



**Universidad
Zaragoza**

Trabajo Fin de Grado

2014-2015

**PAUTAS DE ACTUACIÓN ANTE LA
SOSPECHA EN EL AULA DE UN
ALUMNO CON TDAH**

CURSO DE ADAPTACIÓN AL GRADO

Autor: M^a BELÉN MARTÍNEZ CUARTERO

Director: JAVIER ACEÑA MEDINA

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	4
1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	5
1.1. Recorrido Histórico	5
1.2. Definición	6
1.3. Evaluación y Diagnóstico	8
1.4. Comorbilidad	12
1.5. Etiología.....	13
1.6. Tratamiento.....	14
1.6.1 Tratamiento psicológico	14
1.6.2 Tratamiento farmacológico.....	16
1.6.3 Tratamiento psicopedagógico.....	16
2. PROCESOS DE DETECCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DEL TDAH	17
2.1 ¿Se puede prevenir el TDAH?.....	17
2.2 Detección, prevención e intervención	18
2.3 Protocolo de Actuación.....	21
3. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA A TRAVÉS DE UN CASO REAL.....	24
4. CONCLUSIONES Y VALORACIÓN PERSONAL	40
5. REFERENCIAS	43
6. ANEXOS.....	46

RESUMEN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno cada vez más frecuente en nuestras aulas. Cada día se diagnostican más casos aunque no siempre resulta fácil confirmar su diagnóstico. Los síntomas del TDAH aparecen, generalmente, entre los 3 y los 6 años, coincidiendo con la etapa de Educación Infantil, de ahí que muchos casos pasen inadvertidos dadas las características psico-evolutivas del niño en esta etapa. Por otra parte, y dado que es en el colegio donde la mayoría de los casos son detectados, nos convierte a los maestros en parte fundamental implicada en el proceso de detección. Este trabajo pretende señalar los pasos que hay que seguir desde la observación en el aula de ciertas conductas que nos hacen pensar en la existencia de un TDAH hasta su diagnóstico e intervención, desde dos perspectivas, una teórica y otra práctica a través de un caso real.

Palabras clave: TDAH, evaluación, diagnóstico e intervención.

ABSTRACT

The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (TDAH) is a more and more frequent disorder in our classrooms. Every day more cases are diagnosed although not always it is easy to confirm its diagnosis. The symptoms of the TDAH appear, generally, between the 3 and 6 years, matching up with the stage of Infantile Education, for that reason many cases happen inadvertent given the psycho-evolutionary characteristics of the boy in this stage. On the other hand, and since it is in School where most of the cases are detected, it turns teachers into a fundamental part implied in the detection process. This work tries to indicate the steps that there are to follow from the observation in the classroom of certain conducts that might make us suspect of the existence of a TDAH. As well as the diagnosis and intervention from a theoretical and practical perspective through a real case.

Key words: TDAH, evaluation, diagnosis and intervention.

INTRODUCCIÓN-JUSTIFICACIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno frecuente en las aulas. Los alumnos con TDAH presentan a menudo conductas molestas, comportamientos impulsivo-agresivos con compañeros y adultos, además de una falta de capacidad para mantener la atención en la realización de las tareas escolares. Dada su alta incidencia en el aula (entre el 5 y el 8% de la población infantil padece este trastorno), considero de gran interés profundizar en su estudio, siendo éste el principal motivo de mi elección como Trabajo Fin de Grado.

El alumno con TDAH suele presentar bajo rendimiento escolar, dificultades de adaptación dentro y fuera del aula, problemas emocionales y sociales que dificultan no sólo la labor del profesor en el aula sino que también incide negativamente en su relación con el resto de los alumnos y personas con las que convive. Es por ello que el objetivo principal de este trabajo se centre en conocer no sólo los aspectos fundamentales del TDAH, para poder identificarlo cuando se presente en el aula, sino también en conocer cómo actuar y qué pasos seguir desde su detección hasta su intervención, con la finalidad de ayudar al alumno a integrarse y facilitarle su adaptación en el entorno que le rodea.

El trabajo se estructurará principalmente en tres partes bien diferenciadas. En primer lugar, una necesaria fundamentación teórica acerca de los aspectos esenciales del TDAH (definición, evaluación, diagnóstico, comorbilidad y etiología). En segundo lugar, un apartado relativo a las generalidades más significativas en los procesos de detección e intervención del citado trastorno, señalando el protocolo de actuación ante la aparición de un caso de estas características. En un tercer apartado, se muestra un Informe de Evaluación Psicopedagógica real de un alumno de un centro público de Zaragoza, realizado por la orientadora del mismo ante la sospecha de que dicho alumno pudiera presentar un trastorno de este tipo. El citado informe recoge la historia personal y escolar del niño, los resultados de las diferentes pruebas de evaluación que le fueron practicadas, así como las orientaciones pedagógicas y estrategias metodológicas sugeridas tanto a profesores como a los padres para el trabajo diario con el alumno.

Quiero resaltar que la información que figura en el caso me ha sido facilitada por la orientadora del centro donde trabajo a la que quiero agradecer desde aquí todo su interés y colaboración, ya que sin su aportación no hubiera sido posible la elaboración de mi trabajo. También quiero señalar que el nombre del niño, Miguel, es un nombre ficticio con objeto de mantener su privacidad e intimidad.

Tras los tres grandes apartados, se exponen las pertinentes conclusiones con una valoración personal donde se destacan los aspectos más importantes del TDAH como son: la relevancia de una detección precoz y su atención temprana, la importancia de la intervención de los servicios sociales y educativos, así como la coordinación de los mismos con objeto de favorecer lo más eficazmente posible el desarrollo integral del alumno. Finalmente, el trabajo concluirá con las necesarias referencias de aspectos contenidos en el trabajo, así como con información adicional y complementaria a modo de anexos.

Por último, agradecer a mi tutor la paciencia y dedicación que me ha prestado en todo momento. Su apoyo incondicional me ha animado a continuar trabajando, haciendo posible la realización del mismo.

1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La fundamentación teórica nos aporta la información necesaria para conocer las características principales del TDAH. Su incidencia actual puede hacernos pensar que se trata de un trastorno de reciente estudio, sin embargo la investigación sobre este trastorno se remonta al siglo pasado. Antes de definir el Trastorno, tal y como se conoce actualmente, vamos a ver su evolución histórica desde su comienzo.

1.1 Recorrido histórico

La primera aproximación al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad la encontramos a mediados del siglo XIX con Hoffman, médico alemán, quién lo caracterizaba por impulsividad, inquietud y bajo rendimiento. Sin embargo, no es hasta 1902 cuando Still, médico inglés, realiza la primera descripción sistemática del

trastorno asociándolo a problemas de atención, exceso de actividad motora y conductas agresivas e impulsivas de origen neurológico (Gargallo, 2005).

Posteriormente, se considera un trastorno del comportamiento ya que se comprobó que la mayoría de los niños no padecían lesiones cerebrales, pasándose a denominar “disfunción cerebral mínima” e incluyéndose en las clasificaciones internacionales del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM II, 1968) como un Trastorno Hiperquinético, ya que la alteración más preocupante era la inquietud motora.

Douglas (1972) propone una serie de criterios para diagnosticar la hiperactividad destacando la inquietud motora excesiva, los problemas atencionales, la incapacidad para mantenerse sentados y las dificultades para controlar sus impulsos como las principales características que servirán para la interpretación actual del trastorno. Esta interpretación queda plasmada en el DSM III (1980) que caracteriza al trastorno fundamentalmente por inatención e impulsividad, pasando a un segundo plano la inquietud motora, denominándolo Trastorno por Déficit de Atención (TDA) con o sin hiperactividad.

A partir de 1987 se le empieza a considerar como Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad como puede comprobarse en las revisiones del DSM III-R (1987), DSM IV-TR (APA, 1994/2000) y DSM V (2013).

1.2 Definición

Martínez et al. (2013) definen el trastorno por déficit de atención con hiperactividad como:

Un trastorno de origen neurobiológico que se caracteriza por los síntomas de desatención (incapacidad de resistirse a estímulos irrelevantes, lo que dificulta su concentración durante mucho tiempo); de hiperactividad (alto nivel de actividad motora) e impulsividad (dificultad de autocontrol en sus emociones, pensamientos y conductas) (p. 6).

Barkley (2011) considera que el TDAH es más que un trastorno de la atención, es también un trastorno del sistema ejecutivo del cerebro, es decir, en aquellas capacidades mentales que permiten a la persona controlar su propio comportamiento, anticipar el posible futuro y, a la vez, preparar y dirigir su conducta hacia la consecución de su plan o tarea. Los afectados tienen dificultades para enfocar la atención y controlar su conducta, dominar la impulsividad y retrasar la gratificación.

Esta teoría nos ayuda a entender algunas de sus conductas. De esta manera, y teniendo en cuenta la Guía Práctica con recomendaciones de actuación para los centros educativos en los casos de alumnos con TDAH del Gobierno de la Islas Baleares (2004), el inadecuado funcionamiento de estas funciones se manifiesta en los siguientes rasgos predominantes en los niños con TDAH:

- Dificultades en el control de impulsos y dificultades en la capacidad para demorar recompensas.
- Su excesiva actividad en tareas irrelevantes o bien su pobre regulación de la actividad frente a la exigencia de una determinada situación.
- Sus dificultades en la regulación de las emociones, la motivación y el estar alerta.
- Su mayor variabilidad en el rendimiento de su trabajo.

También la American Psychiatric Association (APA, 2013) lo catalogó como un trastorno crónico del neurodesarrollo, como hemos visto anteriormente, tras ser considerado durante más de veinte años como un trastorno de la conducta, ya que, el TDAH lleva consigo un déficit de acción reguladora de ciertos neurotransmisores implicados en el control de los impulsos, como la noradrenalina, la serotonina y la dopamina. Esta última muy relacionada con la atención, la actividad motora, la motivación y la recompensa.

Actualmente se diagnostican cada vez más casos de TDAH. Entre el 5% y el 8% de la población infantil padece este trastorno (Montañés, 2008) siendo en su mayor parte varones en edades comprendidas entre los 6 y 9 años. Según Sharma y Couture (2014) los niños son más propensos a tener el subtipo predominante hiperactivo-impulsivo y combinado, mientras que las niñas tienden a tener un subtipo predominantemente inatento. Además, en las dos terceras partes de los casos se

mantiene en la edad adulta a pesar de que los síntomas varían con la madurez, es decir, la hiperactividad y la impulsividad disminuyen mientras que la falta de atención, la desorganización y la desregulación emocional (irritabilidad, por ejemplo) permanecen (Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad TDAH en Niños y Adolescentes. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2010).

En el siguiente apartado vamos a ver los criterios para su diagnóstico así como los principales instrumentos de evaluación.

1.3 Evaluación y Diagnóstico

Es necesario conocer qué síntomas lleva asociado el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad para identificarlo y distinguirlo de otros trastornos. La evaluación es una parte muy importante en este proceso en la que se tienen en cuenta muchos factores. Según Brown (2003):

Al evaluar el trastorno TDAH, el clínico necesita explorar los síntomas presentes, la historia de dichos síntomas, la historia social y académica y la evolutiva, el funcionamiento actual en ambientes diversos, el estado mental actual y la presencia de otros trastornos (p. 456).

