



**Universidad**  
Zaragoza

# **Trabajo Fin de Grado**

Revisión teórica sobre el TDAH. Propuesta de  
intervención

Yasmina Mendoza Gómez

Directora: María Cruz Pérez Yus

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

2018

## Índice

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	3
2. MARCO TEÓRICO .....	3
2.1 Breve historia del TDAH y definición .....	3
2.2 Epidemiología.....	5
2.2.1 Porcentajes de prevalencia .....	6
2.2.2 Variabilidad según el sexo y continuidad en la etapa adulta .....	7
2.3 Etiología.....	8
2.3.1 Factores biológicos .....	8
2.3.2 Factores psicológicos .....	10
2.3.3 Factores ambientales .....	12
2.4 Diagnóstico .....	14
2.4.1 Recogida de información mediante la historia de desarrollo .....	15
2.4.2 Evaluación mediante criterios objetivos.....	16
2.4.3 Diagnóstico diferencial.....	19
2.5 Tratamiento .....	21
2.5.1 Tratamiento psicofarmacológico .....	22
2.5.2 Tratamiento psicológico .....	25
2.5.3 Tratamiento ambiental.....	26
3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN: ESCUELA DE PADRES .....	32
3.1 Presentación .....	32
3.2. Objetivos .....	33
3.3 Metodología .....	34
3.4 Desarrollo de la Escuela de Padres .....	35
4. CONCLUSIONES FINALES.....	45
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
6. ANEXOS.....	52

## **Revisión teórica acerca del TDAH. Propuesta de intervención**

### **Theoretical review of ADHD. An intervention proposal**

- Elaborado por Yasmína Mendoza Gómez.
- Dirigido por María Cruz Pérez Yus.
- Presentado para su defensa en la convocatoria de Junio del año 2018.
- Número de palabras: 14.361 palabras.

### **Resumen**

El TDAH es un trastorno de la infancia cuyas principales características son hiperactividad, déficit de atención, impulsividad, trastornos de la conducta y dificultades de aprendizaje.

Es un trastorno que afecta a los niños en edad escolar y que requiere una intervención global, ya que repercute en el ámbito personal, académico y social. Puede extenderse hasta la edad adulta, influyendo también en el ámbito laboral. La intervención en este trastorno requiere primeramente un diagnóstico riguroso donde se defina con precisión las áreas afectadas y se aísle de otros trastornos que aparecen frecuentemente asociados a él.

A partir del diagnóstico se diseña un tratamiento siempre individualizado que contemple todos los ámbitos afectados. Este tratamiento incluye:

- Tratamiento farmacológico
- Reeducación psicopedagógica
- Intervención familiar

Mi trabajo, analiza el trastorno desde su definición hasta la intervención, ofreciendo un modelo de intervención familiar mediante el diseño de una escuela de padres.

### **Palabras clave**

Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), Alumnos con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo, intervención, Escuela de Padres.

## **1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.**

El TDAH ha sido estudiado desde diferentes disciplinas y a lo largo de varias décadas, de tal manera que médicos, psiquiatras, psicólogos, pedagogos, maestros y otros profesionales han intervenido intentando comprender y trabajar con los niños y los adultos que presentan este trastorno.

En este trabajo abordo el TDAH desde el punto de vista educativo, no obstante, realizo un recorrido temporal en el que los diferentes autores y expertos analizan la problemática con el fin de definir el trastorno y diseñar estrategias de intervención.

Describo el trastorno en sus aspectos de diagnóstico e intervención y finalmente, diseño una Escuela de Padres como modelo de intervención familiar.

He decidido dedicar mi trabajo al TDAH, motivada sobre todo por la relevancia que ha adquirido actualmente esta problemática y que se me ha transmitido a través de mis estudios de grado. Considero muy enriquecedor para complementar mi formación el poder investigar en profundidad este trastorno.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Breve historia del TDAH y definición**

Como nos explican las autoras Puig y Balés (2003, p.25) las primeras descripciones del TDAH datan de principios del siglo XX. Algunos médicos observaron características comunes a algunos niños como por ejemplo que eran irritables, inquietos, nerviosos, indiferentes ante las órdenes, insensibles al castigo. Estos aspectos se atribuían a un problema de control moral. Después se comienza a aceptar que estos niños podían presentar síntomas neurológicos leves, utilizándose el término de *disfunción cerebral mínima* para identificar un conjunto de signos y síntomas que tenían la característica de interferir en el proceso de desarrollo del niño, pero no de una forma que hiciera pensar en un cuadro grave de lesión o alteración neurológica (Ferré, 1999, p.15).

La escasa presencia de evidencias neurológicas hizo que este término fuera sustituido por el de hiperactividad con lo que la falta de control motriz se convertía en el síntoma principal de algunos de estos niños.

En 1980 nació el término Trastornos de la Atención (TDA) a raíz de la publicación del DSM- III (manual publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría de los EEUU). Este manual incluyó una definición del trastorno de TDA para diferenciarlo de las alteraciones de la conducta. El manual definía el TDA como trastornos que causaban inatención e impulsividad, y la hiperactividad se asociaba en un determinado porcentaje de casos. Es entonces cuando se empieza a hablar de dos tipos de alteración, los trastornos de la atención y los trastornos de la atención con hiperactividad (Ferré, 1999, p.15).

