

Trabajo Fin de Grado

Trastorno por Déficit de Atención con o sin
Hiperactividad: forma de abordarlo

Autor

Lidia Pulido Abad

Director

Miguel Puyuelo Sanclemente

Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Campus de Huesca.

2016

Índice

Resumen.....	4
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	5
1.1. Introducción	5
1.2. Justificación.....	5
1.3. Objetivos	6
2. MARCO TEÓRICO	7
2.1. ¿Qué es el TDAH?	7
2.2. Breve evolución histórica del TDAH.....	9
2.3. Características del TDAH	12
2.4. Etiología del trastorno	15
2.5. Posibles trastornos asociados	16
2.6. Diagnóstico y evaluación	18
2.6.1. Diagnóstico	18
2.6.1.1. Criterios diagnósticos	18
2.6.2. Evaluación	24
2.7. Enfoques de tratamiento.....	26
3. FORMA DE ABORDAR EL TDAH EN EL MEDIO ESCOLAR	28
3.1. Detección del trastorno	28
3.2. Intervención del trastorno	29
3.2.1. Pautas.....	30
3.2.2. Estrategias para trabajar el TDAH en clase.....	31
3.2.3. Herramientas.....	34
3.2.4. Protocolo de actuación.....	37
3.3. Importancia de la familia	40
4. CONCLUSIONES	43
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
ANEXOS.....	50

"Para enseñarle algo a un niño, primero hay que poder llegar a él"

María Eugenia Russi

Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad: forma de abordarlo

(Attention Deficit Disorder with or without Hyperactivity: how to address it)

- Elaborado por Lidia Pulido Abad.
- Dirigido por Miguel Puyuelo Sanclemente.
- Presentado para su defensa en la convocatoria de Diciembre del año 2016.
- Número de palabras (sin incluir anexos): 13605

Resumen

Existe una gran variedad de trastornos en la infancia y entre ellos se encuentra uno de los más frecuentes, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

Aunque no es recomendable realizar un diagnóstico hasta el primer ciclo de Educación Primaria, muchos de los síntomas ya se pueden observar en niños y niñas que se encuentran en la etapa de Educación Infantil. Debido a la variedad de situaciones en donde se pueden apreciar algún síntoma de TDAH en esta etapa, es necesario plantearse una intervención temprana para prevenir futuras dificultades.

Se deben tener en cuenta los parámetros normales a cierta edad y no exaltarnos en cuanto notemos síntomas diferentes en los alumnos y alumnas. Por eso, en este trabajo se pretenden mostrar algunos de los aspectos más básicos que debería conocer un maestro de educación infantil sobre el TDAH, así como presentar una serie de pautas, orientaciones y estrategias a nivel escolar para abordar el trastorno.

Palabras clave. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Educación Infantil, pautas y estrategias educativas, familia, escuela, intervención.

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

1.1. Introducción

En los últimos tiempos, el objetivo principal de las escuelas se ha dirigido hacia una inserción e integración de todos y cada uno de los alumnos y alumnas. Se pretende conseguir una escuela para todos y con todos a través del principio de igualdad en la diversidad. Y como consecuencia, la importancia de las dificultades de aprendizaje y los trastornos del desarrollo se ha incrementado de forma significativa.

Dentro del contexto educativo y más concretamente en el aula, es necesario conocer las necesidades individuales de cada alumno y adaptar las medidas oportunas para un adecuado aprendizaje del alumnado. El diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) cada vez es más común. Los niños que padecen o pueden padecerlo tienen necesidades diferentes y requieren ayuda y apoyo por parte de la escuela, ya que una buena atención puede facilitar la vida y la integración escolar de los niños. Por lo que se considera un trastorno que merece una exclusiva dedicación.

Este Trabajo de Fin de Grado se va a centrar en este trastorno, donde se puede apreciar dos partes, la primera de carácter teórico, en el que se va a abordar las características, los síntomas, las causas, las consecuencias, el diagnóstico y evaluación del TDAH; y la segunda parte centrada en ofrecer pautas y orientaciones que pueden ser relevantes para llevar a cabo con estos niños en el aula.

1.2. Justificación.

He decidido centrar mi trabajo en un único trastorno como es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, ya que afecta a un gran número de alumnos y alumnas y en numerosas ocasiones, las familias se preocupan al ver conductas en sus hijos relacionadas con la hiperactividad y suelen buscar ayuda acudiendo a los especialistas.

En la actualidad, una de las problemáticas más comunes en la edad infantil es el déficit de atención. La Asociación Americana de Psiquiatría considera que entre un 3% y un 7% de los niños en edad escolar presentan el trastorno. En relación a la página web de Tdahytu (2015), en un vídeo a modo resumen que aparece en el apartado ¿qué es?, se detalla que el trastorno lo presentan más del 5% de los niños en el mundo y a más del

6% en España. Además, explica que se trata de un trastorno que suele ser más usual que afecte a niños que a niñas, ya que "por cada dos niños con TDAH hay una niña que padece el trastorno".

Relativamente hasta hace bien poco el TDAH no era muy conocido en la sociedad y aún así, hoy en día y con toda la información que tenemos al alcance de nuestras manos, este trastorno se sigue confundiendo con problemas de conducta o con una falta de disciplina por parte de los padres o tutores. En numerosas ocasiones es la familia la que se siente culpable porque su hijo se comporte de esta forma y esto hace difícil que el niño que padezca este trastorno obtenga el tratamiento que más se adecue a él.

Es importante recalcar que no debemos olvidar que todos los niños¹ en las primeras edades necesitan una actividad motora, aunque cuando esta actividad es excesiva y conlleva dificultades en sus relaciones familiares, escolares o con sus iguales, puede ser un signo de alerta y que derive en algo más complejo. Aunque cabe recalcar que no tiene por qué ser siempre un trastorno.

A modo personal, busco como objetivo saber cómo actuar ante un caso así u otro similar. En numerosas ocasiones he podido ver con mis propios ojos como niños más movidos de lo normal eran desatendidos o se les exigía que actuaran como los demás, sin tener en cuenta que estos niños podían tener otras necesidades y no por ello tener un mal comportamiento.

Por todo esto, y porque donde las dificultades que acarrearán este trastorno se dan con más intensidad en el entorno escolar, surge la necesidad de investigar para conocer mejor este trastorno y poder detectarlo e intervenir lo antes posible.

1.3. Objetivos.

En el presente trabajo se propone como objetivo general el conocer y profundizar en el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad en niños y niñas de Educación Infantil.

Y los objetivos específicos que se pretenden desarrollar a lo largo de este trabajo son los siguientes:

¹ En el resto del trabajo nos referiremos como niños tanto al sexo femenino como masculino

- ✓ Adquirir conocimientos sobre el TDAH infantil a través de la información necesaria sobre este trastorno.
- ✓ Concienciar de la importancia de una detección precoz.
- ✓ Revisar algunos aspectos de la intervención en el marco escolar.

2. MARCO TEÓRICO

Lo primero de todo para conocer este trastorno hay que plantearse una serie de preguntas como ¿qué es el TDAH?, ¿qué es lo que caracteriza al TDAH?, ¿cuáles son sus causas?, ¿cómo ha ido evolucionando en el tiempo?, ¿cuál es su diagnóstico y su evaluación?, ¿tiene otros trastornos asociados?, así como ¿qué tipos de tratamientos existen? Una vez que se tenga claro el concepto de TDAH y todo lo que conlleva, se indagará en la forma más adecuada de abordarlo.

2.1. ¿Qué es el TDAH?

Todos los trastornos deben cumplir la definición de trastorno mental, cuyas características son una alteración significativa del estado cognitivo y una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo debido a la regulación emocional o del comportamiento, tal y como dice el DSM-V² (American Psychiatric Association, 2014, p. 20).

El TDAH o Trastorno del Déficit de Atención e Hiperactividad se caracteriza por la incapacidad de mantener la atención y una conducta predominante de hiperactividad e impulsividad. Existen numerosas definiciones para este trastorno pero para conocer mejor el concepto de TDAH se recogen tres de ellas.

La primera definición se encuentra en el DSM-V. Este manual recoge la explicación de un sinnúmero de alteraciones. El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) está incluido en el DSM-V dentro de los trastornos del neurodesarrollo, considerados como "un grupo de afecciones con inicio en el período

² Entendemos como DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA) que contiene descripciones, síntomas y otros criterios para diagnosticar trastornos mentales y es el referente en salud mental mundial.

del desarrollo... y se caracterizan por un déficit del desarrollo que produce deficiencias del funcionamiento personal, social, académico u ocupacional..." (American Psychiatric Association, 2014, p. 31). Y define el TDAH como:

Un trastorno del neurodesarrollo definido por niveles problemáticos de inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad. La inatención y la desorganización implican la incapacidad de seguir tareas, que parezca que no escuchan y que pierdan los materiales a unos niveles que son incompatibles con la edad o el nivel del desarrollo. La hiperactividad-impulsividad implica actividad excesiva, movimientos nerviosos, incapacidad de permanecer sentado, intromisión en las actividades de otras personas e incapacidad para esperar que son excesivos para la edad o el nivel de desarrollo. (DSM-V, 2014, p. 32)

Otra de las definiciones convenientes a resaltar es la de Caballero, Galán, García, Jiménez y López (2001), que definen el TDAH como:

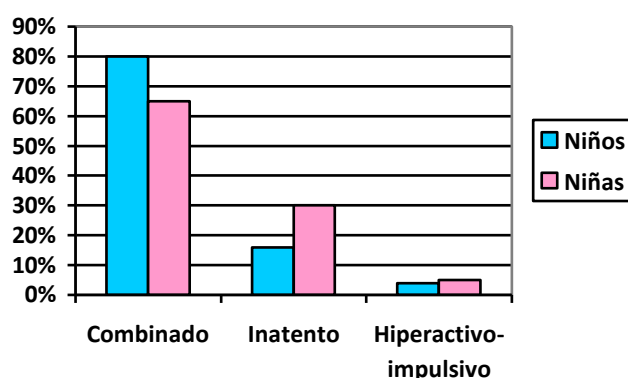
Un trastorno del comportamiento que presentan tanto niños como adultos, con manifestaciones diferentes según la edad y la educación recibida. Implica una dificultad generalizada en el espacio y el tiempo (ocurre en cualquier lugar y todos los días) para mantener y regular la atención, y una actividad motora excesiva. Secundariamente, manifiesta un notable déficit de reflexividad (impulsividad o con escasa reflexión). En general, la persona, niño, joven o adulto, se muestra a los demás como un individuo con escaso autocontrol, dejándose llevar con frecuencia por sus emociones (ira, tristeza, alegría y ansiedad), sus deseos o sus necesidades. (Caballero et al, 2001, p. 7)

Una de las fuentes relevantes en este trabajo ha sido la fundación ADANA, la cual ofrece abundante información acerca del TDAH. Según la página web de esta asociación se entiende el TDAH como "un trastorno que se inicia en la infancia por dificultades para mantener la atención, hiperactividad o exceso de movimiento e impulsividad o dificultades en el control de los impulsos" (Fundación ADANA, 2009).