Los síntomas del TDAH teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del DSM V son:

1. Inatención	2. Hiperactividad-Impulsividad
<ul style="list-style-type: none"> - No presta la debida atención a detalles o comete errores en las tareas escolares. - Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades. - No parece escuchar cuando se 	<ul style="list-style-type: none"> - Juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento. - Se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado. - Corretea o trepa en situaciones

<p>le habla.</p> <ul style="list-style-type: none"> - No sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares. - Tiene dificultad para organizar tareas y actividades. - Evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo sostenido. - Pierde cosas necesarias para las tareas. - Se distrae con facilidad por estímulos externos. - Olvida actividades cotidianas. 	<p>en las que no resulta apropiado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas. - Está ocupado actuando como si le impulsara un motor. - Habla excesivamente. - Responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta. - Le es difícil esperar su turno. - Interrumpe o se inmiscuye con otros.
---	--

Son requisitos para su determinación como TDAH, según el DSM V, que:

- A. Seis o más de los síntomas vistos anteriormente en Inatención y en Hiperactividad-Impulsividad se manifiesten durante al menos 6 meses.
- B. Algunos síntomas de inatención deben haber estado presentes antes de los 12 años.
- C. Varios síntomas de inatención e hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p.ej., en casa y en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).
- D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.
- E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental.

En ocasiones observamos que algunos síntomas predominan sobre otros o bien que no todos los síntomas se presentan en el niño. Así, podemos distinguir las siguientes presentaciones clínicas según el DSM V:

- Presentación predominante con falta de atención.
- Presentación predominante hiperactiva/impulsiva.
- Presentación combinada.

Estas presentaciones suelen manifestarse a una determinada edad. Siguiendo la Guía para Orientadores y Orientadoras de la Consejería de Educación, Cultura y Deporte de Asturias (2014):

- La presentación predominante con déficit a atención suele manifestarse en 3º, 4º ó 5º curso de Primaria e incluso en la Educación Secundaria. Se presenta en ambos sexos y las dificultades se encuentran en el rendimiento académico. Esta presentación pasa a menudo desapercibida porque no suele presentar problemas de conducta que interfieran en la actividad escolar, familiar o social. Es una causa frecuente de fracaso escolar.
- La presentación predominante hiperactivo-impulsivo a diferencia de la anterior se encuentra fundamentalmente en niños y niñas de Educación Infantil, predomina en el sexo masculino y las dificultades más importantes están relacionadas con la conducta. La impulsividad es la responsable de que las personas con TDAH tengan dificultades para pensar antes de actuar y por ello interrumpen con frecuencia. La hiperactividad implica un movimiento continuo que se manifiesta en la imposibilidad de permanecer sentados mucho tiempo y cuando lo están siempre tienen alguna parte de su cuerpo en movimiento.
- Subtipo combinado. Se presentan conjuntamente las dos anteriores, es decir, conductas hiperactivas-impulsivas y las conductas inatentas.

Continuando con la evaluación, nos encontramos con diferentes instrumentos de valoración. Estos instrumentos se agrupan en cuatro categorías: entrevistas estructuradas, inventarios, tests psicométricos de funcionamiento cognoscitivo e instrumentos especializados para calibrar variables críticas específicas asociadas al TDAH (Brown, 2003).

Existen gran diversidad de escalas, cuestionarios y entrevistas. Dentro de las entrevistas podemos encontrar la entrevista para TDAH de Barkley (*Barkley Interview for ADHD*, Barkley 1998); el formulario diagnóstico de TDA de Brown (*Brown ATD*

Diagnostic Form; Brown, 1996 b), la entrevista clínica estructurada del DSM IV; las escalas de Conners para jóvenes (Conners, 1997) y la escala SNAP-IV (Swanson, 1992), entre otros. La utilización de unas u otras dependerá de la edad y características del niño y de la preferencia del autor. Sin embargo, de acuerdo con Parellada (2009), hay que tener presente que las escalas nos aportan información y sirven para acompañar el diagnóstico pero no debemos considerarlas como determinantes en el diagnóstico porque no nos ofrecen una información completa del trastorno, de ahí la importancia de utilizar diversos instrumentos de evaluación.

También son importantes los tests cognoscitivos ya que las pruebas psicológicas evalúan el funcionamiento cognoscitivo incluyendo inteligencia, memoria, concentración, habilidades y aptitudes académicas, así como la atención y otros aspectos del funcionamiento ejecutivo y estados de ánimo (Brown, 2003). Los más utilizados son el test de WISC o el de Leiter, y, en niños más mayores el de Raven. La realización de estos tests suponen descartar posibles problemas de aprendizaje y cociente intelectual bajo.

De acuerdo a Parellada (2009), las pruebas psicológicas tampoco sirven para hacer un diagnóstico de TDAH, sin embargo sí que es cierto que algunas dificultades cognitivas del niño son muy características del TDAH, de ahí la importancia de llevarlas a cabo.

Además, se pueden realizar tests pedagógicos (Soutullo, 2005) para saber el nivel académico y comprobar si hay retraso escolar significativo o se pueden llevar a cabo pruebas específicas de atención como el CPT (Test de Rendimiento Continuado), Test de Caras o el test de Stroop.

Resumiendo, destacar que un diagnóstico correcto y a tiempo es el primer paso para un buen manejo del TDAH y para la prevención de complicaciones futuras. Generalmente son los padres, profesores, orientadores escolares, y/o pediatras en las revisiones periódicas, los que primero sospechan de un posible caso de TDAH. Pero, generalmente son los especialistas (neuropediatra, psiquiatra infantil, psiquiatra o neurólogo) los que harán un diagnóstico definitivo (Soutullo, 2005). No obstante, es difícil su detección ya que una sustancial proporción de niños atendidos por déficit de atención e hiperactividad sufren otros trastornos como veremos a continuación.

1.4 Comorbilidad

Con frecuencia el TDAH se presenta acompañado de otros trastornos. En una muestra clínica Jensen et al (2001), encontraron que más del 85% de los pacientes presentaban al menos una comorbilidad y cerca del 60% tenían al menos dos comorbilidades. Según Brown (2003):

Existe un nivel elevado de comorbilidad entre el TDAH y los Trastornos de Ansiedad. Con frecuencia es necesario determinar si dichos trastornos son una extensión del Síndrome de TDAH o un problema separado. A veces pueden plantearse discapacidades para la lectura cuando el problema primario es la dificultad para atender el material leído durante el tiempo necesario para comprender un significado (p. 491).

En primer lugar, debe descartarse que los síntomas sean normales para la edad, o que se trate de una ansiedad normal para la edad. También deben descartarse factores sociales, problemas médicos (neurológicos, endocrinológicos...), toxicidad por medicamentos o drogas, problemas psiquiátricos y también problemas pedagógicos, de inteligencia o del aprendizaje. (Soutullo, 2005). En este sentido, el citado autor aclara de cada uno de los anteriores factores lo siguiente:

- Los factores sociales provienen de un ambiente familiar desestructurado donde las condiciones sociales son poco favorecedoras, como son la falta de cuidados, maltrato, negligencia, abusos..., que pueden alterar su conducta y su proceso madurativo, y por tanto a confusión con los síntomas del TDAH.
- Problemas de aprendizaje: Si el niño no entiende lo que lee o tiene dificultad en la resolución de problemas o en el cálculo pueden darse situaciones de falta de atención o pérdida de interés por lo que está realizando, y, reunir algunos de los síntomas del TDAH.
- Problemas médicos: una situación de malnutrición o hambre y sueño inadecuado puede producir síntomas de TDAH, ya que el nivel de energía y atención del niño estarán por debajo de lo normal. También los problemas endocrinológicos

(diabetes, tiroides) y anemia pueden producir síntomas de inatención e hiperactividad.

- Algunas medicaciones contra el asma, las alergias y la epilepsia así como el exceso de cafeína pueden afectar también a la energía, produciendo inquietud e hiperactividad, y a la concentración.
- Problemas psiquiátricos: el TDAH debe diferenciarse de otros trastornos psiquiátricos como son el trastorno disocial, trastorno negativista desafiante, trastorno de la conducta, depresión, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad (incluyendo secuelas de abandono y abuso), y abuso de sustancias. Estudios realizados en centros clínicos confirman la relación entre el TDAH con el trastorno negativista desafiante o con el trastorno disocial (DSM V, 2013) ya que muchos niños atendidos presentaron ambos trastornos. Además, también puede presentarse asociado a trastornos de estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de aprendizaje y trastornos de la comunicación.

Pero, ¿cuál es la causa de este trastorno? ¿Cuál es su origen?

1.5 Etiología

Básicamente se considera un trastorno de origen neurológico de carácter hereditario (Barkley et al., 1990), y resultado de diversas causas, asociado a un déficit de las funciones ejecutivas en la región prefrontal. Alcanza una tasa de heredabilidad del 80% siendo el segundo trastorno psiquiátrico más heredable, siguiendo al autismo y a la par que el trastorno bipolar y la esquizofrenia. (Abad et al., 2012).

En palabras de Castell (2006):

A pesar de que muchos han sido los factores ambientales, biológicos, familiares, sociales, etc., que se han relacionado con el TDAH, hasta la fecha ninguna combinación de ellos ha demostrado ser la causa necesaria y/o suficiente para la manifestación de este trastorno (p. 456).

También Barkley et al. (1990), indican que los factores socioambientales raramente se pueden considerar como la causa que genera el trastorno aunque sí que 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 emocionales, conductas inadecuadas, dificultades del aprendizaje, etc.).

1.6 Tratamiento

En un estudio reciente sobre la calidad de vida en niños con TDAH comparada con la de niños asmáticos y niños sanos, Escobar et al. (2005) concluyen que el trastorno de hiperactividad interfiere en la vida diaria de los niños, los padres y las familias incluso en mayor medida que el asma.

Las dificultades crónicas a las que se enfrentan los pacientes con TDAH tienen efectos a largo plazo más importantes que la sintomatología primaria del trastorno. Entre las consecuencias más preocupantes se encuentran el bajo rendimiento/fracaso escolar, las dificultades en las relaciones interpersonales y la baja autoestima. Además del sufrimiento para el niño y la familia, esta situación constituye un factor de riesgo para el desarrollo de otras patologías que abarcan desde alteraciones del estado de ánimo hasta trastornos de conducta y comportamientos delictivos (Parellada, 2009), como ya hemos comentado anteriormente. Por dichas razones, es fundamental intervenir lo antes posible. El tratamiento que ha demostrado mayor efectividad (Multimodal Treatment of Children with ADHD, MTA [EEUU., 1999]) es el “multidisciplinar” que combina los siguientes componentes:

1.6.1. Tratamiento psicológico. Consiste en facilitar información sobre el TDAH a los padres, profesores y niños, y en establecer metodologías de trabajo, es decir, estrategias de manejo de la conducta y de comunicación para mejorar la relación con el alumno/hijo a la vez que se le proporciona al niño psicoterapia individual con objeto de aumentar el propio autocontrol del niño. De todas las técnicas utilizadas, a nivel individual, las terapias cognitivas y las terapias conductuales han logrado demostrar una mayor eficacia en la modificación de los patrones de conducta siendo estas últimas más satisfactorias que las cognitivas según estudios realizados por Brown (1986).

