastorno.

Como menciona Orjales (1999) todos los hiperactivos, ya sean niños o niñas tienen que enfrentarse a un mayor número de fracasos que los niños/as sin el trastorno cometen: cometen más errores, les cuesta más seguir la clase, organizarse controlar sus rabietas, etc. Esta frustración constante es vivida por cada niño/a de forma diferente.

Para mejorar el comportamiento desadaptativo de un niño/a con TDAH se elabora un plan de intervención con el objetivo de cambiar las conductas problemas. Por lo que se debe realizar un análisis funcional que permita conocer qué ocurre, es decir, cuál es la conducta problema; en qué circunstancias contextuales se da, ante qué estímulos o personas; y qué consecuencias tiene en el medio.

Los niños con TDAH muestran problemas de conducta por lo que hay que modificarla. Tal y como señalan Martin y Pear (2007) la modificación de conducta implica la aplicación sistemática de los principios y las técnicas de aprendizaje para evaluar y mejorar los comportamientos encubiertos y manifiestos de las personas y facilitar así un funcionamiento favorable. Dos técnicas utilizables para alcanzar la modificación de conducta son, por un lado, el refuerzo positivo, y por otro, la economía de fichas (Beltrán García y Hernando, 1999) (Miranda, 1999).

También presentan dificultades a la hora de interactuar con sus compañeros/as, su familia...ya que sus habilidades sociales son escasas. Los resultados encontrados por

tres investigadoras expertas en hiperactividad infantil, Miranda, Presentación y López (1994) muestran que estos niños utilizan estrategias menos adecuadas para conseguir algo de los demás. A estos niños les puede resultar difícil integrarse socialmente y pueden ser rechazados tanto por sus iguales como por sus profesores/as. Una de las técnicas utilizadas es role-playing, mediante la cual se representa una situación real y se debe adoptar el papel de un personaje concreto; y otra la de asertividad, para aprender a expresar sus deseos de forma clara respetándolos derechos de los demás.

Algunos niños/as hiperactivos actúan de forma impulsiva. Para que aprendan a reducir la impulsividad el Dr. Meichenbaum (1974) consideró necesario pedirles que verbalicen en voz alta sus pensamientos para así ayudarles a organizarlos siguiendo una serie de pasos que denominó autoinstrucciones. Las autoinstrucciones consisten en enseñar a los niños/as a hablarse a sí mismos dándose órdenes o instrucciones cuando se enfrentan a tareas cognitivas, de manera que se produzca una reducción de errores y se lleven a cabo las tareas con éxito. Otras técnicas propuestas son la de relajación como la técnica de la tortuga (Schneider y Robin, 1981), que es aplicable individualmente o en grupo y encaminada a enseñar a los niños a controlar sus conductas impulsivas y agresivas. Este procedimiento se desarrolla a través de diferentes fases (Lozano, 1999).

Causas

Hoy en día, no se conocen las causas del TDAH. Este trastorno está más relacionado con la genética que con el ambiente, y es altamente hereditario. Por lo que en el desarrollo del TDAH deben confluír causas biológicas y ambientales. Sin embargo estos factores no se pueden considerar como la causa que genera el trastorno.

Tabla sobre las causas del TDAH.

| Categoría | Categoría temática | Términos clave | Características |
|-------------------|---------------------|----------------|--|
| Causas biológicas | | | Principales responsables del trastorno. |
| C1 | Influencia genética | Herencia. | Es el principal predisponente para desarrollar el TDAH. Éste tiene un componente genético ya que |

| | | | |
|---------------------------|---|--|---|
| | | | niños cuyos padres o madres han sufrido dicho trastorno tienen mayor probabilidad de padecerlo. |
| C2 | Baja actividad cortical | Insuficiencia de transmisores, menor actividad. | Las personas con TDAH tienen alteraciones de algunos transmisores así como menor actividad en las regiones prefrontales y en sus conexiones con el sistema límbico. |
| C3 | Complicaciones prenatales y perinatales | Prematuros, bajo peso, infecciones, consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo. | El TDAH está relacionado con acontecimientos producidos durante el embarazo o cuando el niño nace, como infecciones o enfermedades con afectación cerebral. |
| Causas socio- ambientales | | | Influyen en la mayor gravedad de los síntomas. |
| C1 | Influencias sociales | Medios urbanos desfavorecidos social y | El TDAH tiene mayor prevalencia cuando se dan |

económicamente problemas familiares, condiciones de escolarización, vida familiar desordenada, nivel cultural de la familia, malnutrición y exclusión social.