Como se puede observar a través de estas definiciones el TDAH está caracterizado por tres síntomas principales como la inatención, la hiperactividad y la impulsividad. No es necesario que un niño con TDAH manifieste los tres síntomas, ya que depende de la intensidad con la que aparezcan.

La Guía Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes (2010) contiene información suficiente sobre el TDAH pero se destaca un estudio de Bierderman, Mick, Faraone, Braaten, Doyle, Spencer, et al. (2002). Dicho estudio se basó en investigar la frecuencia con la que aparecen los subtipos de TDAH padecidos en niños y en niñas. La figura 1 muestra los resultados obtenidos.

Figura 1. Frecuencia de los subtipos de TDAH según el género
(Elaboración propia)



Se puede observar que es más común en niñas el subtipo hiperactivo-impulsivo (5%) que en niños (4%). En el subtipo inatento ocurre lo mismo con un 30% en niñas frente a un 16% en niños. Sin embargo el subtipo combinado aparece más en niños (80%) que en niñas (65%).

2.2. Breve evolución histórica del TDAH.

El Déficit de Atención e Hiperactividad, TDA-H, es el nombre que hoy en día recibe este trastorno neurológico del comportamiento que afecta tanto a niños como adultos. Pero el concepto ha existido desde hace muchos años aunque a lo largo de la historia su denominación se ha ido modificando por diferentes investigadores que han realizado estudios sobre este trastorno. A continuación se detalla una revisión de la evolución histórica del TDAH hasta la actualidad. La información siguiente ha sido aportada por la guía didáctica de la respuesta educativa para el alumnado con TDAH, realizada por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (Gobierno de España, 2012, pp. 12-13).

Entre los antecedentes del TDAH, se encuentran los primeros registros escritos en 1798, en el libro "Una investigación sobre la naturaleza y el origen de la enajenación mental", de Sir Alexander Crichton. Este médico escocés detalló las características de lo que hoy en día es TDAH, al que llamó "Mental Restlessness" (Agitación o Inquietud Mental) y se refería a un estado inquieto e incapacidad para atender constantemente.

Años más tarde, los síntomas típicos ya fueron nombrados por el médico y psiquiatra alemán Heinrich Hoffman en 1845. Al ser escritor e ilustrador, reflejó sus ideas en una obra de 10 historias cortas sobre problemas psiquiátricos en la infancia y la adolescencia. Una de las historias habla de las dificultades de atención e hiperactividad llamada "The story of Fidgety Philip" (la historia de Felipe Nervioso). En esta descripción se observan algunos síntomas que hoy en día se recogen en el CIE-10:

Phil, para, deja de actuar como un gusano, la mesa no es un lugar para retorcerse". Así habla el padre a su hijo, lo dice en tono severo, no es broma. La madre frunce el ceño y mira a otro lado, sin embargo, no dice nada. Pero Phil no sigue el consejo, él hará lo que quiera a cualquier precio. Él se dobla y se tira, se mece y se ríe, aquí y allá sobre la silla, "Phil, estos retortijones, yo no los puedo aguantar" (Hoffman, 1854, p. 64).³

George Still (1902) realizó en un artículo una descripción de 20 niños con un parecido actualmente a los síntomas del TDAH de tipo combinado. Los describió como niños que no podían estar quietos en ningún momento tocando todo, siendo irrespetuosos con los demás y mostrando indiferencia a las consecuencias de sus actos. Lo que es traducido a una falta de atención y de control sobre sus conductas, por lo que Still llamó a esta agrupación de síntomas como un "*Defecto de Control Moral y falta de inhibición volitiva*". Con todo esto, comprobó que era una enfermedad neurológica causada por una herencia biológica o por una lesión al nacer, y no por una mala crianza.

Hasta los años 50 el TDAH fue considerado causa de un daño cerebral, ya que presentaban un cuadro clínico de alteraciones conductuales y cognitivas parecidas a los síntomas que Still describió anteriormente y pasó a denominarse "*Daño cerebral*". Sin embargo, se investigó en niños que no habían sufrido ningún daño cerebral y se comprobó que también presentaban estos síntomas. Entonces se pensó que el TDAH era causado por un daño cerebral muy leve y apenas apreciable, por lo que pasó a

³ Anexo 1. Ilustraciones de la historia de "Felipe el nervioso"

denominarse "*Daño Cerebral Mínimo*" y después "*Disfunción Cerebral Mínima (DCM)*".

Según Barkley (2011), la etapa entre 1950 y 1970 fue "la edad de oro de la hiperactividad". Surgieron varias suposiciones a finales del siglo 50, siendo el síntoma primario la hiperactividad y después, el déficit de atención y de la impulsividad. Desde 1950, se empezó a denominar "*Síndrome Hiperkinético*".

Desde el punto de vista conductista, se empezó a ver la hiperactividad como un trastorno del comportamiento. Stella Chess (1960) y otros investigadores dividieron los síntomas de la hiperactividad de lesiones cerebrales y resguardaron el "*Síndrome del niño hiperactivo*".

La primera vez que el TDAH aparece en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales es en 1968, en el DSM II con la denominación de "Reacción Hiperkinética de la infancia". Hasta los años 70, no se empieza a tener en cuenta los aspectos cognitivos como la dificultad para sostener la atención y para controlar los impulsos. Gracias a las investigaciones de Virginia Douglas (1972), se modificó el TDAH en el DSM III como "*Trastorno de Déficit de Atención con o sin hiperactividad (TDA+H y TDA-H)*". Además, se empiezan a crear las primeras asociaciones del TDAH.

En 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS) difunde la clasificación internacional de enfermedades, décima versión (CIE-10). En la cual el TDAH se contempla como una entidad clínica agrupada en los trastornos del comportamiento y de las emociones en la infancia y en la adolescencia, dentro del subgrupo de Trastornos Hiperkinéticos. E incluye cuatro entidades diagnósticas: el trastorno de la actividad y de la atención, el trastorno hiperkinético disocial, otros trastornos hiperkinéticos y el trastorno hiperkinético sin especificaciones.

Ya en el DSM IV-TR (APA, 1994/2000), se considera TDAH recogido en tres subtipos: predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo-impulsivo y combinado. Y se recoge en los trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia, en el grupo de Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador.

Actualmente, con la publicación del DSM-V (American Psychiatric Association, 2013 y publicada en español por la Editorial Médica Panamericana, 2014), el TDAH se incluye en los Trastornos del neurodesarrollo.

2.3. Características del TDAH.

Como se ha dicho anteriormente, el TDAH es una etiqueta diagnóstica que identifica a niños que presentan falta de atención, problemas de impulsividad y de autocontrol y sobreactividad motora (hiperactividad). Es primordial saber a qué nos referimos cuando hablamos de estos tres conceptos.

Como atención se entiende al "proceso psicológico implicado directamente en los mecanismos de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica" (López y García, 1997, p.18). Según los mecanismos que utiliza el individuo existe la atención selectiva (capacidad para responder ante una determinada situación o actividad y dejar a un lado aquellas indispensables), la atención dividida (capacidad para atender a dos o más estímulos a la vez) y la atención sostenida (capacidad para concentrarse, resistir la fatiga, evitar distraerse, etc.). Aunque las investigaciones sobre cómo influye la atención en niños hiperactivos no han conseguido saber con rotundidad qué tipo de atención está más afectada en el TDAH, como aseguran Wicks Nelson e Israel (1997, p. 210).

La impulsividad es un déficit para inhibir conductas en respuesta a demandas situacionales, tal como dicen Milich y Kramer (1985). Existen dos tipos de impulsividad, la impulsividad social y la impulsividad cognitiva. Se entiende como impulsividad social a la incapacidad para inhibir la conducta en respuesta a las reglas sociales, por ejemplo, la incapacidad para esperar el turno, tener poca tolerancia a la frustración, tener cierta dificultad para seguir instrucciones, etc. Y la inclinación a responder inmediatamente aun cometiendo un elevado número de errores, es la impulsividad cognitiva.

Y, por último, la sobreactividad o hiperactividad es la aparición de abundantes momentos de actividad motora o verbal teniendo en cuenta la edad y el nivel de desarrollo del niño. Es decir, son niños que no pueden controlar su respuesta, por ejemplo, hablan constantemente, habitualmente están en movimiento, no pueden

permanecer mucho rato sentados, hacen ruidos extraños con la boca o hacen movimientos exagerados o inapropiados con alguna parte del cuerpo, etc.

Es importante que el docente tenga claros los criterios para definir el TDAH, que generalmente se manifiestan a través de la incapacidad de mantener la atención, a través de algunos movimientos o están ligados a la actividad excesiva del niño, tal como pueden verse en las tablas 1,2 y 3, según la fundación ADANA.

Tabla 1. Ítems Atención

1. Muestra dificultad para establecer un orden en sus responsabilidades o tareas.
2. Le cuesta iniciarse en sus tareas como vestirse, hacer los deberes, etc., debido a que se distrae fácilmente con cosas sin importancia.
3. Suele dejar una actividad que había empezado hace poco por otra, al ser incapaz de estar atento por un tiempo prolongado.
4. Tiende a olvidar o perder cosas imprescindibles.
5. Muestra dificultad para mantener una conversación de forma adecuada y para obedecer ante una orden o unas normas, ya que parece que no escucha cuando se le está hablando.
6. Comete errores por descuido al no prestar suficiente atención a los detalles.
7. Presenta dificultad para estar pendiente de dos cosas a la vez.

Como se puede observar, estos niños se aburren con actividades poco novedosas y repetitivas, por lo que se suelen distraer fácilmente y cambiar la actividad por otra más divertida. Se suelen ver como despistados y no suelen tener un mal comportamiento por lo que es más difícil detectar el problema de atención como posible trastorno.

Tabla 2. Ítems Impulsividad

1. Muestra dificultad para pensar antes de actuar.
2. Responde a preguntas antes de que hayan acabado, precipitándose en el habla o incluso hablando en momentos que no son apropiados.
3. A menudo es impaciente.
4. Muestra incapacidad para planificar las cosas.
5. Suele interrumpir las conversaciones, los juegos o las actividades ajenas.

Al ser impulsivos, estos niños no suelen reflexionar sobre su respuesta o acción, teniendo problemas para organizarse mentalmente y en la vida diaria.

Tabla 3. Ítems Hiperactividad

1. Mueve frecuentemente los pies y las manos, se balancea, da golpecitos con los dedos, juega con pequeños objetos, etc.
2. Se mueve en numerosas ocasiones en su sitio y se suele levantar cuando debería estar sentado.
3. Presenta dificultad para permanecer y entretenerse con actividades tranquilas, prefiriendo las actividades más movidas.
4. Suele moverse de un lado a otro sin ningún fin y a veces, corre o salta en situaciones no apropiadas.
5. Muestra un habla excesiva y hace ruidos con la boca.

Aun con todo lo comentado anteriormente, la triple sintomatología de la hiperactividad plantea mucha incertidumbre, ya que ni la relación que tienen entre sí estos síntomas está del todo clara.