La terapia cognitiva se basa en las teorías del aprendizaje y se orienta a corregir los procesos de pensamiento alterados facilitando los recursos y habilidades necesarios y estableciendo estrategias de planificación y organización. Dentro de estas técnicas cognitivas podemos distinguir:

- La autoevaluación que tiene como objetivo ayudar al niño a tomar conciencia de sus capacidades y también de sus limitaciones, al tiempo que se le dirige en la búsqueda de alternativas más adecuadas en las áreas problemáticas.
- Autoinstrucciones. Pretende enseñar al niño a organizar su pensamiento a través de la verbalización de sus pensamientos durante la realización de una tarea para ayudarlo después a organizarlos siguiendo una serie de pasos.
- Estrategias de resolución de problemas. Se desarrolla en cinco fases: orientación hacia el problema (percepción, atribución y valoración), definición y delimitación del problema (información), planteamiento de soluciones (tormenta de ideas), toma de decisiones (anticipación y valoración de los posibles resultados) y, por último, ejecución de la solución y verificación de resultados (autoobservación, autoevaluación y autorreforzamiento).

La terapia conductual se basa en que las conductas se producen, mantienen o desaparecen en función de las consecuencias ambientales. Entre las técnicas propuestas por Parellada (2009) distinguimos dos grupos:

- Técnicas para disminuir o eliminar las conductas alteradas:
 - Retirada de atención que consiste en no prestar atención a la conducta alterada (rabieta, llantos), dirigir la mirada hacia otro lado sin hacer ningún tipo de comentario tanto positivo como negativo acerca de lo ocurrido.
 - Tiempo fuera o retirada del niño a un lugar cercano pero apartado de estímulos gratificantes como personas o juguetes durante un tiempo breve que dependerá de la edad del niño.
 - Costo de respuesta. Se trata de retirar algún reforzador tras emitir una conducta desajustada.

- Sobrecorrección. Se aplica cuando el comportamiento inadecuado ha tenido consecuencias negativas para terceros o entraña una gravedad significativa. El niño tiene que reparar los efectos que ha originado su conducta y además realizar una acción compensatoria.
- Técnicas para aumentar las conductas adaptadas:
 - Refuerzo positivo. Se administra una recompensa o premio tan pronto como se presenta la conducta deseada.
 - Reconocimiento social. Las alabanzas como premio han demostrado ser muy eficaces en mejorar el rendimiento y el comportamiento de los niños hiperactivos.
 - Atención de los adultos. Es uno de los principales reforzadores para los niños, por lo que resulta muy útil el procedimiento de atención selectiva. Ignorarlo cuando se porta mal (retirada de atención) y atenderle, escucharle, jugar con él cuando se porta bien es uno de los principios básicos para cambiar su comportamiento.

1.6.2 Tratamiento farmacológico. Su objetivo es reducir los síntomas básicos del trastorno (inatención, sobreactividad motora e impulsividad). El medicamento más utilizado, eficaz y mejor conocido es el metilfenidato (neuroestimulante). El metilfenidato es uno de los fármacos más utilizados en el TDAH (Castells, 2006). Suele ser un tratamiento de larga duración (años) que, en la mayoría de los casos, si está bien pautado, facilita el correcto desarrollo intelectual y mejora la interacción social y familiar, además de facilitar la intervención de las terapias psicológicas y pedagógicas, de manejo de conducta, etc. Sin embargo puede presentarse algún caso en que el tratamiento farmacológico no sea efectivo.

1.6.3 Tratamiento psicopedagógico. Su objetivo es mejorar las habilidades académicas, mejorar la motivación ante el estudio, la imagen que tiene de sí mismo como estudiante e instaurar un hábito de estudio al niño que no lo tiene. Entre los aspectos generales a tener en cuenta en las intervenciones psicopedagógicas, según Parellada (2009), destacamos:

- Crear un ambiente con pocos distractores, tranquilo, con muchos elementos recordatorios visuales.
- Emplear normas, pocas y concisas que le permitan organizar las tareas, y establecer rutinas.
- Trabajar con ellos técnicas de estudio,
- Dar la oportunidad de obtener logros.
- Ubicación en clase en mesa individual cerca del profesor lejos de niños movidos o ventanas que le puedan distraer.
- Permitir, siempre que se pueda, cierta libertad de movimientos, con rupturas de ritmo, o mediante pequeñas tareas o responsabilidades, facilita la descarga física adaptativa y evita otros movimientos más disruptivos.
- Aportar muchos elementos de organización: carpetas clasificadoras, calendarios, agendas, recordatorios visuales.

En general, utilizar material muy estructurado y un aprendizaje programado son claves para permitir que los niños hiperactivos no se pierdan en el día a día escolar.

2. PROCESOS DE DETECCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DEL TDAH

2.1 ¿Se puede prevenir el TDAH?

Según Castells (2006):

Si lo detectamos a tiempo sí. Pero la dificultad está precisamente ahí. Porque ¿de acuerdo a qué criterio podemos diferenciar a un niño, por ejemplo, de tres años de edad, excitable, desobediente y caprichoso, de un niño de su misma edad, muy activo, inatento e impulsivo? (p.159).

La mayoría de los niños en la edad preescolar ya manifiestan los síntomas de hiperactividad e impulsividad, suelen ser desobedientes, tienen más accidentes, les cuesta prestar atención, etc. La determinación del TDAH en estas edades es muy difícil dadas las características psicoevolutivas del niño a esta edad por lo que su diagnóstico

dependerá del grado de intensidad y persistencia de los síntomas, los problemas de conducta que manifieste y su repercusión en el entorno (DuPaul et al., 2001).

Siguiendo a Vaquerizo (2005) los niños de 3 a 5 años con TDAH:

- Presentan pobre desarrollo del juego social.
- Prefieren los juegos deportivos y no muestran mucho interés por el juego con juguetes.
- Manifiestan un retraso en el lenguaje y tienen dificultad en el aprendizaje de los colores, números y letras.
- Muestran un retraso en el desarrollo de la motricidad fina con dificultades en el desarrollo gráfico y comprensión de la figura humana en el dibujo.
- Tienen continuas rabietas y accidentes en el hogar o en el parvulario.
- Presentan inmadurez emocional.

Son niños que tendrán problemas sobre todo con los de su edad, especialmente cuando se trate de jugar o estudiar, ya que tenderán a estar inquietos en momentos que se espera concentración de ellos, a la vez que tendrán serios problemas al participar en juegos grupales de reglas, al romperlas con cualquier reacción imprevista o fuera de lugar, generándole antipatías y exclusiones, es decir, situaciones de marginación y aislamiento que pueden derivar en conflictos emocionales prematuros.

2.2 Detección, prevención e intervención

La detección precoz del trastorno nos ayudará a iniciar el tratamiento cuanto antes con objeto de prevenir el fracaso escolar, sus dificultades en las relaciones sociales y los futuros trastornos de conducta. De ahí, que el papel de los pediatras de atención primaria y de los profesionales del ámbito educativo sea muy importante en la identificación y derivación de estos niños.

En Aragón contamos con el Programa de Atención Temprana (Orden de 20 de enero de 2003, del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales) que regula el conjunto de intervenciones dirigidas tanto a la población infantil de 0 a 6 años como a la familia y a su entorno. Su objetivo principal es dar respuesta lo antes posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos, derivando los casos a los Centros Base de

Atención a Minusválidos del Instituto Aragonés de Servicios Sociales para su evaluación y tratamiento si procede.

Existen tres niveles de intervención en Atención Temprana (Libro Blanco de la Atención Temprana 2005. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid):

a) Prevención Primaria:

Tiene por objetivo evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil. Los servicios competentes en estas acciones son los de Salud, Servicios Sociales y Educación. Dada la etiología fundamentalmente de base genética del TDAH, la prevención primaria, es decir, las acciones encaminadas a que el trastorno no llegue a producirse, no serían factibles. Sí que se puede actuar sobre algunos factores biológicos no genéticos como evitar el consumo de tóxicos durante el embarazo (tabaco y alcohol). Además, es importante prestar especial atención a poblaciones de riesgo como son los niños con antecedentes familiares de TDAH, prematuros, con bajo peso al nacimiento, ingesta de tóxicos durante la gestación y con traumatismos craneoencefálicos graves (Spencer, 2007).

b) Prevención Secundaria:

Tiene por objetivo la detección y el diagnóstico precoz de los trastornos en el desarrollo y de situaciones de riesgo. La detección de los trastornos en el desarrollo infantil constituye un paso imprescindible para el diagnóstico y la atención terapéutica. De esta manera, la detección de los signos de alerta debe estar presente en el trabajo cotidiano de todos aquellos que trabajan con poblaciones infantiles:

- El entorno familiar constituye sin duda una vía importante de detección. Son ellos los que observan si existe una diferencia o desviación entre el comportamiento de su hijo y de otros niños.
- Los servicios sanitarios: En las unidades de Neonatología reciben atención los niños con alto riesgo de presentar deficiencias, trastornos o alteraciones en su desarrollo en función de determinadas condiciones genéticas y de situaciones adversas en el ámbito biológico u orgánico. Los servicios de

Pediatría a través de las consultas regulares al niño hasta los 14 años debería ser sin duda el principal agente de detección temprana del TDAH. La observación directa del niño y la información aportada por los padres en una entrevista permite confirmar la normalidad del desarrollo infantil o establecer la situación de sospecha. Los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) junto con los equipos de Salud Mental apoyan a los equipos de Primaria en la labor de detección de los trastornos del desarrollo infantil.

- Los servicios sociales a partir de su relación con familias con problemática psico-social se hallan en una posición óptima para la detección de factores de riesgo social (bajos ingresos económicos familiares, madres adolescentes, drogodependencia, marginación social familiar, etc.).
- Los servicios educativos constituyen un importante agente de detección en la observación de los desajustes en el desarrollo psico-afectivo del niño y/o alteraciones en su comportamiento. Es precisamente en el entorno escolar cuando se manifiesta con mayor claridad este trastorno. Sus conductas de inatención, impulsividad e hiperactividad que en años anteriores podía manifestar libre y alegremente por su casa, ante la permisividad o impotente resignación de sus progenitores; aquí, en la escuela, son ahora conductas inapropiadas y desajustadas, que el personal docente no puede tolerar (Castells, 2006). La detección de las posibles necesidades educativas especiales de los niños durante la etapa infantil es una de las funciones que deben realizar los profesores del aula, en colaboración con los equipos psicopedagógicos. Los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP) son los encargados de hacer una evaluación de las necesidades detectadas en los niños, ofrecer una ayuda directa tanto al niño como al profesor, coordinar las diferentes intervenciones que puedan necesitar los niños con el resto de profesionales y familia, así como de determinar cuestiones relativas a la escolarización, a la elaboración de adaptaciones curriculares, y a las ayudas técnicas que pueda necesitar.

c) Prevención Terciaria:

Significa la intervención o puesta en marcha de una serie de actividades dirigidas hacia el niño, su familia y su entorno con el objetivo de atenuar o superar los trastornos o disfunciones de su desarrollo. Debe iniciarse en el momento en el que se detecta la existencia de una desviación en su desarrollo. Si la detección se realiza en la unidad de Neonatología la intervención se inicia ya en la propia unidad. Cuando la detección se realiza a través de las consultas pediátricas, de las escuelas infantiles o de los propios padres, la atención se inicia en los CDIAT que son servicios autónomos cuyo objetivo es la atención de la población infantil de 0 a 6 años que presenta trastornos en su desarrollo o que tiene riesgo de padecerlos.