Evaluación

La evaluación del TDAH precisa de información sobre el nivel intelectual y el rendimiento académico del niño/a ya que son esenciales para el tratamiento y pronóstico del niño. Silva y Moreno (1994) afirman que en la evaluación infantil se debe hacer un énfasis especial en la exploración de aspectos instrumentales e intelectuales por dos razones: a) estos aspectos son vías preferentes de integración social en nuestra cultura, y b) el sistema escolar obliga a un agrupamiento de los niños por su edad, no por sus niveles intelectuales y/o instrumentales.

Para Campbell (1986), la evaluación tanto en niños como en adolescentes conlleva estudiar las características de la conducta del niño en el contexto evolutivo así como evaluarla en el contexto familiar, social y escolar en el que se manifiesta (Campbell 1986).

La evaluación es un proceso complejo que se realiza desde una perspectiva multidisciplinar en la que intervienen diversos profesionales como el Psicólogo, el Pediatra, el Psiquiatra infantil, el Neurólogo, el Trabajador Social, los Profesores, etc.

A la hora de llevar a cabo un proceso de evaluación de TDAH tres herramientas son esenciales: 1) las entrevistas a padres, eje central en este proceso, y al niño/a, 2) las escalas informadas por padres, educadores o el propio niño, y 3) las observaciones directas.

La evaluación se realiza por petición de los padres, maestros, otros familiares o profesionales de la salud.

La finalidad de toda evaluación consiste en diseñar un plan de intervención adecuado a las características de cada niño/a.

Se distinguen tres tipos de evaluaciones: médica, psicológica y educativa.

Por un lado, se realiza una evaluación médica que es de suma importancia ya que el diagnóstico es exclusivamente médico. La puede realizar un Pediatra, un Psiquiatra o un Neurólogo/ Neuropediatra. Esta evaluación debe incluir tanto una historia médica completa como un examen físico básico.

Por otro lado, se precisa una evaluación psicológica que es llevada a cabo por un Psicólogo o Psicopedagogo. Éstos administran tests psicométricos y valoran las características del entorno escolar y familiar.

La primera tarea a realizar por el Psicólogo es obtener información a través de una entrevista no estructurada con los padres, para conocer las conductas problema, en qué situaciones se dan y establecer el motivo de la consulta. La segunda es la entrevista con el niño/a para comprobar si sabe porque visita al psicólogo y facilitar tanto la relación terapéutica como evitar que el niño/a sienta ansiedad y /o rechazo.

Y finalmente la evaluación educativa, porque es importante conocer cuáles son las conductas y aprendizajes del niño/a, así como su interacción con los iguales.

Durante el proceso de intervención educativa todo evaluador debe de llevar a cabo una serie de tareas con dos objetivos fundamentales: 1) seleccionar información suficiente que permita la formulación de supuestos sobre el caso concreto, y 2) verificar tales hipótesis mediante técnicas de evaluación adecuadas (Fernández Ballesteros, 2011 a).

Se precisan pruebas psicoeducativas para evaluar las capacidades intelectuales y para investigar las dificultades del aprendizaje relacionadas con el TDAH.

Existen pruebas para padres, profesores o para ambos, como:

-EACP (Escala de Áreas de Conductas-Problema para Profesores, García y Magaz, 2000).

- Lista de comportamientos infantiles de 6-18 años para profesores (TRF/6-18; Achenbach y Rescorla, 2001).

También hay pruebas específicas de evaluación referentes al entorno médico, educativo, familiar y otras para el niño/a.

En el entorno médico se realizan pruebas como:

-Electroencefalograma computerizado (mapa cerebral).

-Potenciales evocados.

-Neuroimagen.

Algunas de las pruebas referentes al entorno escolar son:

-EDAH (Escala para la evaluación del Trastorno con Déficit de Atención con Hiperactividad; Farré y Narbona).

- Cuestionario de situaciones en la escuela (Barkley, 1981).

- Escala de Conners (TRS).

Y algunas de las referentes al entorno familiar son:

- Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (BASC) (Reynolds y Kamphaus, 2004).

- Cuestionario de situaciones en el hogar (Barkley, 1981).

- Escala de Magallanes (EMTDA-H).

Al niño/a se le administran otras, como:

- Escala de inteligencia de Weschler para niños-IV (WISC-IV; Weschler, 2011), es la más utilizada.