2.4. Etiología del trastorno.

Aun siendo uno de los trastornos más estudiados e investigados en el ámbito clínico y educativo, todavía no se saben cuáles son las causas que lo provocan. Probablemente el TDAH se produce por la combinación de varias causas. Según García y Margaz (2002), los factores del TDAH se pueden clasificar en "genéticos, pre o perinatales, tóxicos, psicosociales y de estructura o función cerebral anormal". Nos centraremos en tres principales:

- 1) Factores genéticos. Es el principal factor de riesgo, ya que más del 60% tienen antecedentes familiares. Aunque no se ha detectado el gen causante, se han llevado a cabo estudios con gemelos y los resultados muestran concordancias significativas. Según los estudios, la familia de las personas con TDAH tienen hasta cinco veces más probabilidad de padecer el trastorno que las personas sin antecedentes familiares.
- 2) Factores biológicos ambientales, como alteraciones durante el embarazo, nacimiento prematuro o bajo peso al nacer, o secuelas de enfermedades cerebrales agudas en la primera infancia. Pero ninguno de ellos ha podido ser demostrado como un factor permanente. Se ha estudiado que las mujeres que durante el embarazo abusaron de drogas, tabaco, alcohol o aditivos alimenticios tienen más probabilidad de que su hijo padezca algún trastorno de atención o aprendizaje.
- 3) Factores psicosociales. Como detalla Brown (2003), otro factor de riesgo son las condiciones sociales como la inestabilidad familiar, crianza inadecuada, bajo nivel económico, el abandono, el abuso, una enfermedad mental en uno de los padres, etc. Además, un medio escolar desorganizado también provoca un deterioro en la conducta del niño y un posible fracaso escolar.

2.5. Posibles trastornos asociados.

Hablamos de comorbilidad o trastornos asociados por sus características a otra serie de trastornos. En general, cuando existen trastornos asociados a otro el diagnóstico es más complicado. Existe mayor probabilidad de que tengan un trastorno asociado cuanto más edad tienen los pacientes con TDAH, tal y como explica Castells (2006). Este mismo autor indica que un porcentaje importante (alrededor de un 65%) de los individuos con TDAH pueden presentar otras alteraciones psicopatológicas. El TDAH casi siempre aparece unido a otros trastornos, siendo los más frecuentes los siguientes:

. Problemas de conducta.

El 80% de los niños hiperactivos presentan problemas de conducta, aunque no en todos los casos son graves, tal como afirmaron Safer y Allen (1976). Ambos son independientes pero aquellos niños que muestran TDAH asociado a un trastorno negativista-desafiante (40%) o a un trastorno disocial (20%), tienen más riesgo de padecer un trastorno antisocial futuro.

. Trastornos del aprendizaje específico.

Uno de los problemas más evidentes en el TDAH son los de rendimiento académico y dificultades de aprendizaje, ya que prácticamente en todas las áreas presentan dificultades. Entre los trastornos del aprendizaje que pueden estar vinculados con el TDAH, los más habituales son: el trastorno del aprendizaje de la lectoescritura o la dislexia, el trastorno del aprendizaje de las matemáticas o discalculia, los trastornos del desarrollo del lenguaje (TDL) y el trastorno del aprendizaje no verbal (TANV).

. Epilepsia.

Como señala Green "los niños con epilepsia tienen más probabilidades de presentar TDAH. No es que la epilepsia cause TDAH, sino que la diferencia existente en el cerebro del niño se manifiesta a través de dos tipos de síntomas: epilepsia y TDAH. El perfecto control de la epilepsia raramente permite acabar con los problemas propios del TDAH" (2000, p. 79). Es importante tener cuidado con las medicaciones para la epilepsia, ya que podrían estimular los síntomas del TDAH.

. Deficiencias auditivas.

Debido a que estos niños no suelen escuchar, debemos indagar si es causado por una deficiencia auditiva leve. No es origen del TDAH pero una pérdida auditiva puede aumentar las dificultades de atención del niño.

. Déficit cognitivos.

Como dificultades en la resolución de problemas, falta de esfuerzo o de hábitos de trabajo. Además, esto impide el desarrollo de dos procesos básicos: la automatización de tareas y los esquemas cognitivos.

. Trastornos afectivos y de ansiedad.

Como trastornos afectivos encontramos depresión, distimia, enfermedad bipolar o enfermedad maníaco depresiva. Según la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad, los niños con TDAH tienen un riesgo 5 veces superior al de la población normal de padecer estos trastornos. Más o menos el 30% de los niños con TDAH padecen este trastorno, ya sea porque tengan temor a algo, se preocupen demasiado, tengan alguna fobia o ansiedad por algo, etc., en donde prima la tristeza y la irritabilidad permanente. Y esto lleva una pérdida de interés por la mayoría de las actividades, disminuyendo la concentración y encontrándose cansados.

. Trastornos del sueño.

Los niños con TDAH que también presentan trastornos del sueño tienen problemas para conciliar y mantener el sueño, les cuesta mucho dormirse y se suelen despertar en medio de la noche o muy pronto en la mañana. A veces pueden tener somniloquio (hablar dormido), terrores nocturnos o pesadillas, movimientos involuntarios y sonambulismo.

Otro trastorno que puede estar presente pero que es menos habitual es el Trastorno de Gilles de Tourette, que conlleva la presencia de varios tics motores y uno o más tics vocales a lo largo del día. También cabe destacar que los niños hiperactivos suelen tener problemas en las relaciones sociales, ya que muchos de ellos molestan a sus compañeros, tienen dificultades para tener amistades y sus habilidades sociales y de comunicación son escasas. Al ser impulsivos, pueden manifestar conductas agresivas y tener conflictos.

2.6. Diagnóstico y evaluación.

2.6.1. Diagnóstico.

Un adecuado diagnóstico es muy importante para realizar una intervención apropiada, además de un diagnóstico precoz para poder evitar muchos problemas que pueden ir apareciendo a lo largo del trastorno. Como diagnóstico precoz se entiende a "el sistema para detectar en una población determinada y asintomática una enfermedad con el objetivo de disminuir los daños a la salud física, psíquica o social" (Martínez, 2013, p. 134).

Como hasta los seis o siete años de edad no es recomendable realizar un diagnóstico porque muchos síntomas pueden pasar desapercibidos o se confunden con el proceso de maduración, los niños de 0 a 6 años que tengan algún trastorno o riesgo de padecerlo pueden ser derivados a atención temprana, llevada a cabo por los servicios sanitarios, sociales y educativos. "El diagnóstico depende del conocimiento de estos síntomas, su intensidad y su gravedad" (Martínez, 2013, pp.164-165).

2.6.1.1. Criterios diagnósticos.

Los criterios diagnósticos más acertados por la comunidad científica internacional son los presentados por el DSM-V y por el CIE-10 que insisten en toda una serie de síntomas o de características parecidas aunque introducen algunos matices en sus definiciones.

A continuación, se muestran los criterios diagnósticos de el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, American Psychiatric Association, 2014, pp. 59-61), para el TDAH en la tabla 4.

Tabla 4. Criterios diagnósticos DSM-V

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

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

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

1. Inatención:

a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).

c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo, tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales

escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).

h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad e Impulsividad:

a. Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar).

c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto).

d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.

e. Con frecuencia está “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor” (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

f. Con frecuencia habla excesivamente.

g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).

h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola).

i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen los otros).

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

años.

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

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

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

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

Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

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

Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

También se detallan los criterios diagnósticos según la Clasificación Internacional de Enfermedades décima versión (CIE-10), realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994) y publicada en español por la editorial médica panamericana (2000, pp. 204-206), para el trastorno hipercinético en la tabla 5. La clasificación del CIE-10 coincide en algunos aspectos similares al DSM-V pero también insisten en aspectos diferentes que serán comentados más adelante.

Tabla 5. Criterios diagnósticos CIE-10

El diagnóstico para investigación del trastorno hiperkinético requiere la presencia clara de déficit de atención, hiperactividad o impulsividad, que deben ser generalizados a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones, y no deben ser causados por otros trastornos como el autismo o los trastornos afectivos.

G1. Déficit de atención. Por lo menos seis de los siguientes síntomas de déficit de atención persisten al menos seis meses, en un grado que es maladaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles, junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. Frecuente incapacidad para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras omisiones que le hayan sido encargadas en el trabajo (no originada por una conducta deliberada de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones).
5. Incapacidad frecuente para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como las domésticas, que requieran un esfuerzo mental mantenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para determinadas tareas o actividades tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas.
8. Fácilmente distraíble por estímulos externos.
9. Con frecuencia olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

G2. Hiperactividad. Al menos tres de los siguientes síntomas de hiperactividad persisten durante, al menos, seis meses, en un grado maladaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en el asiento.

2. Abandona el asiento en clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas (en adolescentes o adultos puede manifestarse sólo por sentimientos de inquietud).
4. Es, por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividad lúdicas.
5. Exhibe permanentemente un patrón de actividad motora excesiva, que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

G3. Impulsividad. Al menos uno de los siguientes síntomas de impulsividad persiste durante, al menos, seis meses, en un grado maladaptativo e inconsistente con el nivel del desarrollo del niño:

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
2. A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo.
3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de los demás (p. ej., irrumpe en las conversaciones o juegos de los otros).
4. Con frecuencia habla en exceso, sin una respuesta adecuada a las limitaciones sociales.

G4. El inicio del trastorno no se produce después de los siete años.

G5. Carácter generalizado. Los criterios deben cumplirse para más de una situación, es decir, la combinación de déficit de atención e hiperactividad deben estar presentes tanto en el hogar como en el colegio, o en el colegio y otros ambientes donde el niño puede ser observado, como pudiera ser la consulta médica (la evidencia de esta generalización requiere, por lo general, información suministrada por varias fuentes. La información de los padres acerca de la conducta en el colegio del niño no es normalmente suficiente).

G6. Los síntomas de G1 a G3 ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.

G7. El trastorno no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo, episodio maníaco, episodio depresivo o trastornos de ansiedad.

Tanto el DSM-V como el CIE-10 coinciden en todos los síntomas del TDAH descritos, los cuales deben persistir más de seis meses, repercutiendo en varios entornos del niño y con la existencia de un deterioro funcional causado por este trastorno. Sin embargo, el DSM-V plasma que los síntomas deben estar presentes antes de los 12 años y que no tienen por qué aparecer los tres síntomas, mientras que el CIE-10 dice que deben estar presentes antes de los 7 años y deben aparecer los tres síntomas.

Además de comprobar los síntomas a través de estos criterios, es importante observar si estos se presentan de forma elevada, moderada o leve y cómo repercute en su día a día. Por otro lado, se debe conocer la existencia de otros trastornos asociados y las necesidades educativas. Para poder comenzar con la intervención y el tratamiento adecuado a través de un diagnóstico es primordial contar con el historial médico y la información recibida tanto de los padres como de la escuela.

2.6.2. Evaluación.

Para la evaluación se contará con diferentes especialistas, como el psicólogo, el neurólogo y el pediatra, sobre todo en niños más pequeños. Para conseguir una adecuada evaluación se debe utilizar la combinación de la observación continua, las entrevistas a padres o tutores y las pruebas necesarias para medir los síntomas principales del TDAH.