2.3 Protocolo de Actuación

Ya hemos visto que la detección de cualquier trastorno puede iniciarse en diferentes ámbitos: familia, servicios sanitarios, sociales y educativos. En el caso que nos ocupa, el TDAH, es la familia pero sobre todo el entorno educativo, maestros y educadores los que mejor aprecian las dificultades del niño en sus capacidades y comportamientos: habilidades motoras, de socialización, de lenguaje, problemas atencionales y perceptivos y limitaciones cognitivas o emocionales.

Cuando el educador o maestro detecta la posible presencia de un trastorno, el centro informará de tal circunstancia y comunicará su inquietud a la familia. A partir de los datos aportados por el medio escolar y familiar se deberán establecer pautas de observación y actuación coordinadas:

- Derivación y consultas oportunas al pediatra del niño.
- Derivación del pediatra a los servicios de Neurología del Hospital Infantil.
- Derivación de los especialistas al Centro Base.

Los Centro Base dependen en nuestra comunidad del Instituto Aragonés de Servicios Sociales y son los encargados de valorar y analizar cada uno de los niños derivados. Emiten un dictamen indicando la necesidad o no de incluir al niño o niña en

el programa de Atención Temprana. En caso favorable, proponen un programa de intervención individualizado para cada uno de los casos.

- Derivación del Centro Base a los Centros de Desarrollo Infantil de Atención Temprana (CDIAT).

Si es el tutor quien lo detecta, solicita al Equipo Directivo del centro el estudio del niño y es dicho equipo quien lo remitirá al Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP), quien llevará finalmente la evaluación del niño. Se informará a la familia y se le realizará el correspondiente informe.

- Tutor → Equipo Directivo → EOEP → Familia

La coordinación entre todos los especialistas que intervienen en el proceso así como la transferencia de información entre ellos y su comunicación a la familia es muy importante para conseguir el progreso y el desarrollo del niño. Las instituciones deben ofrecer una respuesta integrada que garantice su salud, su desarrollo intelectual, emocional y sus capacidades adaptativas.

Para una mejor visión general, a continuación se muestra un esquema en el que se reflejan los diferentes agentes que intervienen en el proceso de detección, y las acciones posibles desde que aparecen los primeros indicios de un caso de TDAH hasta la intervención coordinada de orientador, profesores, familias y servicios sanitarios.

PROCESO DE DETECCIÓN, EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

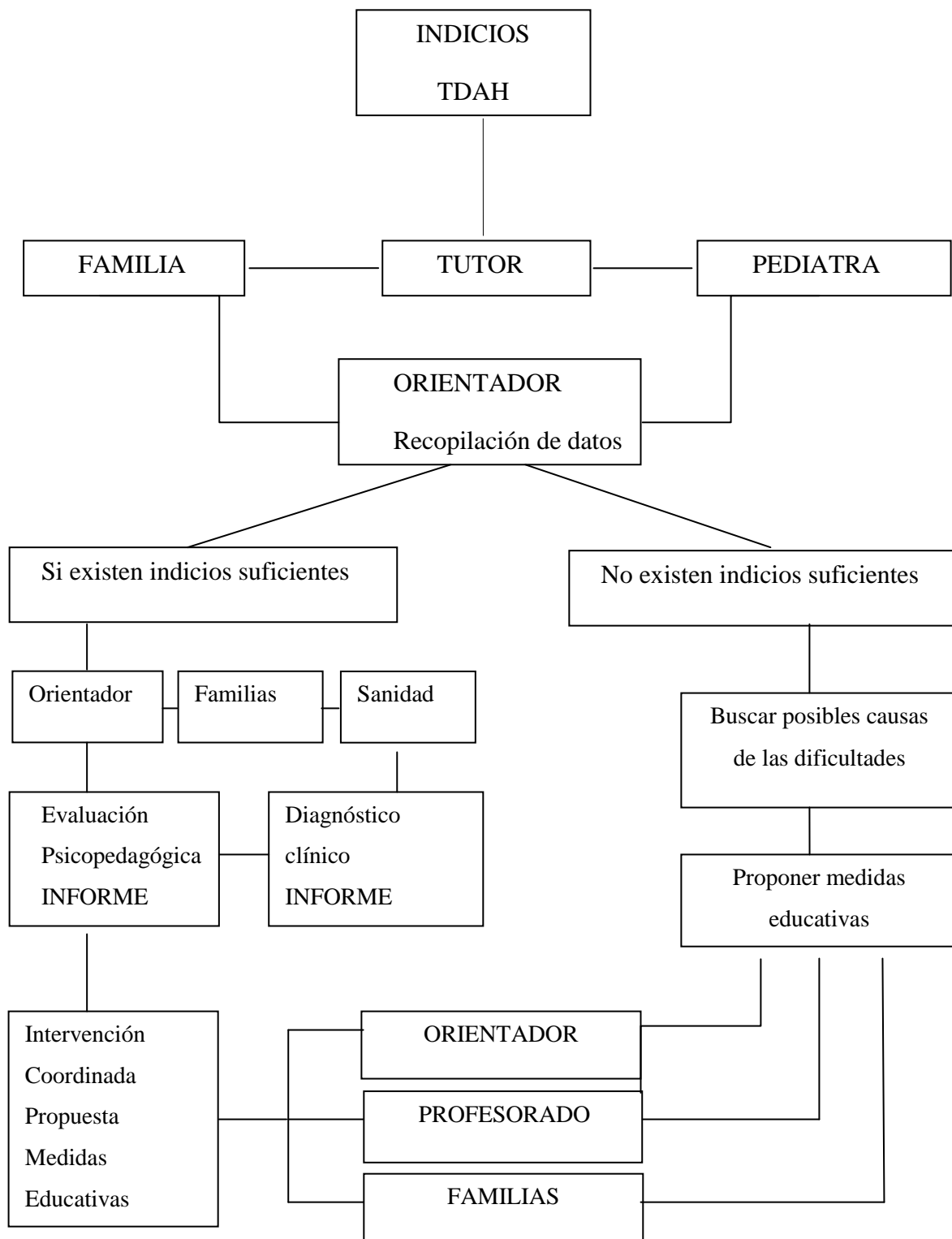


Figura 1. Protocolo para la detección y evaluación del alumnado con TDAH en el ámbito educativo. Adaptado de la Guía para orientadores y orientadoras (2014). Consejería de Educación, Cultura y Deporte de Asturias.

3. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA A TRAVÉS DE UN CASO REAL

En este tercer apartado realizaremos un recorrido, a través de un Informe de Evaluación Psicopedagógica, de los pasos que se han seguido en la evaluación y el diagnóstico del TDAH de nuestro caso de estudio, Miguel; así como la identificación de sus necesidades educativas especiales, las orientaciones pertinentes para una propuesta curricular, y los consejos necesarios para la familia.

Los informes psicopedagógicos recogen las conclusiones de la evaluación psicopedagógica y las orientaciones dirigidas a la transformación y mejora de las condiciones educativas en las que se desarrollan los procesos de enseñanza y aprendizaje. Asimismo, contemplan orientaciones que favorezcan el desarrollo personal y académico desde el contexto familiar y social (Decreto 135/2014, de 29 de julio, por el que se regulan las condiciones para el éxito escolar y la excelencia de todos los alumnos de la Comunidad Autónoma de Aragón desde un enfoque inclusivo).

El informe objeto de nuestro análisis ha sido proporcionado por la Orientadora del centro de Miguel y consta de los siguientes apartados:

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- a) Datos personales
- b) Motivo de la Evaluación
- c) Historia escolar y personal.

II. DESARROLLO GENERAL DEL ALUMNO

- a) Instrumentos utilizados en la evaluación
- b) Características del estilo de aprendizaje

III. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

- a) Conclusiones de la evaluación psicopedagógica
- b) Identificación de las necesidades.

IV. ORIENTACIONES PARA LA PROPUESTA CURRICULAR

- a) Orientaciones para el alumno que no sigue instrucciones.

- b) No termina las tareas, se dispersa y parece poco motivado.
- c) Organización de la clase.
- d) Materiales y Recursos.
- e) Estrategias para captar y mantener la atención.
- f) Orientaciones para mejorar su comportamiento.

V. ORIENTACIONES PARA LA FAMILIA

INFORME DE EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA

Antes de pasar a describir el contenido del informe de evaluación psicopedagógica, decir que no se expondrá en su totalidad, incluyéndose los aspectos más relevantes y trascendentes del caso de Miguel. Se recuerda que, en aras de la necesaria privacidad y confidencialidad, el nombre de Miguel es ficticio.

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

a) Datos personales

Miguel nació en noviembre de 2008. Tiene 5 años y está escolarizado en 3º de Educación Infantil en un Colegio Público de Educación Infantil y Primaria de Zaragoza. La fecha de emisión del informe corresponde a enero de 2014, comenzado ya el curso escolar de 3º de Infantil.

b) Motivo de la Evaluación

Se solicita la evaluación por parte de la tutora debido a que Miguel es un niño muy movido, con falta de atención y mal comportamiento. Trabaja muy deprisa, sin fijarse, es muy descuidado y desobediente cuando no se sale con la suya, insulta diciendo palabrotas, coge rabieta...

c) Historia escolar y personal

Miguel comenzó su escolarización en el Colegio de Educación Infantil y Primaria en 1º de Educación Infantil a los 3 años.

La familia está compuesta por sus padres, por Miguel, su hermana melliza (escolarizada en la misma clase) y su hermana mayor (que cursa 4º de Educación Primaria en el

mismo Colegio). Ambos padres trabajan. Él como cocinero en Zaragoza y ella, de origen rumano, enfermera. Los niños pasan la semana con la madre; el padre reconoce que la madre es más permisiva que él.

Desde el inicio de su escolaridad cuando cursaba 1º de Infantil fue derivado por la tutora al EOEP, responsable de la orientación educativa en las Etapas de EI y EP, por presentar un comportamiento problemático y un retraso en la adquisición del lenguaje. Desde entonces, Miguel es atendido por la especialista de Audición y Lenguaje (AL) del colegio y, a fecha de este informe, sólo presenta algunas dislalias.

Por otra parte, desde 1º de EI, el EOEP ha intervenido para tratar de reconducir el comportamiento de Miguel, y la tutora reconoce que se han conseguido algunos avances pero que todavía queda mucho por trabajar.