- D2 Test Atención.

- Test de Caras.

- PROLEC (Batería de Evaluación de los Procesos Lectores de los niños de Educación primaria; Cuetos y cols, 1998).

Tratamiento

Diversos estudios e investigaciones han demostrado que el tratamiento eficaz para el TDAH debe de ser multimodal, con tratamiento farmacológico, psicológico y psico-educativo.

La coordinación entre los diversos profesionales intervinientes en el tratamiento y seguimiento es primordial para valorar si el tratamiento es efectivo o no.

En los años sesenta y setenta, el tratamiento farmacológico ya se consideraba eficaz para reducir los síntomas del trastorno. Siendo el fármaco más utilizado el metilfenidato.

Posteriormente fueron apareciendo tratamientos psicológicos centrados en técnicas de modificación de conducta como el entrenamiento a padres (Barkley, 1987; Dubey, O'leary y Kaufman, 1983; Forehand y Mac-Mahon, 1981) y técnicas de intervención cognitivas como el entrenamiento en autoinstrucciones (Meinchen y Goddman, 1971), entrenamiento en habilidades cognitivas de resolución de problemas interpersonales (Spivack y Shure, 1974). Es decir, alude aspectos conductuales, emocionales y al entrenamiento familiar acerca del trastorno. Además, proporciona información sobre el TDAH, estrategias para manejar la conducta y la comunicación para mejorar las relaciones y facilita al niño técnicas para mejorar la atención y la

reflexividad así como para mejorar su autocontrol. Este tratamiento requiere la implicación tanto de padres como de profesores.

Por otra parte, como se ha mencionado anteriormente, también debe realizarse el tratamiento psicoeducativo. Éste es fundamental, y el objetivo es mejorar la adaptación académica del niño/a mediante un programa individual y personalizado. Los profesores deben dar respuesta a las necesidades del niño/a tanto en el aula como académicas, y el orientador realiza la evaluación psicopedagógica al alumno/a. Una vez obtenidos los resultados se los explica al profesor.

El tratamiento debe adecuarse a cada niño/a en función de las características de cada uno y tener en cuenta todos los ámbitos en los que el niño/a se desenvuelve.

Exposición caso único

Este trabajo se va a centrar en un caso concreto, un niño de 12 años y 3 meses que está cursando 6º de Educación Primaria. En la infancia, desde la guardería ya se detectó un retraso madurativo en todas las áreas por lo que fue derivado a EAT (Equipo de Atención Temprana). El Equipo de Atención Temprana dictaminó a Eduardo como alumno de compensación educativa por problemas socio familiares graves. Inició su escolarización en el CEIP Cortes de Aragón, en el curso 2007 y se trasladó al CEIP los Hermanos Marx donde repite 2º de Educación primaria.

En el curso 2009 se cambió a la modalidad educativa de alumno con Necesidades Educativas Especiales asociadas a un Déficit de Atención con Hiperactividad y desfase curricular de más de dos años. Ha recibido apoyo específico de la Profesora de Pedagogía Terapéutica, del auxiliar técnico de Educación Especial y de las tutoras de ciclo durante su escolarización.

En Febrero del 2011 acudió a Neuropediatría a petición del Pediatra y del EOEP (Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica), para valoración. Se inició tratamiento con metilfenidato. En marzo de dicho año, fue valorado por unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil quien confirmó el diagnóstico de Déficit de Atención con Hiperactividad, retraso mental leve, bajas capacidades y problemas relativos al grupo primario de apoyo. Se le prescribe Concerta y Risperdal.

En octubre del 2012, el Equipo de Valoración y Orientación del Centro Base de Teruel, dictaminó que Eduardo presenta un grado de discapacidad de 36,0.

Actualmente su nivel de competencia curricular se corresponde entre un 1º y 2º de Educación primaria. En cuanto al estilo de aprendizaje, Eduardo presenta dificultad para mantener la atención y la concentración, durante la realización de la evaluación

participó muy bien en una de las pruebas, mientras que cuando se le evaluó el nivel de competencia mostró un ritmo muy lento de trabajo. Constantemente está verbalizando lo que hace o realizando cualquier comentario, de su vida personal, de su padre, de lo que pasa en el colegio, etc. Hay que reconducirle para que continúe el trabajo. Se relaciona bien con el adulto principalmente en apoyo individual. Es muy impulsivo y no reflexiona, actúa por ensayo y error. Eduardo carece de estrategias de autocontrol emocional, bajo nivel de tolerancia a la frustración así como labilidad emocional con grandes altibajos en muy corto espacio de tiempo, lo que dificulta su relación con sus compañeros.