Lo primero que se suele hacer en cualquier trastorno son las entrevistas a los padres o tutores, ya que son de gran utilidad para establecer una relación entre todas las personas cercanas al niño, orientando así a los propios padres hacia el proceso que se va a llevar a cabo, además de su rápida aplicación, su bajo coste económico y la información de conductas difíciles de observar a través de registros. Aunque hay que tener presente que puede tener dificultades de fiabilidad. Existen infinidad de cuestionarios pero cabe destacar las Escalas de Conners⁴, el Cuestionario de Hiperactividad de Werry, Weiss y Peters⁵ y las Escalas de Achenbach y Edelbrock⁶.

Al encontrar multitud de información sobre la evaluación de este trastorno, se ha visto conveniente explicar de forma general las diferentes pruebas en función de lo que

⁴ Anexo 2

⁵ Anexo 3

⁶ Anexo 4

se quiere evaluar, tal y como describe Ortega (2012), existe una evaluación sintomatológica, una evaluación cognitiva y una evaluación de la conducta y la emoción, que se mostrarán con más detalle a continuación.

- La evaluación sintomatológica sirve para medir los principales síntomas que abarca el TDAH (atención, hiperactividad e impulsividad), que se pueden utilizar como indicadores del funcionamiento del niño en tareas que requieran los síntomas anteriormente mencionados. Además, esto nos proporciona la información necesaria para realizar la intervención que más se adecue a las necesidades del niño.

La prueba atencional más utilizada son los test de rendimiento continuo, que consiste en que el niño observe en una pantalla letras o números y responda apretando un botón ante una combinación de estos. Para la evaluación de la impulsividad podemos utilizar el test de emparejamiento de figuras familiares (MFF20, Cairns y Cammock, 1978), donde el niño debe encontrar la figura idéntica a un modelo entre diferentes alternativas muy parecidas. Por último, los métodos mecánicos son utilizados para medir la sobreactividad. Encontramos, los actómetros para medir los movimientos de una parte concreta del cuerpo, los oscilómetros para medir el balanceo mientras se está sentado y las células fotoeléctricas para evaluar los desplazamientos.

Y para medir los tres síntomas nucleares, se pueden utilizar pruebas como el EDAH (Evaluación del trastorno para el déficit de Atención e Hiperactividad), cuya finalidad es recoger información sobre la conducta habitual del niño y evaluar los aspectos principales del TDAH y las Escalas Magallanes.

- La evaluación cognitiva determina aspectos cognitivos, intelectuales y del comportamiento, como información del nivel de habilidad para resolver labores del día a día del niño o posibles alteraciones o problemas de la memoria, el autocontrol o la autorregulación. Para medir la inteligencia existen algunas pruebas como las Escalas de Inteligencia de Wechsler (WPPSI, para preescolar y primaria), la Escala McCarty de inteligencia y psicomotricidad para niños (MSCA) y la batería de Evaluación de Kaufman para niños (K-ABC). También existen pruebas para evaluar la lecto-escritura, memoria y aprendizaje, las funciones ejecutivas y neuropsicológicas. Las baterías neuropsicológicas (BNP) evalúan el desarrollo madurativo global del niño, como la

fluidez verbal, la planificación cognitiva, el razonamiento abstracto, las capacidades motrices, etc.

- Y, por último, la evaluación de la conducta y la emoción permite evaluar los aspectos positivos y negativos del comportamiento del niño. Un ejemplo de prueba es la evaluación de la conducta de niños y adolescentes (BASC), ChildBehaviourChecklist (CBCL) de Achenbach.

Pero no cabe duda de que el complemento ideal y necesario es la observación directa. El Código de Observación de Conducta en el Aula de Abikoff y Gittelman (1985) ha resultado ser muy útil para la observación en el ámbito escolar. Y el sistema de Codificación de Conductas Hiperactivas de Barkley (1990) se utiliza en situaciones controladas y se observa mientras el niño está realizando alguna actividad escolar. Se dividen en cinco categorías: "fuera de la tarea", "movimientos motores", "habla", "jugar con objetos" y "estar fuera del asiento".

2.7. Enfoques de tratamiento.

El tratamiento del TDAH debe ser individualizado, ya que no es igual para todas las personas, debiéndose adaptar a las necesidades de cada uno y valorando la intensidad de los síntomas, el contexto familiar y social y si se encuentran otros trastornos asociados. El TDAH se puede tratar de tres formas distintas: tratamiento farmacológico, tratamiento cognitivo-conductual y tratamiento combinado.

a) Tratamiento farmacológico.

Durante los años 70-80 la toma de estimulantes era el tratamiento para la hiperactividad. Además de estimulantes, también se han utilizado otros fármacos como tranquilizantes, antidepresivos y sales de litio. Pero la medicación habitual son los fármacos estimulantes. En algunos casos el médico recomienda psicoestimulantes (metilfenidato con nombres comerciales como Rubifen) u otros fármacos que aumentan los niveles de norepinefrina. Hay que tener en cuenta que estos fármacos tienen efectos secundarios como pérdida de apetito, insomnio, irritabilidad o dolor de cabeza.

Según la Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH en Niños y Adolescentes, un profesional médico altamente cualificado y experto en TDAH es quien debe proponer el

tratamiento farmacológico y debe tener en cuenta la edad del afectado, la gravedad de los síntomas, la repercusión funcional de estos y las características y preferencias de la familia.

b) Tratamiento psicológico: terapia cognitivo-conductuales.

El tratamiento psicológico del TDAH tiene como fin ayudar a manejar los síntomas del trastorno y las consecuencias que pueden traer a la vida diaria. Según la guía práctica clínica sobre el TDAH en niños y adolescentes, el tratamiento cognitivo-conductual es el más indicado en el caso de que los síntomas que se presenten sean leves. También, da importancia a individualizar el tratamiento de los niños con TDAH, teniendo en cuenta las necesidades y características del niño.

"La terapia cognitivo-conductual implica enseñar a los niños estrategias de auto-instrucción y de resolución de problemas, además de auto-monitoreo y auto-refuerzo. Se enseña al niño una serie de instrucciones auto-dirigidas que deben seguir cuando realizan una tarea. Estas instrucciones incluyen definir y comprender la tarea o el problema, planificar una estrategia general para aproximarse al problema, enfocar la atención en la tarea, seleccionar una respuesta o solución, y evaluar el desempeño" (Barkley, 2006).

Como terapia cognitiva, encontramos las autoinstrucciones de Meichenbaum y Goodman (1971), las técnicas de autocontrol, técnicas de inhibición de respuesta y técnicas de resolución de problemas. Y como terapia conductual, técnicas para aumentar la conducta deseada y técnicas para disminuir la conducta indeseada. *(En el punto forma de abordarlo, se detallan de manera más profunda este tratamiento).*

c) Tratamiento combinado o multidisciplinar.

La administración combinada de terapias cognitivo-conductuales y farmacológicas es muy poco frecuente en los más pequeños, excepto en el trastorno hiperactivo. Así pues, desde hace años se viene probando la eficacia de tratamientos mixtos, integrados frecuentemente por medicación estimulante (preferentemente, metilfenidato) y técnicas de manejo de contingencias, entrenamiento a padres y profesores, junto con procedimientos cognitivos como el entrenamiento en autoinstrucciones y en solución de problemas (Barkley, 1990).

3. FORMA DE ABORDAR EL TDAH EN EL MEDIO ESCOLAR

Este apartado tiene el fin de recoger pautas y orientaciones que los docentes deben seguir en el caso de que se encuentren en el aula con alumnos que padezcan TDAH, para así poder favorecer su aprendizaje. Es importante que sea un trabajo conjunto entre la escuela, la familia y los servicios sanitarios.

Nos pensamos que el TDAH se diagnostica rápidamente, pero antes de nada habría que saber el protocolo exacto que hay que llevar a cabo para diagnosticarlo. Para poder intervenir o prevenir es necesario conocer la situación del niño, y eso se consigue a través de la observación continua. Debemos observar todo del niño, como está su energía, sus capacidades físicas, sus capacidades motoras, su sensibilidad, cómo está en la escuela, en el entorno en general, etc.

Es necesario que lo observe un especialista de confianza, que se tome tiempo para observar al niño y que pueda ver qué necesidades necesita a través de sus conductas.

3.1. Detección del trastorno.

Como sabemos la escuela es uno de los primeros sitios donde se puede observar si el niño padece o no algún trastorno. Por esto, es muy importante que los docentes conozcan como actuar en dicho caso, detectando el trastorno y ofreciendo una respuesta lo más rápido posible.

Para una adecuada detección es necesario la observación directa del niño en diferentes situaciones o mediante técnicas e instrumentos adecuados. Si el maestro observa algún síntoma tiene que comunicarlo al equipo de orientación.

Según la guía de práctica clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños y adolescentes (2010), aunque no haya evidencias científicas de que un diagnóstico e intervención precoz mejoren el pronóstico del TDAH, un diagnóstico temprano y un tratamiento apropiado hacen posible una evolución positiva del trastorno.

Las dos señales de alerta para saber si existe TDAH o no, según Green (2000) son un bajo rendimiento académico y problemas de conducta. Además, es importante conocer que síntomas son relativos a cada edad, ya que según Castells (2006) los síntomas van

cambiando según la edad. A continuación, para poder detectar el TDAH infantil, se muestran conductas habituales en la edad de 6-12 meses a los 5-6 años, donde el síntoma más habitual es la hiperactividad:

- Molesta e interrumpe a sus compañeros.
- Le cuesta permanecer sentado.
- Le cuesta esperar su turno y compartir.
- Es agresivo.
- Lloro mucho.
- Muestra un escaso control de su cuerpo.
- Manifiesta retraso en la motricidad fina.
- Suele tener la autoestima baja y ser inmaduro emocionalmente.

El TDAH de tipo inatento es más frecuente en las niñas, según el Ministerio de Ciencia e Innovación (2010), cuyas características son fantasear, dificultad para empezar y realizar las tareas, ansiedad por los resultados, habla excesiva, constantes llamadas de atención e hiperactividad emocional.

3.2. Intervención del trastorno.

Cabe destacar que la intervención de los profesores es muy importante, ya que son los encargados de dar respuesta a las diferentes necesidades de sus alumnos. Es fundamental que tengan información sobre el trastorno del niño y cómo deben reaccionar en diferentes situaciones (Cuervo, 2009, p.30). Los profesores han de conocer todo sobre el trastorno, de esta forma entenderán mejor las dificultades con las que éstos se encuentran y así, poder aplicar las adaptaciones oportunas adecuadamente.

Según la Guía para padres y profesionales de la educación y la medicina sobre el TDAH de Fernández, et al. (2009), el profesor tiene unas necesidades y unos deberes. Primero de todo, como profesores necesitamos disponer de una información clara de lo que significa el TDAH, un posible diagnóstico temprano de la situación y el grado de

afectación del niño. Además, como profesores debemos informar a la familia y al Departamento de Orientación si se observa posibles síntomas del TDAH, asesorar a los padres sobre la ayuda que pueden encontrar, adaptar los objetivos al nivel del niño, fomentar la autoestima y el autocontrol, conocer y aplicar técnicas cognitivas y de comportamiento e informar a las familias de la evolución del niño, aportando pautas para seguir en casa.