Ya comenzado 3º de EI, Miguel firmó un “contrato de conducta” en el Colegio por el que se ha comprometido a no insultar y a no decir palabrotas. La tutora dice que ha notado cierta mejoría en este aspecto, pero que puede ser debido en parte a que no ha habido motivos de conflicto.

Como actividades extraescolares, sus padres le han apuntado a clases de fútbol un día a la semana. El año pasado iba a clases de pádel. Asume pequeñas responsabilidades en casa como: recoger sus juguetes, ayudar a poner la mesa... Utiliza poco el ordenador y dedica poco tiempo a ver la televisión. Le gusta mucho ayudar a su padre en el huerto los fines de semana.

II. DESARROLLO GENERAL DEL NIÑO

Este apartado contiene, por un lado, los instrumentos de evaluación que se han llevado a cabo para determinar el trastorno de Miguel (los cuales nos aportan datos significativos sobre su conducta, desarrollo cognitivo y emocional) y, por otro lado, el estilo de aprendizaje del niño (es decir, su actitud hacia las actividades realizadas en clase).

a) Instrumentos utilizados en la evaluación. Los instrumentos utilizados con el niño han sido:

- Observaciones del alumno en distintas situaciones.
- Entrevistas con el padre y con el equipo educativo (Ver Anexo I y II).

- Análisis de la información recogida en el EOEP que figura en el expediente del alumno.
- EMAV-1. Escala Magallanes de Atención Visual.
- Cuestionario EDAH. Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
- Criterios para el diagnóstico del déficit de atención con hiperactividad del DSM-IV TR.
- BASC T-1. Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes.
- D.N. CAS. DAS-NAGLIERI. Sistema de evaluación cognitiva.
- Cuestionario de estilo de aprendizaje.

A continuación vamos detallar cada una de las pruebas que se le aplicaron a Miguel, así como los resultados obtenidos:

EMAV-1. Escala Magallanes de Atención Visual en niños de 5 a 8 años. La escala EMAV es un instrumento psicométrico diseñado para evaluar diversas funciones de la atención: focalización/ejecución, mantenimiento, codificación y estabilidad. Proporciona dos índices: AS (Atención Sostenida, o capacidad de focalizar y codificar estímulos visuales durante un tiempo determinado) y CA (Calidad Atencional, o eficacia de focalización y codificación de estímulos visuales). La escala facilita el análisis de las dificultades de aprendizaje, evaluando los posibles daños cerebrales como consecuencias de traumatismos o deterioro de diversas causas, y permitiendo llevar a cabo un “contraste de congruencia” en los casos de diagnóstico clínico de Trastornos por Déficit de Atención o TDA-H o TDA (ver Anexo III).

Los resultados de Miguel en esta prueba sitúan su capacidad/destreza de focalización de la atención (calidad de atención) y su capacidad para mantener la misma durante un periodo de tiempo (atención sostenida) en los siguientes centiles:

- Calidad de Atención: centil 25 (baja)
- Atención Sostenida: centil 20 (baja)

De una manera general, estos resultados se pueden interpretar como indicadores de un posible déficit atencional dado que no es capaz de mantenerse realizando la tarea (baja atención sostenida) y los errores cometidos son numerosos (baja calidad de atención).

Cuestionario DSM IV-TR. El cuestionario para padres y profesores DSM IV-TR es una prueba que recoge los criterios diagnósticos propuestos por la APA (American Psychiatric Association) (ver Anexo IV).

A continuación aparecen reflejados los criterios diagnósticos reflejados en el DSM-IV TR que presenta el alumno según la **tutora:**

Desatención:

- A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares.
- A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- A menudo evita o le disgusta dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- A menudo es descuidado en las actividades diarias.
- A menudo se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes.

Hiperactividad:

- A menudo mueve en exceso mano y pies o se remueve en su asiento.
- A menudo abandona su asiento en clase o en otras situaciones en las que se espera permanezca sentado.
- A menudo habla en exceso.
- A menudo corre o salta en situaciones en las que es inapropiado hacerlo.
- A menudo está ocupado o suele actuar como si estuviera impulsado por un motor.

Impulsividad

- A menudo tiene dificultades para esperar su turno.
- A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.
- A menudo emite bruscamente las respuestas antes de haber sido terminadas las preguntas.

A continuación aparecen reflejados los criterios diagnósticos reflejados en el DSM-IV TR que presenta el alumno según el **padre:**

Desatención:

- No de forma significativa.

Hiperactividad:

- A menudo mueve en exceso manos y pies o se remueve en su asiento.
- A menudo abandona su asiento en clase o en otras situaciones en las que se espera permanezca sentado.
- A menudo habla en exceso.
- A menudo está ocupado o suele actuar como si estuviera impulsado por un motor.

Impulsividad

- A menudo tiene dificultades para esperar su turno.
- A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.

Los resultados reflejan suficientes indicadores de sospecha de la existencia de un Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo.

Cuestionario EDAH. Escalas para la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Este cuestionario es una versión revisada y abreviada de la Escala Escolar de Connors para profesores que nos proporciona una medida de los principales rasgos de TDAH y de los trastornos de conducta que puedan coexistir con el síndrome. Consta de 20 ítems con dos subescalas de 10 ítems cada una:

- Área I: Hiperactividad/Impulsividad/Inatención (10 ítems)
- Área II: Trastornos de la conducta (10 ítems)

El cuestionario debe ser contestado por la **tutora** de Miguel. Las respuestas a cada elemento se valoran en una escala de 0 a 3 puntos de acuerdo con el grado de frecuencia que se percibe la conducta descrita, siendo: Nada = 0, Poco = 1, Bastante = 2, Mucho = 3 (ver Anexo V).

La puntuación de Miguel en esta prueba nos indica que presenta riesgo elevado de presentar Déficit de Atención con Hiperactividad, con predominio de hiperactividad.

BASC T-1. Escala de Valoración de la Conducta. Esta escala es un multimétodo puesto que consta de cinco componentes que valoran al sujeto desde diferentes perspectivas y pueden ser utilizados de modo conjunto o individualmente: un autoinforme, dos cuestionarios de valoración (uno para padres y otro para tutores), una

historia estructurada del desarrollo y un sistema de observación del estudiante. Además, el BASC T-1 es multidimensional ya que mide numerosos aspectos del comportamiento y la personalidad, incluyendo dimensiones tanto positivas (adaptativas) como negativas (clínicas).

De todos los métodos que incluye el BASC T-1 sólo se ha realizado con Miguel el cuestionario de valoración para tutores que mide conductas desadaptativas (escalas clínicas): agresividad, hiperactividad, problemas de conducta, problemas de atención, problemas de aprendizaje, atipicidad, depresión, ansiedad, retraimiento y somatización; y escalas adaptativas: adaptabilidad, habilidades sociales, liderazgo y habilidades para el estudio. Además, nos permite calcular cinco valores como dimensiones globales: exteriorizar problemas, interiorizar problemas, problemas escolares, habilidades adaptativas y un índice de síntomas comportamentales.

En las escalas clínicas las puntuaciones altas representan características negativas (muy alto clínicamente significativo 70 ó más; alto en riesgo de 60 a 69; medio-medio de 41 a 59; en bajo riesgo de 31 a 40 y clínicamente significativo muy bajo de 30 ó menos). Según refleja el informe completado por la tutora, Miguel muestra unas puntuaciones T (puntuación típica) muy alta clínicamente significativas en Hiperactividad (73), Depresión (76) y Ansiedad (70). Estas puntuaciones son indicativas de inadaptación además de la posible existencia de un trastorno de ansiedad y estrés. En el resto de escalas sus puntuaciones se sitúan en la media. Por otra parte, y teniendo en cuenta los resultados obtenidos en las escalas adaptativas (las puntuaciones altas representan características positivas y deseables), Miguel muestra unas puntuaciones T en situación de riesgo en la escala de Adaptabilidad (33) ya que son bajas, y en el resto presenta puntuaciones medias. Y, finalmente, muestra puntuaciones en situación de riesgo en las siguientes dimensiones globales: Exteriorizar problemas (68), Interiorizar problemas (68) y Habilidades adaptativas (37).

D.N. CAS. DAS-NAGLIERI. Sistema de Evaluación Cognitiva. El D.N. CAS es una batería de evaluación del procesamiento cognitivo de los niños entre 5 y 17 años que está basada en la teoría PASS de Das y Naglieri (Planificación, Atención, Simultáneo y Sucesivo). Es adecuado para evaluar las características del procesamiento cognitivo de

los niños que pueden tener déficit de atención/hiperactividad. También para evaluar los problemas cognitivos que están en la base de los problemas de aprendizaje, valorar los problemas emocionales, detectar los niños de altas capacidades, determinar retraso mental o la existencia de una lesión cerebral.

Los resultados se interpretan de la siguiente manera: para cada una de las escalas correspondientes a cada proceso cognitivo la media es 100 y la desviación típica es 15; de modo que los valores que corresponden a la normalidad estadística se encuentran entre 85 y 115. A su vez, cada una de las escalas está compuesta por tres subtests en los que la media es 10 y la desviación típica es 3, de modo que la normalidad se sitúa entre 7 y 13.

Si observamos las puntuaciones de Miguel en las diferentes escalas (ver Anexo VI), tanto en Procesamiento Simultáneo como en Atención y en Procesamiento Sucesivo se sitúan en la categoría media, sin embargo, en Planificación la puntuación se sitúa en la categoría media-baja. Esto quiere decir que Miguel no tiene un problema de procesamiento cognitivo ya que los valores se encuentran dentro de la franja de la normalidad estadística.

b) Características del estilo de aprendizaje

El Estilo de Aprendizaje es un conjunto de variables que se refieren a la forma de aprender de los alumnos. La tutora nos ha facilitado la información basándose en la observación diaria del niño en clase teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- 1. Atención:** Se distrae con facilidad y si le haces una pregunta contesta rápidamente y sin pensar. Por otra parte, cuando tiene una tarea es capaz de concentrarse si se trata de una tarea corta, pero su capacidad de atención decae a los pocos minutos cuando no le interesa lo que está realizando.
- 2. Conducta:** Presenta conductas desordenadas y anárquicas; no cumple órdenes ni normas; es impulsivo y está constantemente en movimiento.
- 3. Realización de tareas:** Las suele terminar a tiempo siempre que no le suponga mucha dificultad. Se desenvuelve mejor en tareas de tipo mecánico. Su ritmo de trabajo es rápido pero chapucero ya que persigue acabar pronto sin fijarse en el resultado. Si las tareas están relacionadas con la lectoescritura su ritmo de trabajo es más lento respecto al grupo. Finalmente, suele solicitar ayuda habitualmente e interrumpe las actividades cuando le parece o no le interesan.

4. **Emotividad:** es de fácil motivación y muy sensible a las amonestaciones. Sus principales intereses son jugar y estar con otros niños.
5. **Comportamiento durante el trabajo en grupo:** ni su atención ni su conducta son adecuadas mostrándose indiferente ante la realización de la tarea.
6. **Clima Social:** en el grupo es aceptado adoptando la figura de líder. Es abierto, alegre, hablador, decidido, nervioso, generoso, indisciplinado y vital. Busca la aprobación del profesor continuamente y cuando tiene dudas de haber realizado correctamente una actividad.

III. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

Partiremos de las conclusiones obtenidas como resultado de la evaluación psicopedagógica, como paso previo para identificar las necesidades educativas de Miguel y posteriormente, en el siguiente apartado, se concretarán en orientaciones metodológicas.

a) Conclusiones de la evaluación psicopedagógica.

Según los datos que se desprenden de la evaluación psicopedagógica y de su evolución en torno al proceso de enseñanza-aprendizaje, Miguel no presenta problemas de capacidad intelectual, ya que su nivel de desarrollo intelectual se sitúa en la media con respecto a su grupo de referencia. De acuerdo a los resultados de las escalas: Atención, Procesamiento Sucesivo y Procesamiento Simultáneo, las puntuaciones más bajas las obtiene en Planificación, categoría media-baja, que se relaciona con la capacidad de atención.

Presenta un riesgo elevado de padecer Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo. En la actualidad cumpliría el número suficiente de los criterios reflejados en el DSM-IV-TR para el diagnóstico de un posible TDA-H (con predominio hiperactividad-impulsividad). En base a todo ello se considera conveniente derivar al alumno al ámbito médico de forma que se pudiese aportar más datos sobre el posible diagnóstico y valorar si pudiese necesitar algún tipo de tratamiento adicional.

Teniendo en cuenta la información recogida sobre su conducta (problema principal del alumno), Miguel se sitúa en situación de riesgo ya que es un niño impulsivo, indisciplinado, que interrumpe en clase cuando otros hablan, habla muy alto, hace muchas tonterías y frecuentemente responde con impertinencias a los profesores. Igualmente, presenta puntuaciones situadas en la categoría clínicamente significativa en:

- Depresión, aspecto que incluye sentimientos de soledad y tristeza e incapacidad para disfrutar de la vida. Es frecuente que haya un trastorno de ansiedad y estrés.
- Problemas de adaptación, se considera que son personas reservadas e introvertidas con evidencia de ansiedad y labilidad emocional. Con frecuencia muestra problemas para relacionarse con otras personas y para expresar sus emociones.
- Adaptabilidad, se encuentra en situación de riesgo presentando con frecuencia cambios de humor, frecuentemente grita en clase, se altera mucho cuando pierde algo, se resiste a cambiar su manera de hacer las cosas...

b) Identificación de necesidades

Miguel necesita:

- Estrategias de autocontrol emocional y de la conducta (reflexividad).
- Mejorar sus habilidades sociales y de interrelación tanto con iguales como con adultos.
- Mejorar la capacidad de atención visual y auditiva.
- Adquirir estrategias de estudio que potencien el aprendizaje significativo.
- Realizar las tareas de forma autónoma.

IV- ORIENTACIONES PARA LA PROPUESTA CURRICULAR.

En este apartado se enumeran las orientaciones didácticas para trabajar en el aula con Miguel. Incluye tanto aspectos organizativos, como estrategias metodológicas, materiales, recursos y técnicas de modificación de conducta.

a) Orientaciones cuando el alumno que no sigue instrucciones

Para ayudarle, podemos tener en cuenta las siguientes indicaciones:

- Utilizar el contacto visual de modo que cuando se den instrucciones al niño, éste deba mirar a la cara.
- Inventar una señal. El niño debe hacer una señal cuando ha escuchado las instrucciones.
- Dar pocas órdenes consecutivas.
- Hay que ser amable en el tono y en lo que se solicita. En ocasiones, la falta de respuesta es pura rebeldía y a veces se produce porque se pide demasiado o muy rápido y no se expresa con la suficiente claridad.
- Definir lo que tiene que hacer el niño con palabras sencillas y comprensibles, de forma que éste sepa claramente lo que se espera de él.
- A menudo los niños no oyen lo que se les dice, hay que asegurarse y pedirles que repitan las órdenes. Esta táctica es de utilidad sobre todo si el niño tiene poca capacidad de atención.
- A veces, los adultos estamos muy ocupados, y cuando pedimos al niño que haga una tarea, damos por sentado que la hará y nos olvidamos de ella. Es importante asegurarse de que, cada vez que se den órdenes, éstas se cumplan.
- La clave para alentar al niño a seguir las órdenes es ser positivo. Se ha de actuar esperando que el niño obedezca y, cuando lo haya hecho, dar una respuesta positiva (“hiciste un buen trabajo”, “lo has hecho muy bien”...).

b) Orientaciones cuando no termina las tareas, se dispersa y parece poco motivado

- Fragmentar en varias partes la tarea. Felicitarle cuando nos muestre la primera parte ya que le animará a hacer mejor la segunda.
- Si ha realizado algo mal, podemos pedirle que lo corrija o que se esmere más en la segunda parte. Por ejemplo, si estás trabajando alguna ficha con él, decirle que debería repetir una ficha completa cuando por fin ha logrado terminarla le supondrá una enorme frustración y además servirá de poco porque estará cansado y lo hará con menos ganas que la primera vez.

c) Orientaciones para la organización de la clase

- Situar al alumno cerca de la mesa del profesor y al lado de compañeros ordenados, tranquilos y atentos. Evitar la proximidad a puertas, ventanas y lugares de mayor tránsito.

- En las actividades individuales debería ocupar una mesa separada y orientada hacia el frente del aula. Cuando realice trabajos en grupo, cuidar tanto la ubicación del grupo (próxima al profesor) como la elección de los compañeros.

d) Orientaciones respecto a los materiales y recursos

- Cuando se le den explicaciones sobre una actividad, decirle qué materiales deberá utilizar. Sólo tendrá encima de la mesa los que necesite para realizar la tarea y al terminar deberá recogerlos y guardarlos.
- Podemos aprovechar los materiales para darle responsabilidades sobre su cuidado y utilización (reparto, recogida, ordenar, hacer fotocopia, etc.).
- Utilizar apoyos visuales en el aula que recojan las normas e instrucciones (carteles, etc.).

e) Estrategias para captar y mantener la atención

Durante las explicaciones:

- Antes de iniciar una explicación debemos asegurarnos de que el niño está atento.
- Mantener el contacto visual: permanecer cerca de él e incluso tocarle el hombro.
- Implicar al niño permitiendo o promoviendo su participación a través de preguntas sencillas sobre el tema, introduciendo actividades en las que se interpreten roles diferentes, presentando las tareas de forma novedosa...
- Utilizar estímulos visuales, entonación o gestos exagerados, modificar el ritmo durante la exposición.
- Promover el aprendizaje cooperativo y la tutoría entre iguales.

Antes y durante la realización de las actividades:

- Antes de iniciar una actividad conviene que se la expliquemos de forma clara y con un vocabulario sencillo y asegurarnos de que lo ha entendido.
- Secuenciar las instrucciones y órdenes complejas en pequeños pasos.
- Segmentar las actividades largas y limitar el número de éstas. Es más eficaz que realice dos de forma correcta que cinco de manera incorrecta.
- Supervisar la realización de forma frecuente para reforzarle positivamente o para reconducir tanto la ejecución como las distracciones. Utilizar registros para reflejar sus avances y logros.

- Conseguir la colaboración de un “compañero responsable” para que le ayude en la comprensión o en la realización de las actividades.
- Reforzarle las ejecuciones positivas y las conductas adecuadas. Los refuerzos deberán ser frecuentes y, siempre que podamos, centrados en la tarea: “has leído muy bien”, “qué bien te ha salido las cuentas”, “estás haciendo muy buena letra”.
- No hacerle demasiadas indicaciones sobre lo que realiza de forma inadecuada: “estás en las nubes”, “no molestes”, “ya está bien”, es mejor hablarle en estos términos: “¿has terminado?”, “¿recuerdas lo que debes hacer?”.
- Utilizar un sistema de refuerzos para motivarle y favorecer la ejecución de las tareas: elogios privados y públicos por las actividades bien hechas.
- Colocar sus trabajos en el corcho o pared de la clase. Mostrarlos a sus compañeros o llevarlos a casa.
- Sistema de puntos. Los padres, profesores y el niño deben concretar las conductas fijadas como objetivos, así como los refuerzos y pérdidas de privilegios asociados a su comportamiento.

Otras estrategias para desarrollar y mantener la atención

- Es importante establecer rutinas y hábitos en las actividades del aula: hábitos de autonomía, de escucha, de utilización y recogida de materiales, de inicio, de finalización o cambio de actividad...
- Enseñarle de forma sistemática que debe poner su nombre, fecha, títulos, respetar el margen... y en general, a utilizar todo aquello que facilite el orden y la organización.
- Seleccionar y priorizar los deberes para que los pueda hacer en un tiempo prudencial.

f) Orientaciones para mejorar su comportamiento

Vamos a basar el programa de conducta en utilizar de forma prioritaria el refuerzo de las conductas adecuadas. De esta manera estamos reforzando también su autoestima. En los momentos en los que aparecen conductas no deseadas, utilizaremos en un primer momento la **extinción** (retirada de la atención). Si esta técnica no funciona, será necesario aplicar las consecuencias negativas pertinentes como la pérdida de privilegios (no salir al recreo, no jugar a algo que haga toda la clase, etc.).

Para promover los compromisos, se considera adecuado establecer un **contrato conductual** en el que participen Miguel, los padres y la tutora. En el contrato deben quedar reflejadas las normas a cumplir y las consecuencias positivas y negativas del cumplimiento o no de dichas normas.

Respecto a la impulsividad:

- Ignore comportamientos inapropiados leves. Si no es posible ignorar su mala conducta, ante la gravedad de ésta se le pide que corrija lo que ha hecho. Por ejemplo, si ha tirado unos juguetes deberá recogerlos y hacer algo más del aula, sobrecorrección, o retírele algún privilegio cumpliendo siempre las amenazas de retirada de privilegios.
- Aumente el refuerzo positivo (alabanzas, premios,...) no sólo por un buen resultado, sino por las aproximaciones que realice.
- Utilice señas para indicarle que debe interrumpir un mal comportamiento.
- Evite sermones y críticas excesivas ante sus compañeros.
- Preste atención a comportamientos positivos con felicitaciones, señales,...
- Reconozca el comportamiento positivo de un compañero cercano.
- Siéntelo cerca de usted y de compañeros con los que la relación sea más fácil.
- Establezca pactos y contratos de conductas.
- Enseñe al alumno a auto-disciplinar su conducta: levantar la mano, escuchar al otro, controlar el tono de voz.
- Pídale que participe cuando pida su turno.

Respecto a la Hiperactividad:

- Permita al alumno que se levante de vez en cuando mientras trabaja.
- Pídale que salga fuera del aula a buscar material (tizas) cuando observe que está especialmente inquieto.
- Dé pequeños descansos entre asignaciones.
- Pídale que revise y corrija los trabajos realizados con demasiada prisa.
- Dé tiempo extra para que finalice la tarea si lo necesita.
- Respete su ritmo de la medida de lo posible.

V. ORIENTACIONES PARA LA FAMILIA.

El papel de los padres resulta imprescindible para mejorar las “situaciones de conflicto” que surgen con los hijos con dificultades de atención y rasgos de hiperactividad. Los padres representan la fuente de seguridad, los modelos a seguir, el reflejo mismo de lo que los hijos sienten que son, la base fundamental sobre la que construyen su propia escala de valores y el concepto y referente de disciplina y autoridad.