Respecto al contexto sociofamiliar, los padres de Eduardo están separados, él siempre ha vivido con la madre. Cuando los padres vivían juntos, el niño vivía cierta inestabilidad en el medio familiar y pocas medidas psicoeducativas estables para controlar su conducta. En la actualidad, el padre tiene una nueva pareja y la madre también ha iniciado una nueva relación, de la cual ha tenido dos hijos más. El niño ve al padre de vez en cuando, pero es la madre la responsable de la educación de su hijo.

Programa de intervención

El objetivo general de este plan de intervención es:

- Lograr un comportamiento más adaptativo en los contextos de la vida (educativo, familiar y social).

Este objetivo general se concreta en los siguientes objetivos específicos:

- Que aprenda habilidades sociales.
- Que aprenda a reducir su impulsividad.

Descripción del programa de intervención:

| Objetivos | Tareas | Materiales | Lugar |
|--|---------------------|------------|--------------------------------------|
| Lograr un comportamiento más adaptativo en los contextos de la vida. | Refuerzo positivo. | | Entorno escolar, social, y familiar. |
| | Economía de fichas. | Puntos. | |
| | Autoinstrucciones. | | |

| | | | |
|--|------------------------------------|---|-----------------------------|
| | Contratos conductuales. | Cartulina y rotuladores. | |
| Que aprenda habilidades sociales. | Role playing. | Cartulinas con distintas situaciones. | Entorno familiar y escolar. |
| | Asertividad. | | |
| | ¿Qué harías tú? | Cartulinas con distintas situaciones. | |
| | Ovillo de lana. | Ovillo de lana. | |
| Que aprenda a reducir su impulsividad. | La tortuga. | Historia. | Entorno familiar y escolar. |
| | El globo. | | |
| | Técnica del semáforo. | Cartulina blanca, verde, amarilla y roja. | |
| | Relajación progresiva de Jacobson. | | |

Se ha elaborado un cronograma para dos meses, concretamente para los meses de noviembre y diciembre, ya que es en el primer trimestre donde se producen los problemas.

Cronograma:

| | Semana 1 | Semana 2 | Semana 3 | Semana 4 | Semana 5 | Semana 6 | Semana 7 | Semana 8 |
|---------|-------------|-------------------|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| Tarea 1 | Observación | | | | | | | |
| Tarea 2 | | Entrevista y test | | | | | | |
| Tarea 3 | | | Técnicas de modificación de conducta y de relajación. | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|---|---|--|------------|------|
| Tarea 4 | | | | Técnicas de habilidades sociales y de modificación de conducta. | | | | |
| Tarea 5 | | | | | Técnicas de habilidades sociales y de relajación. | | | |
| Tarea 6 | | | | | | Técnica de relajación y evaluación del programa. | | |
| Tarea 7 | | | | | | | Entrevista | |
| Tarea 8 | | | | | | | | Test |

Para realizar la intervención, como se ha mencionado anteriormente, se han programado 8 semanas en las que se van a realizar entrevistas, se van administrar test y se realizarán técnicas de modificación de conducta, de habilidades sociales y de relajación las cuales van a servir para reducir la impulsividad.

La observación se realizará en los contextos que más se mueve el niño, que son el educativo, el social y el familiar.

Las entrevistas se harán a los padres, a los profesores y al niño, tanto al principio como al final de la intervención para ver si se han producidos cambios positivos o negativos en el comportamiento del niño, es decir, para comprobar si se han alcanzado los objetivos previstos o no.

También se les administrarán antes de comenzar la intervención y al finalizarla a los padres y a los profesores el test EDAH y el test de Connors para valorar la evolución del niño. Y al niño se le administrará el test de caras, la escala de inteligencia de Weschler para niños-IV y el test de atención D2.

Finalmente, se desarrollarán diferentes técnicas de modificación de conducta, de relajación y de habilidades sociales con el niño.

Las sesiones se realizarán una vez por semana, durante las horas de tutoría cuando se realizan en grupo y cuando son individualizadas durante las clases de apoyo. Algunas de las técnicas serán desarrolladas tanto en el colegio como en casa.