Y, por último, algunas de las pautas generales que recomienda esta misma guía para los profesores son:

- Adaptar el entorno de la clase para mejorar el rendimiento del niño con TDAH.
- Adaptar la dificultad de las actividades a realizar a las necesidades del niño.
- Marcar unos límites si fueran necesarios.
- Retirar la atención ante la presencia continua de conductas indeseadas.
- Premiar las conductas deseadas y sus progresos afectivamente. Podemos registrarlo de forma que pueda observarlo por él mismo.

3.2.1. Pautas.

Las actuaciones del centro y del aula deben adaptarse a las características y necesidades de cada uno de los alumnos. Las más recomendadas a nivel general por Cuervo (2009, p. 31-34):

- . Organización de la clase y distribución de los alumnos.

Estos niños con este tipo de trastorno tienden a distraerse con facilidad, por eso, es conveniente evitar lo máximo posible los estímulos sonoros, como ruidos, gritos, música excitante, etc. Así como evitar los estímulos visuales, no dejando a su disposición objetos que pudieran distraerle. El alumno deberá situarse cerca de la mesa del profesor y, a ser posible, al lado de compañeros que sean más tranquilos, atentos y ordenados. De esta forma el profesor podrá actuar rápidamente si entorpecer al resto de la clase. Además, en algunas situaciones de clase que sean individuales, el profesor

intentará situar la mesa del niño al frente del aula. Y en situaciones donde tengan que trabajar en grupo, el grupo donde esté se situará cerca del profesor y siendo conscientes de la elección de los compañeros. Y, por último, se debe intentar evitar la cercanía a puertas, ventanas o lugares de mucho tránsito que pudieran distraerle.

. Materiales y recursos.

Se deberá tener cuidado con el uso de los materiales comunes y el lugar en los que se disponen. Así como, evitar que recorra distancias largas y lugares que le puedan llevar a distraerse fácilmente. También, se ha de dejar claro cuáles son los materiales que se pueden utilizar en cada actividad, recalcando que sólo se pueden tener encima de la mesa aquellos que se vayan a utilizar y que al terminar se deben recoger y guardar.

3.2.2. Estrategias para trabajar el TDAH en clase.

. Estrategias para captar y mantener la atención.

Primero de todo debemos saber que los niños con TDAH rinden mejor por la mañana en tareas libres, que sean cortas y nuevas, con unas instrucciones previas de corta duración, directas y que sean repetidas varias veces. Sin embargo, cuando estas actividades se convierten en habituales, pierden el interés. Si la tarea es muy larga, se puede fragmentar en partes e irle supervisando constantemente, siempre animándole a que siga trabajando, comprendiéndole y teniendo una buena relación.

Es importante saber que con la madre y algunos profesores más cercanos se suelen mostrar más hiperactivos. A estos niños les suelen atraer los colores muy vivos y aquellos materiales que poseen una gran estimulación. El profesor se debe asegurar de que el niño está atento antes de explicar la actividad, y si no llamaremos su atención de forma indirecta mediante una historia, una canción o algo llamativo para él.

Siempre se utilizará un vocabulario sencillo y un contacto visual. Una manera de implicar al niño es hacerle preguntas o realizar alguna actividad de roles diferentes. También se puede aplicar el aprendizaje cooperativo, por ejemplo, que tenga que explicarle a otro niño algo que él entiende, o viceversa).

Es muy importante que reciba refuerzos constantes y continuos sobre tareas que ha realizado adecuadamente y estos refuerzos han de ser inmediatamente después de la

conducta deseada. Así como, no incidir mucho en las cosas que no realiza de forma adecuada.

. Estrategias para mejorar la lectura.

Los niños con TDAH suelen tener problemas de lectura, lo que dificulta aún más su rendimiento. La falta de concentración al leer, les dificulta la comprensión de los textos. Para favorecerles la lectura podemos pedirles que lean en voz alta, anticipar la lectura para que no le pille de sorpresa, usar etiquetas visuales con formatos simplificados.

. Estrategias para mejorar la escritura.

Trabajar diariamente las palabras en las que más falla. Evitar actividades de copia reiterada de las mismas palabras o frases, ya que podemos conseguir el efecto contrario. Sentarse con él e ir preguntándole que va a escribir y darle pautas.

No debemos olvidar que en la edad infantil se están iniciando en la lectura y la escritura, por lo que estos no son unos aspectos relevantes.

. Estrategias para mejorar el cálculo.

A través de los sentidos y experiencias propias se puede trabajar el cálculo de una forma gratificante y motivadora. Además, se pueden utilizar representaciones gráficas de las operaciones por medio de dibujos y trabajar las operaciones matemáticas por medio de juegos como el dominó o el parchís. Es importante ofrecer al niño tiempo suficiente para que reflexione.

. Estrategias para mejorar la organización.

Se debe crear un ambiente estructurado, organizado, motivador y predecible. Marcar las rutinas del día a día ayudará a estos niños a organizarse y utilizar pistas visuales. También les ayudará que se les recuerde, repitan y avancen las tareas a realizar. Y sobre todo darles el tiempo que necesiten.

. Estrategias para mejorar la autoestima.

"Alrededor del 50% de los niños con TDAH padecen problemas emocionales, como sentimientos depresivos, de desconfianza, inseguridad o baja autoestima" (Mena,

Nicolau, Salat, Tort y Romero, 2006, p. 39). Si el niño recibe constantemente mensajes negativos sobre él, como por ejemplo "no haces nada bien", irá construyendo una imagen negativa de sí mismo. Por lo que debemos de procurar elogiarlo con mensajes positivos, cariñosos, valorando sus buenas actitudes por pequeñas que sean para que se sienta capaz de superar las dificultades con las que se encuentra. Ante todo, debemos aceptar sus limitaciones y fomentar sus puntos fuertes, reforzarle positivamente con una comunicación positiva. Nunca tenemos que compararle con sus compañeros y debemos ofrecerle seguridad haciéndole ver que confiamos en él y en sus posibilidades, ayudándole siempre a buscar alternativas, a reorientar su exceso de energía, a la integración con sus iguales y siempre motivándolo y animándolo.

. Estrategias para mejorar la conducta.

Ante una situación de desafío el profesor deberá darle tiempo para que reflexione sobre su comportamiento ignorando las respuestas verbales o las amenazas y evitar sobre todo que la situación parezca una guerra. Además, reforzar positivamente en el momento que obedece es una buena estrategia y en ocasiones previamente habladas, se puede recurrir al tiempo fuera, sin recriminar después sobre ello. También podemos utilizar un sistema de economía de fichas o un contrato de conducta, que serán comentados más adelante.

. Estrategias para mejorar las habilidades sociales.

Entendemos por habilidades sociales aquellos recursos que las personas usamos para relacionarnos con los demás y tanto la familia como la escuela son los responsables de enseñar a los niños como relacionarse. Siempre antes de actuar debemos observar las conductas durante un tiempo para saber qué aspectos tenemos que reforzar. Una manera de observarlo puede ser con un cuestionario⁷ para registrar conductas como el que nos muestra la guía para padres y profesionales de la educación y la medicina sobre el TDAH. Es imprescindible aconsejar a los padres del niño en que se pongan de acuerdo en sus actuaciones, siempre buscando el bien del niño, ambas partes tienen que ser un "modelo" para ellos y así se puedan fijar en las conductas deseadas y que muestren un

⁷ Anexo 5. Cuestionario habilidades sociales

refuerzo positivo continuo, ya que como hemos dicho anteriormente, estos niños suelen tener una autoestima baja.

. Programa conductual de control del comportamiento.

Debida a la falta de control de los niños con TDAH sobre la atención, su conducta y sus emociones, es conveniente fijar un programa individualizado que permita regular su comportamiento. Un ejemplo de programa es el COMP (Classroom Organization and Management Program), basado en la investigación de Evertson, ofrece herramientas a los profesores para conseguir una buena organización del aula a través de estrategias eficaces. Además, cada estrategia va incluida con un resumen, un cuestionario de autoevaluación, sugerencias e ideas, casos prácticos y actividades. Por otro lado, Good Behavior Game, es otro programa basado en el refuerzo positivo, donde se divide la clase en dos equipos y se ponen unas reglas. Cada vez que un equipo se salta alguna regla, se le pone un punto y, al final del día, el equipo con menos puntos gana una recompensa.

Por último, recalcar la importancia de unas normas claras para todos los alumnos como por ejemplo, escuchar a los demás, pedir permisos, respetar a los compañeros, etc. Además, es aconsejable que estas normas se encuentren escritas y visibles en todo momento.

3.2.3. Herramientas.

Como hemos podido ver en el apartado 2.6. Enfoques de tratamiento, el TDAH se puede tratar de tres formas distintas, pero nos centraremos en el tratamiento cognitivo-conductual, el cual nos puede ofrecer técnicas para controlar el comportamiento del niño en el aula. Uno de los autores que insiste en la intervención de los procesos cognitivos es Barkley (2006) en su modelo explicativo del TDAH. Actualmente, en los tratamientos se incluyen técnicas conductuales y cognitivas.

- Como hemos podido ver a lo largo de todo el trabajo, una estrategia muy importante es el refuerzo positivo, en la que hay que reforzar los comportamientos adecuados del niño para conseguir que se repita en más ocasiones. Hay que tener en cuenta, según Mena (2006), varias cosas para su aplicación: se deben elogiar conductas

muy concretas, siempre de una forma sincera y verdadera y utilizando premios sencillos como refuerzo social, pequeños encargos o elogios.

- Otra técnica eficaz es el sistema de economía de fichas. Como describe la fundación TDAHYTU, es un sistema que fomenta las conductas deseadas a través del refuerzo positivo al conseguir fichas o puntos y disminuye las indeseadas a través del castigo negativo al perder fichas o puntos. Los niños son conscientes de que pueden conseguir o perder puntos por su conducta y una vez que llegan a un número de puntos se cambia por un premio que ha sido hablado anteriormente.

- También podemos utilizar los contratos, donde el objetivo es tener por escrito los acuerdos que se han dado entre el profesor y el alumno, así como también las posibles consecuencias, tanto positivas como negativas.⁸

- La extinción de conductas es una de las técnicas de modificación de conducta que podemos utilizar para que estos niños dejen de hacer algo que nos parece molesto y consiste en ignorar conductas disruptivas o poco adecuadas. Ignorar la conducta conlleva no mirar, no escuchar, no hablar ni razonar y no hacer ningún gesto o expresión ni comentarios en voz baja. Frecuentemente se acompaña la extinción con el tiempo fuera para que sea más efectiva, dependiendo del tipo de comportamiento y del lugar donde se produzca.

- El tiempo fuera o time-out, consiste en aislar al niño en un lugar donde no haya posibilidad de obtener refuerzo durante un tiempo breve de 1 a 5 minutos (aproximadamente un minuto por año de edad), inmediatamente después de que aparezca la conducta indeseada que queremos reducir.

- El uso de premios se debe hacer cuando queramos que una deseada conducta se repita de nuevo, siendo variados para incentivar la motivación del niño y que no sean materiales, sino cosas que le den protagonismo o le hagan sentir bien, como por ejemplo decirle que borre la pizarra, encargarle algún recado, etc.