Un niño hiperactivo necesita:

- Normas claras y bien definidas en todo el ámbito familiar.
- Que estas normas representen una exigencia adaptada a la medida de sus posibilidades.
- Un ambiente ordenado y organizado.
- Un ambiente sereno, relajado y cálido: los padres deben evitar las situaciones de angustia o ansiedad provocadas o no por el niño y en caso de que éstas se produzcan, evitar exteriorizarlas delante de él. También es bueno que los padres den muestras de afectividad entre sí con naturalidad y que hagan partícipe al niño/a de ese clima afectivo.
- Que los padres reconozcan el esfuerzo realizado por el niño por pequeño que les parezca. Debemos pensar que lo que para otro niño resulta normal para un niño hiperactivo supone un esfuerzo muy importante.
- Unos padres que le animen y contengan en los momentos de tensión y ansiedad, pero sin sobreprotección.
- Que los padres le ayuden a situarse y organizarse.
- Que los padres no se dejen manipular por sus caprichos.
- Los padres deben mantener los límites educativos de forma racional, estable e inamovible.
- La familia debe ayudarle a afrontar los problemas y tratar de encontrar la solución sin encubrir necesariamente sus faltas.

Es aconsejable que los padres traten de:

- Coordinar el intercambio de información entre el pediatra, equipo de orientación y el equipo educativo del colegio (tutora y resto de profesores que trabajan con el niño/a).

Antes de acudir al pediatra o al psicopedagogo, los padres deberán ponerse en contacto con el profesor para recoger información reciente.

Una vía eficaz de comunicación entre padres y profesores es **la agenda escolar**. En la actualidad, los niños utilizan una agenda para apuntar los deberes a realizar. El profesor y los padres pueden utilizar esta agenda para comunicarse de forma efectiva y rápida cada día.

- Proporcionar al niño un ambiente familiar estructurado. El niño hiperactivo es más difícil de llevar si no se tienen unos límites educativos claros y consistentes. Además ciertas situaciones cotidianas provocan al niño más estrés por lo que es necesario contar con otros recursos: si hacemos viajes largos haremos más paradas; no le anticiparemos con demasiado tiempo de antelación acontecimientos emocionantes ni le haremos esperar en largas filas...
- No activar al niño en su comportamiento, evitándole aquellas situaciones que le puedan provocar estados de tensión o ansiedad. Algunos consejos son: no gritarle, dar la consigna al niño varias veces y si aun así no responde ir a buscarle y obligarle a hacer lo que se le ha pedido, no dar demasiadas órdenes al mismo tiempo, crear rutinas y hábitos de trabajo en casa, cumplir los castigos...
- Poner límites educativos correctos, adecuados a la capacidad del niño. El grado de autocontrol que tienen los niños depende, en gran medida, de la actitud de los padres. Con la capacidad para tolerar frustraciones y para autocontrolar las expresiones de agrado o desagrado sucede lo mismo.
- Favorecer la autonomía personal del niño.
- Crear buenos hábitos de estudio: establecer una rutina de trabajo con horario fijo todos los días; acondicionar el cuarto de estudio reduciendo todo lo que sea posible los estímulos perturbadores del entorno; entrenar para que se acostumbre a trabajar solo; premiarle cuando adelante materia de estudio y también cuando se prepare él solo la mochila.
- Favorecer el contacto controlado con otros niños, enseñando a aumentar la cantidad y variedad de sus estrategias para resolver situaciones sociales, favoreciendo el contacto controlado con otros niños y ayudándoles a controlar las emociones en los encuentros con los amigos para que el niño no estropee con su mal comportamiento la relación. Es aconsejable también que participe en actividades extraescolares,

campamentos o colonias de verano, evitando que perciba dudas o temores sobre su comportamiento en la despedida o a través de los contactos telefónicos.

4. CONCLUSIONES Y VALORACIÓN PERSONAL

La observación de las conductas de los alumnos en el aula es la manera más habitual de detectar posibles problemas psicoeducativos de los alumnos. Como profesores es importantísimo conocer cuáles son las características evolutivas del niño a cada edad y diferenciar entre una conducta aparentemente normal, acorde a sus años, y una conducta desadaptada. De ahí que la edad sea uno de los factores que tengamos que tener en cuenta a la hora de descartar o no un posible trastorno.

La observación en el aula de los alumnos en general, y de Miguel en particular, por parte de la tutora es fundamental. Su actitud hacia el aprendizaje, la manera de trabajar (deprisa, descuidada, desordenada), de relacionarse con sus compañeros, su forma de comportarse respetando el turno de palabra sin interrumpir al compañero o al profesor, permanecer sentado sin levantarse, escuchar atento los relatos de los compañeros, etc; son aspectos que forman parte del día a día pero, su grado de presentación y persistencia en el tiempo pueden indicarnos los primeros signos de alarma.

Estos signos de alarma comenzaron a manifestarse en 1º de Infantil (mal comportamiento y retraso en la adquisición del lenguaje) como puede comprobarse en el Historial o Expediente de Miguel al que tiene acceso el **tutor** y tiene conocimiento de ello desde principio de curso. En el Historial del alumno deben figurar todos los datos personales, así como los apoyos que ha recibido con el correspondiente informe del especialista en Pedagogía Terapéutica o en Audición y Lenguaje o del Equipo de Orientación, donde figuran las principales dificultades del niño en el aprendizaje, su evolución y la necesidad o no de continuar con el apoyo correspondiente.

La observación del niño en el aula y en otros entornos como la clase de Psicomotricidad o el patio y el análisis de la información que figura en el expediente son instrumentos de evaluación muy importantes pero también lo son las entrevistas, los cuestionarios y sobre todo la comunicación entre todos los profesionales que trabajan con el niño.

El siguiente paso en la detección es la comunicación al **Equipo de Orientación Psicopedagógica**. Previamente se ha tenido que reunir el **Equipo Didáctico de Infantil** y valorar la información que aportan todos los profesores que trabajan con el niño así como la necesidad de consultarlo con el **Equipo Directivo** quien decidirá finalmente derivarlo al Equipo de Orientación Psicopedagógica del Centro.

Los instrumentos de evaluación utilizados en nuestro caso por la **Orientadora** (observación de la conducta del niño en diferentes entornos, entrevistas a la familia y al Equipo de Profesores y cuestionarios dirigidos tanto a la familia como a tutores y al niño), me parecen correctos y adecuados, aunque algunos de ellos no figuren en los expuestos en la teoría, ya que no solo valoran la atención, hiperactividad e impulsividad sino también los problemas cognitivos que están en la base de los problemas de aprendizaje, descartando de este modo, retraso mental, lesiones cerebrales o altas capacidades.

Los resultados obtenidos nos indican un alto riesgo de padecer Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y, por tanto, la necesidad de derivarlo al ámbito médico, es decir, a **Pediatría**, quien a su vez derivará a Neuropediatría quienes diagnosticarán y determinarán la necesidad de tratamiento farmacológico. Hemos apuntado anteriormente que el uso combinado de fármacos junto con la psicoterapia o la intervención psicosocial se muestra como la alternativa terapéutica más eficaz para el TDAH, sin embargo, no todos los padres están de acuerdo en administrar medicación a sus hijos.

La intervención en el colegio comienza con una serie de estrategias metodológicas que la Orientadora propone al tutor para trabajar en el aula. Estas estrategias conllevan desde adaptaciones de acceso, cuidando su ubicación dentro del aula, utilización de materiales de apoyo, instrucciones en la realización de las tareas hasta técnicas para aumentar las conductas adaptadas como el sistema de puntos o refuerzo positivo, y eliminación de conductas alteradas como la extinción o retirada de atención y sobrecorrección. Básicamente las técnicas recomendadas coinciden con lo estudiado en el apartado 1.5 Tratamiento de la teoría.

Además, la Orientadora indica a la familia una serie de orientaciones para trabajar en casa con el niño. Es muy importante que exista una buena coordinación entre la

familia y el colegio puesto que siguiendo las mismas pautas de trabajo se conseguirán mejores resultados. La Agenda se convierte en un buen instrumento de comunicación entre la familia y el colegio. También es fundamental intercambiar información con el Pediatra y con todos los profesionales que intervienen en la mejora de su desarrollo y conducta. El contacto tiene que ser periódico y fluido anotando en todo momento su evolución y progreso.

Sin embargo, una de las dificultades que nos encontramos en los centros es la saturación de casos que el Orientador tiene que revisar. Algunos, los menos graves, se quedan pendientes de estudio para el curso siguiente informando a la familia que pueden optar por otras vías de detección como acudir al Pediatra o al especialista en Neuropediatría.

Igualmente, me gustaría destacar que los alumnos con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad son niños incapaces generalmente de controlar su comportamiento, saben que lo que están haciendo no está bien pero no pueden inhibir el impulso de hacerlo. Su conducta tampoco es culpa de los padres, de la educación que están llevando a cabo, pero sí que es una responsabilidad de todos, padres, profesores y personas que conviven con él, comprender su dificultad, ayudarle y facilitarle su adaptación.

La realización del presente trabajo me ha posibilitado profundizar en los aspectos más relevantes del TDAH y me ha permitido igualmente conocer a través del Informe de Evaluación Psicopedagógica de la Orientadora, los pasos a seguir desde el mismo momento en que los profesores y tutores tenemos la sospecha de que estamos ante un caso de alumno con TDAH. El intercambio de información y el contraste de opiniones entre todos los profesionales que trabajamos en los Centros es fundamental. Del mismo modo, quiero destacar la importancia de todos los agentes que intervienen en el Proceso desde que se tiene la sospecha de un TDAH hasta su diagnóstico, intervención y tratamiento, ya que cuanto antes se realice la detección, existirán mayores garantías de prevenir patologías añadidas, lograr mejorías funcionales y posibilitar un ajuste más adaptativo entre el niño y su entorno. La participación de la familia durante el proceso de evaluación y especialmente en la intervención resulta absolutamente necesaria.

Por otra parte, la extensa bibliografía existente sobre el TDAH facilita el estudio del mismo y, a la vez lo dificulta ya que es necesario simplificar y valorar lo más significativo aplicable al trabajo en el aula con estos niños. Los textos nos proporcionan la teoría fundamental para conocer el trastorno y las Guías nos ofrecen un resumen y orientaciones para trabajar en el aula. Ambos documentos son importantes pero verdaderamente la realidad está en el aula y es allí donde mejor se ponen en práctica la teoría estudiada, dónde surgen los problemas y dónde el apoyo de los compañeros y de la familia es esencial para realizar nuestro trabajo.

REFERENCIAS

Abad, L. y Quintero, J. (2012). *TDAH: Origen y desarrollo*. Madrid: IMC.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DMS-V)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Barkley, R. A., Dupaul, G. J. & McMurray, M. B. (1990). A comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity defined by research criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 775-789.

Barkley, R. (2011). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.

Brown, R. (1986). *Psicología Social: La Segunda Edición*. Nueva York: Free Press.