Cada sesión durará una hora, en las que primero se explicará lo que se va a realizar y luego se hará la técnica. Al finalizar cada sesión se realizará una evaluación de la misma, para ver lo que se ha entendido y aprendido.

Las **técnicas de modificación de conducta** que se llevarán a cabo serán:

- **Refuerzo positivo:** Mediante el cual se destacan las buenas conductas del niño/a y se premian.

- **Economía de fichas:** Se trata de una técnica que en vez de usar premios o reforzadores directamente, se emplean fichas o puntos que luego se intercambian por bienes o actividades, acordados previamente con el niño. Los premios pueden obtenerse a través de fichas e incluso si se realizan conductas no deseables pueden perderse puntos. Para que esta técnica sea eficaz tendremos en cuenta que la respuesta debe ser inmediata una vez conseguidos los puntos; se debe mantener un equilibrio, ni que le cueste demasiado, ni muy poco en conseguirlo.

- **Autoinstrucciones:** Enseñar a los niños/as a hablarse a sí mismos dándose órdenes o instrucciones cuando se enfrentan a tareas cognitivas.

- **Contratos conductuales:** Consisten en poner por escrito las consecuencias positivas que supone adquirir la meta propuesta. Los contratos deben tener una descripción clara, sencilla y positiva; tienen que tener una duración máxima y una determinación de los criterios; especificar que premios o recompensas se conseguirán; y deben tener un equilibrio entre lo que se exige y la recompensa.

Respecto a las **técnicas de relajación**, que le servirán también para reducir su impulsividad, se desarrollarán las siguientes:

- **La tortuga:** El profesor/a lee la historia de la “tortuga” para que el niño se identifique con ella. Cada vez que este muy agitado en clase, podemos decir: “nos convertimos en tortugas” y tumbados, somos como una tortuga que va escondiendo su cabeza y sus patas. El niño debe haber encogido y tensado los músculos de las piernas, brazos y cuello. A continuación sale el sol y el animal va sacando la cabeza y estirando sus extremidades hasta que se quedan relajados.

- **El globo:** Se trata de invitar al niño a descansar utilizando la espiración y la inspiración. La actividad consiste en que los niños se conviertan en globos que se hinchan y se deshinchán. Para ello el profesor/a les dice a los niños/as que imaginen que tienen una bomba de aire en las manos y cuando diga: “Hinchar”, todos empezaran a inflarse lentamente como si fueran globos, luego se colocarán la mano en la barriga y harán el proceso inverso para deshincharnos.

- **Técnica del semáforo:** Con esta técnica se pretende ayudar al niño a controlar sus impulsos. Por lo que el profesor/a y el niño harán un pacto secreto que sólo sabrán ellos dos. El profesor/a colocará en la pizarra, pared o en un panel con papel o cartulina un semáforo que irá cambiando de color según se encuentre el alumno. Si es de color verde es que todo va bien, si es de color naranja tiene que tener cuidado, es decir, que se está empezando a comportar mal y si es de color rojo quiere decir que deberá cumplir un castigo porque no ha conseguido controlarse. También se pueden utilizar códigos visuales para ser más discretos, como dar golpecitos en la mesa con un bolígrafo, guiñarle un ojo...

- **Relajación progresiva de Jacobson:** Consiste en llevar a cabo ejercicios para tensar y relajar diferentes músculos del cuerpo.

En cuanto a las **técnicas de habilidades sociales** se realizarán las siguientes:

- **Role playing:** Es una técnica a través de la cual se simula una situación de la vida real. El niño debe ponerse en el lugar de quien vivió la situación concreta, en la que el niño/a imagina la forma de actuar de los personajes en una situación y debe actuar como ese personaje.

- **Asertividad:** Técnica del disco rayado: Mediante esta técnica se enseña a los niños/as a insistir en la defensa de sus deseos. Consiste en repetir una y otra vez nuestra opinión.

- **¿Qué harías tú?:** Se propone a los alumnos/as varias situaciones y se les pregunta que harían en esa situación. Cuando alguno de los alumnos/as responda a la pregunta se les pregunta a los demás que piensan y si hubiesen hecho lo mismo, luego entre todos se intenta buscar la respuesta más adecuada. Esta actividad va encaminada a comprender las normas de conducta y ver que no podemos hacer lo que queremos, sino que hay que respetar unas normas.

- **Ovillo de lana:** Sentados en círculo cada compañero/a va pasando un ovillo de lana al compañero/a que tiene al lado diciendo algo positivo de esa persona, al final todo el grupo está unido gracias al ovillo.