- Por el contrario, para disminuir la conducta indeseada se utiliza el castigo positivo y negativo. Hablamos de castigo positivo cuando se da un estímulo desagradable cada vez

⁸ Anexo 6. Modelo de contrato conductual

que hacemos una conducta que se pretende reducir o eliminar. Por ejemplo, si un niño se muerde las uñas y se le ha aplicado un producto amargo para evitar que se las muerda. Cada vez que se las muerda recibirá un castigo positivo en forma de estímulo desagradable, sus uñas saben amargas. El castigo negativo significa la ausencia o retirada de un estímulo agradable cuando se realiza una conducta inadecuada. Por ejemplo, unos niños que están viendo una película, dejarán de verla si comienzan a pelearse o a hablar durante la película. Debemos de tener en cuenta que aunque sea una técnica muy utilizada no siempre nos va a dar el resultado que esperamos. Los castigos que dan más resultado pueden ser el tiempo fuera y el costo de respuesta.

- Como costo de respuesta, entendemos la pérdida de un reforzador positivo (premio) que tenga habitualmente el niño ante una conducta indeseada del mismo, por ejemplo, si borrar la pizarra lo ve como algo llamativo e interesante, le quitaremos la opción de hacerlo durante un tiempo concreto.

- También podemos utilizar técnicas cognitivas para mejorar el autocontrol como el entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum y Goodman (1971), donde el objetivo es servir de modelo al niño, el adulto se da instrucciones a sí mismo en voz baja y el niño mira y escucha. Como afirma Orjales “el entrenamiento autoinstruccional constituye la base fundamental del entrenamiento cognitivo” (1992, p. 208). Primero de todo, el adulto debe actuar como modelo y realizar una actividad mientras se va diciendo a sí mismo en voz alta lo que está haciendo. Después, el niño es el que debe realizar la actividad siguiendo las instrucciones del adulto. A continuación, el niño tiene que volver a hacer la actividad pero siendo él mismo el que se da las autoinstrucciones en voz alta y luego en voz muy baja. Por último, cuando ha interiorizado esta estrategia, debe ser capaz de darse autoinstrucciones internas mientras realiza la actividad.

- Por otro lado, las diferentes técnicas de relajación ayudan a controlar la impulsividad o la rabia en determinados momentos. Una técnica muy útil es la técnica de la tortuga, elaborada por Schneider y Robin en 1990. Primero de todo el profesor lee la historia de la tortuga⁹ e invita a todos los niños a sentir la rabia de la tortuga y su intento de meterse en su caparazón. Convertirse en la tortuga conlleva poner la barbilla pegada al cuello, los brazos del cuerpo y los puños cerrados y en tensión, contar hasta

⁹ Anexo 7. Historia de la técnica de la tortuga

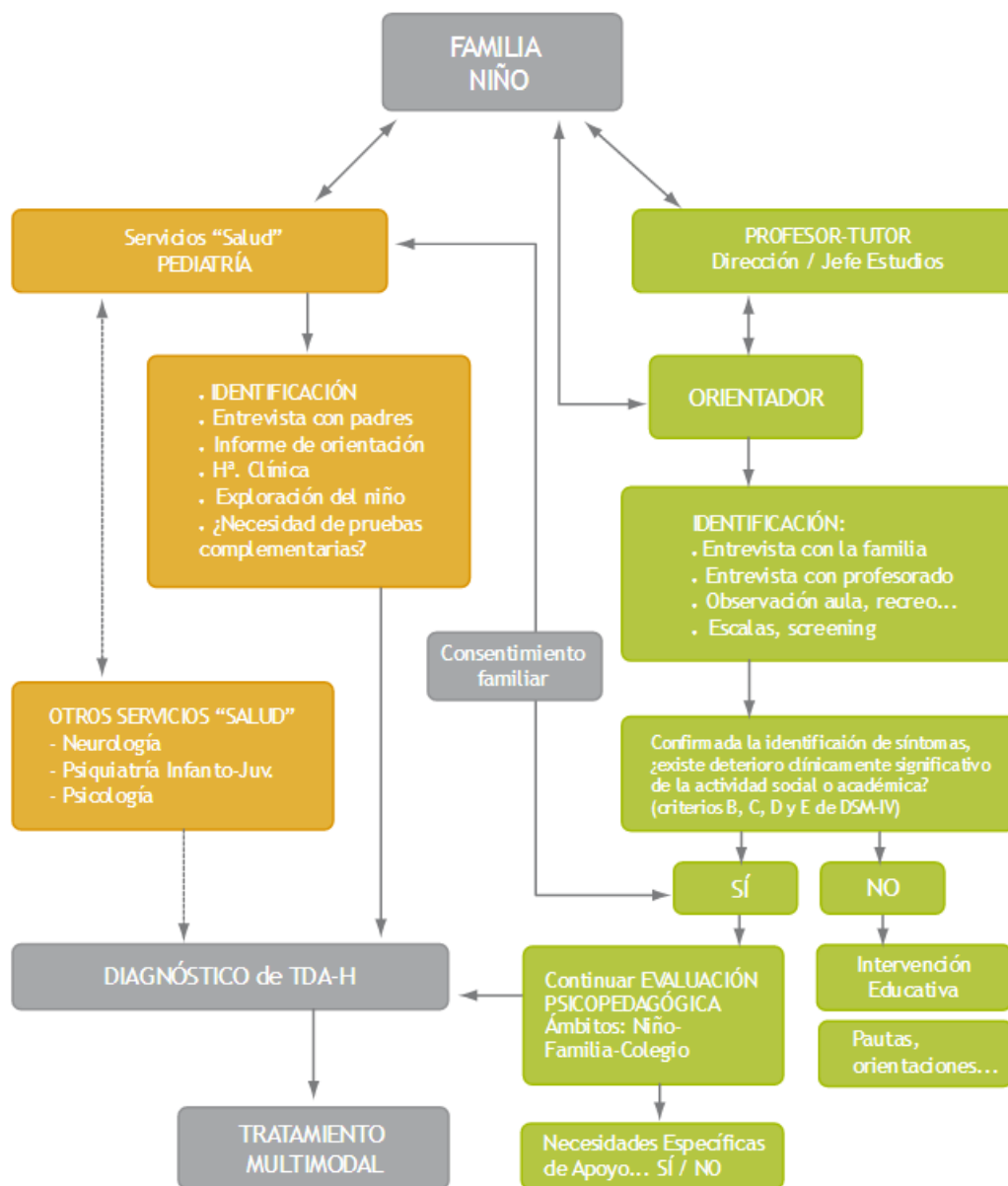
10 y relajar todos los músculos del cuerpo. De esta forma, los niños podrán convertirse en tortugas cada vez que en clase se sientan amenazados, estresados o con deseo de agredir. Además, ante una situación estresante el profesor dirá tortuga y podrán recordar ser tortugas. Orjales (1992) aconseja, además, utilizar un refuerzo positivo para motivar el uso de esta técnica, por ejemplo, darle tortugas de papel a modo de puntos.

3.2.4. Protocolo de actuación.

Contar con un protocolo de actuación servirá al docente la posibilidad de orientarse sobre las medidas que se pueden tomar desde el centro educativo para facilitar la intervención. En España varias comunidades autónomas cuentan con protocolos de actuación para la detección y diagnóstico del alumnado con TDAH. A modo de resumen el protocolo de intervención para la detección del TDAH en la Comunidad Autónoma de Aragón aparece en la ilustración 1.

Ilustración 1. Protocolo de actuación en Aragón

(Tomado de Cuervo, 2009, p.22)



Además, se detallan unos pasos a seguir:

a) Detección inicial-sospecha.

En esta fase prima la observación, ya que es aquí donde debemos darnos cuenta de aquellos síntomas sospechosos de TDAH. Tanto la familia, como los profesores y el servicio sanitario deben recopilar las observaciones y trasladar la sospecha a los servicios de Orientación. Aunque en Educación Infantil debemos de tener cuidado a la

hora de realizar el diagnóstico en estas edades, es conveniente la información y realizar posibles adaptaciones que mejoren las dificultades.

b) Evaluación-Identificación.

En este paso se inicia el proceso para confirmar o descartar la presencia del trastorno. En los servicios sanitarios el responsable sería el pediatra y en los centros educativos el orientador. Si se descarta la existencia del trastorno, pero existe la condición de déficit, el tratamiento será psicoeducativo y se llevará a cabo en el ambiente familiar y escolar. Por el contrario, si se confirma el trastorno, se seguiría con la evaluación psicopedagógica.

c) Evaluación-Confirmación.

Aquí se profundizará en los diferentes ámbitos del niño para conocer las necesidades de este y realizar un tratamiento individualizado.

d) Conclusión Diagnóstica.

Los diferentes profesionales que han intervenido se encargarán de formular un resumen con los problemas del niño, las posibles causas, los factores de riesgo y cómo ha ido evolucionando. A partir de esto, se elaborará un Plan de Tratamiento Individual e interdisciplinar donde conste lo anterior, los profesionales que van a intervenir, la coordinación de ambos y el seguimiento.

e) Determinación de necesidades educativas.

En el ámbito escolar se determinarán las necesidades que presenta dicho alumno y las respuestas que se van a llevar a cabo, como adaptaciones curriculares no significativas que pueden conseguirse con recursos ordinarios como cambios organizativos, metodológicos o evaluativos, medidas de apoyo o refuerzo, etc.

f) Tratamiento.

Cada niño tiene unas necesidades diferentes, por lo que el tratamiento deberá adecuarse a las características personales y a las condiciones familiares, sociales y escolares de cada uno. En la actualidad, el tratamiento con más efectividad es el

multimodal, es decir, una combinación de tratamientos farmacológico, psicológico y psicoeducativo.

3.3. Importancia de la familia.

Se ha demostrado que educar al paciente y a la familia sobre el trastorno, adaptar el entorno a las necesidades de cada persona y mejorar las habilidades de abordaje de los pacientes, padres y educadores, pueden ayudar a obtener buenos resultados en el tratamiento del TDAH, cuando se combina con una intervención farmacológica.

Aunque los factores psicosociales no se consideren graves en el origen del TDAH, sí tienen un papel importante en el trastorno y sobre todo, son de gran ayuda para su intervención. Así, algunos investigadores se han centrado en la familia, sobre todo en los factores contextuales del entorno del niño, como el estrés, discusiones familiares o trastornos de los padres y la relación entre padres e hijos.

Destacaremos el estudio de Roselló, B., García-Castellar, R., Tárraga-Mínguez, R. y Mulas, F. (2003) sobre el impacto que tiene el TDAH en el entorno familiar y la perspectiva de los padres al recibir asesoramiento y entrenamiento de un especialista.

Muestran la importancia que tienen los padres ya que son ellos los que toman las principales decisiones sobre sus hijos con TDAH, además de que son las personas que más tiempo pasan con ellos y cuyas relaciones influirán en su comportamiento.

Además, estos autores analizaron también la influencia del contexto familiar, la vida social, el ámbito económico, la relación de pareja de los padres y la convivencia entre hermanos, si los hubiera. En la tabla 6 se muestra el pensamiento de los padres analizados sobre distintos aspectos en relación a su hijo con TDAH.