Brown, T. E. (2003). *Trastornos por Déficit de Atención y Comorbilidades en niños adolescentes y adultos*. Barcelona: Masson.

Castells, P. (2006). *Nunca quietos, siempre distraído. ¿Tendrá TDAH?* Madrid: Espasa Calpe.

Decreto 135/2014, de 29 de julio, por el que se regulan las condiciones para el éxito escolar y la excelencia de todos los alumnos de la Comunidad Autónoma de Aragón desde un enfoque inclusivo. Boletín Oficial del Estado nº 150, 1 de

agosto de 2014. Recuperado en mayo de 2015 de <http://www.descargascoppa.es/documentosoficiales/boa1-08-14.pdf>

- Douglas, V. (1972). Stop, Look and Listen: The problem of sustained attention and impulsive control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 4, 259-282.
- DuPaul, G. J., McGoey, K. E., Eckert, T. L., & VanBrakle, J. (2001). Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impairments in behavioral, social, and school functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 508-515.
- Escobar, R., et al. (2005). Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics*, 116, 364-369.
- Gargallo, B. (2005). *Niños hiperactivos (TDA-H). Causas. Identificación. Tratamiento. Una guía para educadores*. Barcelona: Ediciones CEAC.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad TDAH en Niños y Adolescentes*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Adana Fundació (2006). *Guía Práctica para educadores: El alumno con TDAH* (2006). Barcelona: Ediciones Mayo.
- Jensen et al. (2001). ADHD Comorbidity Findings From the MTA Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 2.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (2003). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Martínez et al. (2013). *Todo sobre el TDAH. Guía para la vida diaria*. Tarragona: Altaria.
- Montañés, F. (2008). *Sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Algunos creen que hay que elegir entre fármacos o psicoterapia*,

cuando lo normal es combinarlos. Diario Médico. Psiquiatría. Recuperado de <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/es/article/122/#article>

Orden de 20 de enero de 2003, del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, por la que se regula el Programa de Atención Temprana en la Comunidad Autónoma de Aragón. Boletín Oficial de Aragón nº 14, de 5 de febrero de 2003. Recuperado en mayo de 2015 de http://iass.aragon.es/adjuntos/discapacitados/BOA_Ord_20012003.pdf

Parellada, M. (2009). *TDAH. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Madrid. Alianza.

Consejería de Educación, Cultura y Deporte del Gobierno del Principado de Asturias (2014). *Protocolo para la detección y evaluación del alumnado con TDAH en el ámbito educativo. Guía para orientadores y orientadoras*. Asturias: Consejería de Educación, Cultura y Deporte

Sharma, A. y Couture, J. (2014). A Review of the pathophysiology, Etiology, and Treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Annals of Pharmacotherapy*, 48, 209-225.

Spencer, T. J. (2007). ADHD and Comorbidity in Childhood. *J.Clin Psychiatry*, 32, 631-632.

Asociación Balear de Padres de niños con TDAH (STILL) (2004). *El trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad (TDAH): guía para docentes*. Palma de Mallorca: Consellería de Educació i Cultura. Govern de les Illes Balears.

Soutullo, C. (2005). *Convivir con Niños y Adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)*. Madrid: Panamericana.

Vaquerizo, J. (2005). Hiperactividad en el niño preescolar: Descripción clínica. *Revista de Neurología*, 40, 25-32.

ANEXOS:

Anexo I: Modelo de entrevista para la familia

Anexo II: Cuestionario de Evaluación del TDAH

Anexo III: EMAV-1

Anexo IV: Cuestionario DSM- IV TR

Anexo V: EDAH- Escala de Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Anexo VI: DN: CAS –CAS-NAGLIERI

Anexo I: Modelo de entrevista para la familia

Información necesaria en la entrevista con la familia de niños y niñas con TDAH
Antecedentes de casos similares en la familia (padre, madre, tíos, etc.)
Información relevante y breve referida al embarazo, parto, desarrollo psicomotor y desarrollo neurosensorial del niño o niña.
Antecedentes e indicadores durante el primer año de vida: <ul style="list-style-type: none">a. Trastornos de la alimentación.b. Trastornos del sueñoc. Continuamente irritable, llorón, muy sensible a los ruidos
Indicadores del juego d los 12 meses a los 5 años: <ul style="list-style-type: none">a. Prefiere juegos deportivos o de ejercicio, en lugar de juegos educativos como puzzles o encajable.b. No le da la función adecuada a cada uno de los juguetes.c. No es capaz de jugar con otros niños y niñas y de proponer juegos o actividades.
Indicadores de aprendizaje, conducta y socialización: <ul style="list-style-type: none">a. ¿Tiene o ha tenido problemas de aprendizaje escolar: letras, números, colores, formas, etc.?b. ¿Tiene problemas en el uso de las manos, en la motricidad fina: hacer torres, ensartar anillas, etc?c. Realiza dibujos de figuras y entiende la figura humana a través del dibujo.d. Manifiesta conductas violentas hacia otros niños y niñas?

Protocolo para la detección y evaluación del alumnado con TDAH en el ámbito educativo. Guía para orientadores y orientadoras. (2014) .Consejería de Educación, Cultura y Deporte de Asturias.

Anexo II: Cuestionario de Evaluación del TDAH

Cuestionario de evaluación del TDAH para padres / madres y profesores ADHD Rating Scale – IV (Du Paul, 1998)

Nombre:	F. Nacimiento:	Informante:		
Marque en cada pregunta la casilla que mejor describa el comportamiento general / global del niño. Responda a todas lo mejor que pueda.				
	Nunca o rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1. No presta atención a las cosas o comete errores por descuido	0	1	2	3
2. Tiene dificultad en mantener la atención en actividades o juegos	0	1	2	3
3. No parece escuchar lo que se le está diciendo	0	1	2	3
4. Tiene dificultad para completar / terminar tareas o no sigue instrucciones	0	1	2	3
5. Tiene dificultad en organizarse (actividades, etc.)	0	1	2	3
6. Evita actividades que requieran mucho esfuerzo mental (deberes, etc.)	0	1	2	3
7. Pierde cosas necesarias para actividades o deberes	0	1	2	3
8. Se distrae fácilmente por estímulos externos (por el ambiente)	0	1	2	3
9. Es olvidadizo de actividades diarias	0	1	2	3
10. Mueve manos y pies o se mueve en su asiento	0	1	2	3
11. Se levanta en clase o en otras situaciones cuando no debe	0	1	2	3
12. Corre o se sube a sitios / cosas cuando se le dice que no lo haga	0	1	2	3
13. Tiene dificultad para jugar en silencio	0	1	2	3
14. Actúa como si estuviera activado por un motor/ "no se le gastan las pilas"	0	1	2	3
15. Habla excesivamente	0	1	2	3
16. Contesta abrupta/impulsivamente antes de que se termine la pregunta	0	1	2	3
17. Tiene dificultad para esperar su turno en actividades de grupo	0	1	2	3
18. Interrumpe a la gente o se mete en conversaciones o juegos	0	1	2	3

VALORACIÓN: Niños: 0 – 13 años: >27 – 29; >14 años: > 23; Niñas: 0-7 años:>22; >8 años: 19 // Subescala Inatención (ítems 1-9) Niños > 14; Niñas > 11; Subescala hiperactividad / impulsividad (ítems 10-18) ídem.

Anexo III: EMAV-1

Nombre: _____ Sexo: O M

Apellido: _____ Fecha: _____

Curso: _____

Grado: _____

SEDE EDUCATIVA: _____

DEMOSTRACIÓN

SEÑALA CON UNA EQUIS - TODAS LAS FIGURAS EXACTAMENTE IGUALES A ÉSTA:



 **Prueba del**
 **control de la atención**


1


2


3


4


5


6


7


8


9


10


11


12


13


14


15


16


17


18


19


20

BIEN

ACERTOS

BASTANTE

MALO

NO

PARECE

NO SÉ

EJERCICIO DE PRUEBA

SEÑALA CON UNA EQUIS - TODAS LAS FIGURAS EXACTAMENTE IGUALES A ÉSTA:



 **Prueba del**
 **control de la atención**


21


22


23


24


25


26


27


28


29


30


31


32


33


34


35


36


37


38


39


40



Copyright by Grupo de Investigación en Psicología y Educación (GIPe) - UPEL
 2011-2012. Todos los derechos reservados. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Anexo IV: Cuestionario DSM IV

Criterios DSM-IV TR para el diagnóstico del TDAH

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____ Edad: _____

A

1. Seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

Falta de atención (o desatención)

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

2. Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

Hiperactividad

- a. A menudo mueve en exceso las manos o los pies o se remueve en el asiento
- b. A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en las que es inapropiado hacerlo
- c. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo (en los 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 actúa como si 'tuviera un motor'
- f. A menudo habla en exceso

Impulsividad

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

B.

Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C.

Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

D.

Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E.

Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o a un trastorno de la personalidad).

Diagnóstico

A1 A2 Combinado Predominio déficit atención Predominio hiperactivo-impulsivo Revisión Parcial

Anexo V: EDAH- Escala de Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Escala de evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (EDAH)
de Farré-Riba A y Narbona J. Versión revisada y abreviada de la Escala Escolar de Conners para profesores.

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

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

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

Valores:

Hiperactividad: (punto de corte 10)
Déficit de atención: (punto de corte 10)
H-DA: (punto de corte 18)
Trastorno de conducta: (punto de corte 11)

Anexo VI: D.N. CAS. DAS-NAGLIERI (*Sólo se administran los 8 test más importantes de la prueba)

	P. Típica	I.C. 90 %	Centil	Ámbito	Habilidades:
Planificación	89	82-98	24	Medio-bajo	Generación de estrategias, Ejecución de planes, Anticipación de secuencias, Control de impulso, Organización de la acción, Respuestas planificadas a situaciones nuevas, Autocontrol, Autovaloración, Autocomprobación y corrección, Uso de estrategias, Uso de feedback
Emparejamiento números	7				
Planificación códigos	9				
Planificación conexiones					
Procesamiento simultáneo	91	84-100	28	Medio	Transformación de palabras en ideas; ver las partes como un todo o grupo; ver varias cosas a la vez; comprensión de las relaciones entre palabras; comprensión de las relaciones verbales y los conceptos; trabajar con información sobre el concepto espacio; darse cuenta cuando se produce una inflexión.
Matrices no verbales	9				
Relaciones espacio-verbales	7				

Memoria de figuras					
Atención	98	90-106	45	Medio	Concentración dirigida a un único objetivo; fijarse en los detalles relevantes; fijarse en la información importante; ofrecer resistencia a la distracción; atención selectiva; mantener la atención durante un periodo de tiempo; mantener el esfuerzo.
Atención expresiva	6				
Búsqueda de números	13				
Atención receptiva					
Procesamiento Sucesivo	94	87-103	35	Medio	Articulación de sonidos diferentes en una serie consecutiva; comprensión cuando el orden de las palabras proporciona el significado; realizar movimientos siguiendo un orden; percepción de los estímulos en secuencia; organización en serie del lenguaje oral; trabajar con sonidos siguiendo un orden específico.
Series de palabras	9				
Repetición de frases	9				
Preguntas sobre frases					
Escala Completa	91	84-100	28	Medio	