Conclusión

El TDAH es uno de los trastornos más comunes en niños/as, teniendo mayor incidencia en niños. Es heterogéneo puesto que no todos los niños/as presentarán todos los síntomas.

Es un trastorno que tiene repercusiones en los diferentes ámbitos de la vida del niño/a; por lo que una detección temprana, un diagnóstico correcto y una intervención multidisciplinar favorecen un buen pronóstico del niño afectado.

Los padres y los profesores juegan un papel fundamental a la hora de detectar el TDAH ya que son los que más tiempo pasan con los niños/as y son los primeros en observar que algunas conductas de los niños/as son desadaptativas.

La intervención propuesta debe ser combinada entre el colegio y la familia, porque son los contextos en los que más se mueve el niño. La implicación y coordinación de los profesores y de la familia es fundamental para conseguir que el niño/a se comporte de forma adaptativa y tenga una evolución favorable evitando problemas en un futuro.

El programa de intervención propuesto hace referencia a las áreas en las que el niño tiene más dificultad (problemas de conducta, impulsividad y habilidades sociales), para ello se han propuesto diferentes técnicas acordes a la edad del niño.

La mejoría del niño se puede observar mediante los cuestionarios a los padres, los profesores y al propio niño así como observando al niño en el ámbito educativo y familiar.

Para finalizar, cabe mencionar que aunque los niños/as con TDAH suelen tener dificultades similares, las necesidades de cada niño/a son específicas y van a demandar una atención adecuada a sus características.

Bibliografía

- Bauermeister, J.J. (2012) *Hiperactivo, Impulsivo, Distráido ¿Me conoces? Guía acerca del déficit atencional para padres, maestros y profesionales.*
- González, J.C., Ramos, Y., (2007). *Revisión. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una actualización.* Bol Pediatr; 47, pp. 116-124.
- Guía TDA-H. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad .*Gobierno de Aragón.
- Lavigne, R. y Romero, J.F. (2010). *El TDAH: ¿Qué es? ¿qué lo causa?, ¿cómo evaluarlo y tratarlo?* Madrid: Ediciones Pirámide.
- Macià, D. (2012).*TDAH en la infancia y la adolescencia. Concepto, evaluación y tratamiento.* Madrid: Ediciones Pirámide.
- Mena, B., Nicolau, R., Romero, B., Salat, L. y Tort, P. Adana-Fundación (2006) *Guía para educadores. El alumno con TDAH Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad.* Barcelona: Mayo Ediciones.
- Ordóñez, M.J. y Álvarez-Higuera, R. (2009). *No estáis solos. Un testimonio esperanzador sobre el TDAH.* León: Los autores.
- OMS (1992). *CIE 10. Clasificación internacional de enfermedades, décima edición.* Madrid: Médica Panamércia.
- Orjales, I. (1999).*Déficit de Atención con hiperactividad. Manual para padres y profesores.* Madrid: CEPE.
- Orjales, I. *Niños hiperactivos, impulsivos y desatentos: ¿Cuándo se puede hablar de un trastorno?* Madrid: CEPE
- Orjales I. *Intervención con familias de niños con TDAH.* Madrid: CEPE
- Orjales, I. y Polaino, A.(2001). *Programa de intervención cognitivo- conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad.* Madrid: CEPE.
- Pichot, P., López, J.J. y Valdés, M. (1995). *DSM – IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Barcelona: Masson, S.A.
- Puertollano, J.A. (2005). *Cómo desarrollar la inteligencia. Entrenamiento neuropsicológico de la atención y las funciones ejecutivas.* Madrid: Especiales.
- Young, S. y Fitzgerald, M.J. (2013). *TDAH: Hacer visible lo invisible. Libro Blanco sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): propuestas políticas para abordar el impacto social, el coste y los resultados a largo plazo en apoyo a los afectados.*

Armas, D. (s.f.).TDAH en la historia. Recuperado el 29 de Abril de 2013, del sitio web de Nexos. Centro de Orientación psicopedagógica y apoyo escolar:

<http://www.centronexos.com/articulos-formativos/110-el-tdah-en-la-historia.html>

Globagi (s.f.) Origen TDAH. Recuperado el 30 de Abril de 2013, del sitio web:

<http://globagi-tdah.blogspot.com.es/2009/04/origen-del-tdah.html>