Tabla 6. Impacto del niño con TDAH

<i>Contexto familiar</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 88,8%: sufren estrés ▪ 75%: incapaces de manejar el comportamiento del niño ▪ 50%: creencia de ser mejor padre ▪ 44,4%: frustración e ira ▪ 22%: inefectivos e incompetentes
<i>Vida social</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 64%: incomodidad ante el comportamiento del niño ▪ 56%: necesidad de explicar la conducta a 3^{as} personas ▪ 33%: los llevan menos de compras ▪ 31%: visitan menos a la familia y amigos ▪ 28%: evita salidas a lugares públicos
<i>Ámbito económico</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 67%: mayores gastos en servicios educativos y psicológicos ▪ 50%: crianza más costosa que la de un niño sin problemas ▪ 39%: medicación y cuidados médicos mucho más costosos
<i>Relación de pareja</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 50%: más enfrentamientos a causa de su hijo ▪ 39%: discrepancias entre ellos ▪ 22%: desacuerdos en la crianza del hijo ▪ 8%: separación por tales motivos
<i>Convivencia entre hermanos</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 44%: incomoda y dificulta la participación en actividades de sus hermanos ▪ 20%: los hermanos invitan menos a sus amigos ▪ 12%: los hermanos se sienten avergonzados delante de sus amigos

Como podemos comprobar, todos los padres del estudio de Roselló, B. et al. (2003) piensan que vivir día a día con un niño que padece TDAH es muy difícil. Y, también, la mitad de ellos consideran que éstos influyen negativamente en el entorno familiar.

Por otro lado, Johnston, C. y Leung, D.W. (2001) (citado en Roselló, B et al., 2003) afirman que los padres piensan que cuando el niño es medicado, las conductas positivas de estos son causadas por los efectos de la medicación y no por voluntad propia del niño. No ocurre lo mismo cuando las conductas son negativas, pensando que estas son más controlables por los niños y no tienen tanto que ver con la medicación.

Si lo que queremos es eliminar las etiquetas de la sociedad, deberíamos empezar por cambiar la perspectiva de los propios padres hacia sus hijos, modificándola hacia un pensamiento positivo y que permita la evolución de éstos y no la limite.

Para mejorar esta situación, estos autores afirman que intervenir directamente con los padres sirve para mejorar el conocimiento de estos hacia el trastorno y las expectativas que tienen de sus hijos. Los padres probablemente sean las figuras más importantes para el niño, por eso no nos debemos de olvidar de la intervención a nivel familiar.

Por todo esto, la familia también deberá actuar en el hogar, fomentando una comunicación afectiva, utilizando actuaciones para fomentar la inhibición y el autocontrol, medidas para la realización del trabajo escolar, medidas para favorecer la relación con los amigos, etc. Y sobre todo implicar al niño en todo momento.

Tanto la escuela como la familia deben ser conscientes de que el niño padece un trastorno y tener un constante contacto. Por lo que es importante que ambos se vean cada dos o tres semanas para poder observar su evolución.

Entre ellos deben plantear unos objetivos coherentes y alcanzables. Una buena técnica es llevar al día una agenda, ya que una de las dificultades que presentan los niños que padecen TDAH es la organización y planificación de sus cosas.

En numerosas ocasiones las familias se sienten perdidas y sin ayuda ante una situación desconocida para ellos, como en este caso podría ser desconocer el trastorno de su hijo. Desde la escuela podemos aconsejar e informar a las familias de la existencia

de asociaciones¹⁰, que son agrupaciones organizadas cuyo objetivo principal es ayudar a las familias y a los niños a superar los problemas con los que se encuentran, orientándoles, tranquilizándolos y animándolos.

4. CONCLUSIONES

En general no es sencillo definir una elección y una pauta de tratamiento ante cada caso. A la hora de decidir una intervención, especialmente la que se lleva a cabo en el contexto escolar, existen muchos interrogantes en relación al proceso a seguir como los apoyos, la metodología de la intervención, etc. Por eso este trabajo pretendía reflexionar sobre la problemática del TDAH con la mirada puesta en el enfoque educativo más adecuado. Además de hacer hincapié en la importancia de la familia.

Aunque no se haya podido realizar un trabajo de tipo empírico, debido a que no se ha podido tener acceso a niños con esta problemática, sí se ha intentado profundizar en lo que se sabe acerca de las características del trastorno y de la experiencia en relación a su intervención.

Como se ha podido comprobar, existen numerosos estudios sobre la existencia de una base genética del TDAH, pero esto no explica del todo su funcionamiento y no se da en todos los casos. Por lo que en la actualidad, todavía quedan muchos matices que puntualizar. Sin embargo, otros autores han detallado que la causa del TDAH no sólo se debe a factores genéticos, sino que también pueden existir factores afectivos, como por ejemplo en casos de niños adoptados que traen consigo una carga emocional del pasado. También tenemos que tener en cuenta que vivimos en una sociedad donde existe una gran presión sobre los adultos y esto puede ser trasladado a los niños. En algunos colegios de hoy en día se realizan exámenes a los niños de tres años para poder entrar, o pruebas de lectura, cálculo, inglés, etc. No significa que esto sea una causa del TDAH, sino que una presión continua puede agravar los síntomas.

Hoy en día existen creencias de que el diagnóstico de este trastorno se observa y aplica rápidamente, pero deberíamos pararnos un momento y asegurarnos de que estamos siguiendo el proceso más adecuado para llegar a diagnosticarlo. Como se ha visto a lo largo del trabajo, para prevenir o intervenir en el trastorno se debe conocer la

¹⁰ Anexo 8. Listado de asociaciones de ayuda al TDAH en Aragón

situación del niño a través de una observación continua. A veces se observa solamente lo que el niño no es capaz de hacer a una edad determinada, pero también hay que tener en cuenta más aspectos relevantes como el estado de ánimo del niño en cada momento, sus capacidades físicas y motoras, así como indagar cómo se siente en sus entornos más cercanos, como la escuela o la familia.

Es muy importante diagnosticar el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad a una temprana edad para poder ayudar y atender a los niños de dicho trastorno. Aunque es una problemática frecuente los casos de TDAH en las aulas infantiles que se diagnostican, desgraciadamente son menos los recursos con los que cuenta el profesorado. Los estudios enfocados al TDAH revelan que los primeros síntomas se manifiestan en el ámbito familiar y en los primeros años en la escuela; por ello, los docentes deben tener los conocimientos necesarios para poder abordar y controlar esta problemática, que día a día está cobrando más importancia por la exuberante variedad de casos que se dan. En cualquier caso, no es el docente quien tiene la función de diagnosticar este trastorno, pero sí quien pueda observar los primeros síntomas y, en estos casos el docente tiene la obligación de comunicar a los padres o tutores del niño su situación. De esta forma, se puede ayudar a las familias a afrontar estas situaciones con éxito.

En la actualidad existe un consenso sobre una intervención multidisciplinar para el TDAH, lo que se traduce en la combinación de los tratamientos psicoeducativo, farmacológico y psicológico anteriormente comentados. En cambio, algunos especialistas no están del todo de acuerdo con el uso de fármacos debido a los posibles efectos secundarios que estos pueden acarrear y defienden que se pueden obtener los mismos resultados a través de una combinación de terapias. Desde mi opinión personal, pienso que no se debe recurrir directamente a un tratamiento farmacológico, sino una combinación de ambos tratamientos. Intentar que estos niños progresen a través de métodos cognitivos y conductuales, ya que hoy en día se dispone de una gran variedad de técnicas que pueden ser útiles, junto con el apoyo de tratamiento farmacológico que va a ayudar a su efectividad. Como dice Lostal (2016), “el beneficio de tratar es mayor que el de no tratar, el no hacer nada es un riesgo muy grande que es mejor no correr.”

En mi opinión, los docentes deben mantener una actitud positiva ante estas situaciones a pesar de las dificultades con las que se encuentre, de esta forma, se podrá

avanzar y aplicar adecuadamente técnicas para modificar las conductas indeseadas de estos niños. También, recalcar la importancia de construir una buena relación entre la familia y la escuela y mantener la comunicación entre ambos. Hay que ser consciente de la importancia del papel del maestro en educación infantil y la posible dificultad de atender todas y cada una de las necesidades de cada alumno. En el caso en el que se encuentren con niños con TDAH, se añade que necesitan más atención que los demás y medidas específicas individuales. Por este motivo, este trabajo se ha centrado en cómo actuar ante estos casos, debido a la incertidumbre que muchas veces aparece en las aulas por parte de los maestros. Los docentes deben contar con los conocimientos y estrategias suficientes para actuar ante estas situaciones, sin dejar de lado al resto de la clase.

En definitiva, para que los niños que puedan sufrir esta problemática logren una vida plena y conseguir todo lo que se propongan, es esencial que desde la escuela y la familia se les motive, comprendan que tienen unas necesidades que deben ser valoradas y les ayuden a resolver los problemas con los que se pueden encontrar.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aprendiendo con el TDAH. Consultado el 18/07/2016. Recuperado de <http://www.aprendiendocon-tdah.com/>
- American Psychiatric Association, (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª Ed. (DSM-V)*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Barkley, R.A. (1990). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2006). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales: guía completa del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Barcelona: Paidós.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, SV., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., et al. (2002). *Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic*. Am J Psychiatry. 2002 Jan; 159(1):36-42.
- Brown, T. (2003). *Trastorno por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*. Barcelona: Masson.
- Caballero, J., Galán, P., García, J., Jiménez, G y López, A. (2001). *Trastorno por déficit de atención Hiperactividad*. Ávila: Equipos de Orientación.
- Campeño, Y. (2014). *Intervención psicopedagógica en niños afectados por el síndrome TDAH*. (Tesis doctoral). Universidad complutense de Madrid. Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/24523/1/T35110.pdf>
- Castells, P. (2006). *Nunca quiero, siempre distraído. ¿Tendrá TDAH?* Madrid: Promolibro.
- Cuervo García, FJ. (2009). Déficit de atención: Aspectos generales. *Protocolo de intervención, diagnóstico y tratamiento* (Guía práctica). Gobierno de Aragón: Departamento de Educación, Cultura y Deporte.

Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad. (2002). Trastornos asociados. Consultado el 10/07/2016. Recuperado de <http://www.feaadah.org/es/sobre-el-tdah/trastornos-asociados.htm>

Fernández, E., Vidal, I., Hogueras, L., Manzano, M^a., Martín, S., Pablos, M^a., et al. (2009). *Guía para padres y profesionales de la educación y medicina sobre el TDAH*. Castilla y León: fundaicyl.

Fundación ADANA. (2009). Consultado el 18/07/2016. Recuperado de www.fundacionadana.org

Fundación CADAH. *Asociaciones en España para el TDAH*. Consultado el 12/11/2016. Recuperado de <http://www.fundacioncadah.org/web/asociaciones-tdah/index.html>

García, P. y Margaz, A. (2002). *Hiperactividad. Guías para Padres y Maestros*. Barcelona: Cohs Bilbao.

Green, C. (2000). *El niño muy movido o despistado*. Barcelona: Médici.

Grupo de trabajo. *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes*. (2010). Cataluña: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado de <http://www.guiasalud.es/egpc/TDAH/completa/apartado04/el%20TDAH.html#nota>

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

Lostal, I. (2016). *Medicación del TDAH: los 3 miedos más frecuentes*. Zaragoza: tdahytu.

Martínez, M.A. (2013). *Todo sobre el TDAH. Guía para la vida diaria*. Tarragona: Altaria.

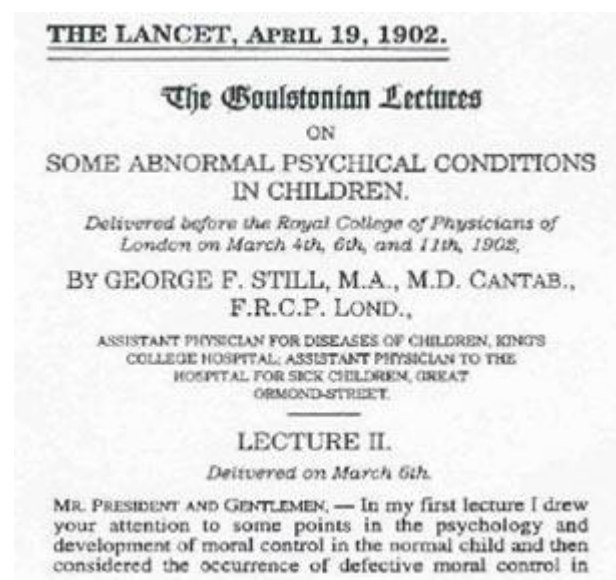
- Mena. B, Nicolau. R, Salat. L, Tort. P y Romero. B. (2006). *El alumno con TDAH*. Guía práctica para educadores. (2ª ed.) Barcelona: Adana fundación. Recuperado de <http://www.postadopcion.org/pdfs/GUIApracticaTDAH.pdf>
- Milich, R. y Kramer, S. (1984). Reflection on impulsivity. *An empirical investigation of impulsivity as a construct. Advances in Learning and Behavioral Disabilities*, 3, 57-94.
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2012). *Respuesta educativa para el alumnado con TDAH: ¿qué es el TDAH?* (Guía didáctica). Evolución histórica del concepto TDAH (pp. 12-13). Gobierno de España: Intef.
- Moreno, Y. (1995). *Hiperactividad. Prevención, evaluación y tratamiento en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). *Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental, décima revisión (CIE-10)*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Orjales, I. (1992). *Eficacia diferencial en técnicas de intervención en el síndrome hiperkinético*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid.
- Ortega, S. (2012). *Cómo evaluar el TDAH*. Cantabria: Fundación CADAH. Consultado el 24/11/2016. Recuperado de: <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/instrumentos-para-evaluar-el-tdah.html>
- Roselló, B., García-Castellar, R., Tárraga-Mínguez, R. y Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36, 79-84.
- Safer, D.J. y Allen, R.P. (1979). *Niños hiperactivos: diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Santillana.
- Schneider, M., Robin, A. *La técnica de la "tortuga": Un método para el autocontrol de la conducta impulsiva*. Universidad del Estado de Nueva York (Stony Brook).

Recuperado de http://www.aprendiendocon-tdah.com/materiales/la_tecnica_de_la_tortuga.pdf

TDAH y tú. Consultado el 21 de mayo de 2016. Recuperado de <http://www.tdahytu.es/que-es/>

Wicks-Nelson, R. e Israel (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall. 210.

ANEXO 1. Ilustraciones de la historia de “Felipe el nervioso”



ANEXO 2. Escala de Connors

Cuestionario de conducta de CONNERS para PROFESORES
(C.C.E.; Teacher's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PROFESORES				
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Tiene excesiva inquietud motora.				
2. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.				
3. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
4. Molesta frecuentemente a otros niños.				
5. Tiene aspecto enfadado, huraño.				
6. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
7. Intranquilo, siempre en movimiento.				
8. Es impulsivo e irritable.				
9. No termina las tareas que empieza.				
10. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
TOTAL.....				

Instrucciones:

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

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

- Para obtener el **Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad** sume las puntuaciones obtenidas.
- Puntuación:

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

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

Cuestionario de conducta de CONNERS para Padres
(C.C.I.; Parent's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.

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

Instrucciones:

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

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

- Para obtener el **Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad** sume las puntuaciones obtenidas.
- Puntuación:

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

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

CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN LA ESCUELA (C.C.E.; Teacher's Questionnaire, C. Keith Connors). Forma abreviada.

Utilizar este cuestionario para obtener una descripción de las conductas de los alumnos. Los datos obtenidos deben trasladarse a la tabla diagnóstica del DSM-IV.

Descriptores	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Tiene excesiva inquietud motora.				
2. Emite sonidos molestos en situaciones inapropiadas.				
3. Exige inmediata satisfacción de sus demandas				
4. Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso.				
5. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.				
6. Es susceptible, demasiado sensible a la crítica.				
7. Se distrae fácilmente, escasa atención.				
8. Molesta frecuentemente a otros niños.				
9. Está en las nubes, ensimismado.				
10. Tiene aspecto enfadado, huraño.				
11. Cambia bruscamente sus estados de ánimo				
12. Discute y pelea por cualquier cosa.				
13. Tiene actitud tímida y sumisa ante los adultos.				
14. Intranquilo, siempre en movimiento.				
15. Es impulsivo e irritable.				
16. Exige excesivas atenciones del profesor.				
17. Es mal aceptado en el grupo.				
18. Se deja dirigir por otros niños.				
19. No tiene sentido de las reglas del "juego limpio".				
20. Carece de aptitudes para el liderazgo.				
21. No termina las tareas que empieza.				
22. Su conducta es inmadura para su edad.				
23. Niega sus errores o culpa a los demás.				
24. No se lleva bien con la mayoría de sus compañeros.				
25. Tiene dificultad para las actividades cooperativas.				
26. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante.				
27. Acepta mal las indicaciones del profesor.				
28. Tiene dificultades de aprendizaje escolar.				

CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN EL HOGAR

(C.C.I.; Parent's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.

Utilizar este cuestionario para obtener una descripción de las conductas de los alumnos. Los datos obtenidos deben trasladarse a la tabla diagnóstica del DSM-IV.

Descriptor	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Se manosea los dedos, uñas, pelo, ropa.				
2. Trata irrespetuosamente a personas mayores				
3. Tiene dificultad para hacer o mantener amistades.				
4. Es impulsivo, irritable.				
5. Quiere controlar y dirigir en cualquier situación.				
6. Se chupa el dedo, la ropa o las mantas.				
7. Es llorón.				
8. Es desgarbado en su porte externo.				
9. Está en las nubes, ensimismado.				
10. Tiene dificultad para aprender.				
11. Es más movido de lo normal.				
12. Es miedoso.				
13. No puede estarse quieto.				
14. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
15. Es mentiroso.				
16. Es retraído, tímido.				
17. Causa más problemas que otro de su misma edad.				
18. Su lenguaje es inmaduro para su edad.				
19. Niega sus errores o echa la culpa a otros.				
20. Es discutiador.				
21. Es huraño, coge berrinches.				
22. Roba cosas o dinero en casa o fuera.				
23. Es desobediente, obedece con desgana.				
24. Le preocupa excesivamente estar solo, la enfermedad.				
25. No acaba las cosas que empieza.				

CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN EL HOGAR (Continuación)

(C.C.I.; Parent's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.

Descriptores	Nada	Poco	Bastante	Mucho
26. Es susceptible, se "pica" fácilmente.				
27. Tiende a dominar, es un "matón".				
28. Hace movimientos repetitivos durante ratos.				
29. Es a veces cruel con los animales o niños pequeños.				
30. Pide ayuda y seguridad como si fuese más pequeño.				
31. Se distrae fácilmente, escasa atención.				
32. Le duele la cabeza frecuentemente.				
33. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
34. No acepta restricciones o reglamentos, desobediente.				
35. Se pelea con mucha frecuencia por cualquier motivo				
36. No se lleva bien con sus hermanos.				
37. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante.				
38. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
39. Habitualmente es un niño triste.				
40. Tiene poco apetito, caprichoso con las comidas.				
41. Se queja de dolores de vientre.				
42. Tiene trastornos de sueño.				
43. Tiene otros tipos de dolores.				
44. Tiene vómitos con cierta frecuencia.				
45. Se siente marginado o engañado en su familia.				
46. Suele ser exagerado, "fardón".				
47. Deja que le manipulen o abusen de él.				
48. No controla bien el pis o tiene dificultades de defecación.				

ANEXO 3. Escala de actividad de Werris, Weiis y Peters

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

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

ANEXO 4. Escala de Achenbach y Edelbrock.

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

Nombre y apellidos del niño _____

Edad _____ Curso _____ Sexo _____ Completado por _____

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

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

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

ANEXO 5. Tabla Habilidades Sociales de la guía para padres y profesionales de la educación y la medicina sobre el TDAH

CONDUCTAS	SÍ	A VECES	NO
Da las gracias cuando le dan o le ofrecen algo			
Mantiene una postura adecuada al estar sentado, al comunicarse con alguien...			
Abusa del contacto físico cuando se comunica con alguien			
Se presenta a los demás			
Pide las cosas "por favor"			
Saluda al ver a alguien o cuando entra en algún lugar			
Se aproxima a otros niños para jugar			
Comparte sus juegos con sus hermanos			
Comparte sus juguetes con otros niños			
Utiliza un tono de voz adecuado en las diferentes situaciones que se le plantean			
Respetar las reglas de juego			
Pide lo que necesita de forma adecuada			
Hace amigos fácilmente			
Acepta las críticas			
Pide ayuda, de manera correcta, cuando lo necesita			
Sabe escuchar cuando se dirigen a él			
No os interrumpe, a los papás, cuando estáis hablando con alguien para decir algo			
Expresa verbalmente sus deseos, opiniones e ideas			
Distingue sus emociones (contento, triste, enfadado..)			
Tiene un estado de ánimo estable			
Asume sus errores			
Tiene claras cuáles son sus cualidades			
Ante un problema sabe buscar soluciones			
Inicia conversaciones			
Mira a la cara cuando le hablas			

ANEXO 6. Modelo de contrato conductual

Contrato

Yo _____, declaro que:

Nombre del estudiante

Yo _____, declaro que a

Nombre del educador

cambio de que _____ cumpla el

Nombre del estudiante


pacto acordado, lo premiaré con

Fecha _____

Firma del estudiante:

Firma del educador:

Adaptado de ADAPT Program (1992) por Fundación ADANA



ANEXO 7. Historia de la técnica de la tortuga

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

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

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

(Extraída de aprendiendo con el TDAH)

ANEXO 8. Listado de asociaciones de ayuda al TDAH en Aragón

ASOCIACIONES EN ARAGÓN
HUESCA - Asociación AATEDA Email: administración@aateda.es Dirección: Calle Berenguer 2-4 (Edif. Bantierra) 4 Planta http://www.aateda.es/
ZARAGOZA - Asociación AATEDA Email: administración@aateda.es Teléfono: 976522293 Dirección: Calle Poeta Blas de otero nº 2, local 5, 50018 http://www.aateda.es/ - Asociación ATENCIONA Email: asoacionatenciona@gmail.com Teléfono: 876164948 Dirección: Calle Concepción Saiz de Otero nº16, C.P. 50018 http://www.atenciona.es/
TERUEL - No hay asociaciones registradas en esta provincia.