En 1987 se realiza la revisión del manual de DSM-III y se publica en nuestro país el DSM-IV. Este manual vuelve a agrupar las características fundamentales del síndrome, describiéndose el TDAH como un síndrome que incluye trastornos de la atención y trastornos del comportamiento. Finalmente el síndrome se definió como un cuadro clínico único con tres variantes diferenciadas:

- TDH combinado.
- TDH de tipo atención.
- TDH de tipo hiperactivo o impulsivo.

Esta terminología es la que actualmente se viene aceptando y podemos concluir que los trastornos de atención tienen una historia relativamente reciente, que hasta este momento formaban parte de otras patologías neurológicas o no neurológicas que tenían afectada la atención, además de asociarse a trastornos comportamentales (Ferré, 1999, p.15-16).

En 2014, una última revisión del manual de DSM-IV da lugar a una publicación del DSM 5, en este último manual el Trastorno por Déficit de Atención incluye un patrón de inatención y/o hiperactividad- impulsividad. Se incluye dentro de los trastornos del desarrollo neurológico e incluye las 3 categorías presentes en el DSM-IV:

- Presentación combinada, inatención, hiperactividad-impulsividad.
- Presentación predominante con falta de atención.
- Presentación predominante con hiperactividad e impulsividad.

Es relevante señalar la introducción del concepto impulsividad para definir el estilo cognitivo de las personas que sufren este trastorno (DSM-5, 2014, P.33-37).

Tal y como consideran Puig y Balés (2012, p.5-6), se ha visto que el trastorno que actualmente se conoce como TDAH, ha ido cambiando de nombre a lo largo del tiempo, las etiquetas diagnósticas han sido variadas: defecto de control moral, daño cerebral mínimo, síndrome hiperkinético, disfunción cerebral mínima, trastorno por déficit de atención.

En la actualidad muchos investigadores y clínicos demandan que se clarifique y se diferencie como trastornos independientes el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el Trastorno por Déficit de Atención sin Hiperactividad. El DSM-IV y DSM-5, separan los síntomas (distingue el subtipo con predominio con déficit de atención y con predominio de hiperactividad e impulsividad).

Brown (2003), propone que el TDAH con predominio déficit de atención se pase a llamar simplemente, trastorno por déficit de atención, sin hacer referencia a la hiperactividad. Este autor indica que el TDAH con predominio de hiperactividad-impulsividad se denomine trastorno por hiperactividad-impulsividad.

La demanda de diferenciación entre el TDA y el TDAH, se apoya en las últimas investigaciones sobre las alteraciones que aparecen en cada uno de estos dos trastornos.

La revisión bibliográfica me permite llegar a la conclusión de que actualmente, se acepta la existencia de dos componentes en el TDAH, uno relacionado con la atención y otro, que tiene que ver con el control de las respuestas motoras.

Esta consideración abre una vía importante en cuanto al tratamiento, ya que los componentes pueden aparecer por separado o de manera conjunta en cada niño

## **2.2 Epidemiología**

Los estudios epidemiológicos sobre el TDAH no son unánimes respecto a la frecuencia con que se da el síndrome. También existe disparidad de resultados respecto a la variabilidad en porcentaje en función del sexo, aunque los autores parecen estar de acuerdo en que el trastorno es más frecuente en niños que en niñas. Con todo ello, parece incuestionable la idea de que el TDAH es uno de los trastornos más frecuente en

niños de edad escolar y que se da en todos los países y grupos étnicos, siendo como afirman Mayor y García (2011) una condición transcultural.

### 2.2.1 *Porcentajes de prevalencia*

Tras analizar los datos que aportan los autores estudiados, puedo concluir que el porcentaje de presencia del trastorno en la población infantil abarca una horquilla que va del 1 al 14%.

A continuación, realizo un análisis de datos que van desde la prevalencia del trastorno a nivel mundial, en EEUU y Europa para finalmente centrarme en estudios de prevalencia efectuados sobre población española.

Polanczyk et al. (2007), arrojaron una prevalencia mundial equivalente al 5,3%, con valores similares para las regiones desarrolladas.

Respecto a datos de prevalencia sobre población de EEUU, he podido observar que la mayoría de autores consultados citan como fuente, la registrada por la APA en las sucesivas ediciones y revisiones de los manuales de diagnóstico DSM, todos referidos a población de EEUU. La presencia del TDAH según datos de la APA (1995) en niños en edad escolar se sitúa entre el 3 y el 5%. En la edición española del año 2002 se informa de una prevalencia entre el 3 y el 7%. Por último en la edición del DSM-5 del año 2014 los datos de prevalencia informan de un 5% de los niños en edad escolar y el 2,5 % de los adultos. Siempre, como he mencionado, son datos asociados a población de EEUU.

Dentro del ámbito europeo, Wittchen (2011), indica una prevalencia del 5% entre los niños y adolescentes de 6 a 17 años en la Unión Europea.

Finalmente, respecto a la incidencia del trastorno en la población española, hago referencia al estudio elaborado por Catalá-López y otros (2012) a través de un amplio trabajo en el que se revisaron 14 estudios epidemiológicos realizados sobre población española, pudieron aportar una estimación de la prevalencia general del trastorno en nuestro país. El dato se sitúa en el 6,8% en niños y adolescentes. Los investigadores lo consideran consistente con los encontrados a nivel europeo y mundial.

### 2.2.2 Variabilidad según el sexo y continuidad en la etapa adulta

Como he señalado anteriormente, los autores parecen estar de acuerdo en que el trastorno es más frecuente en niños que en niñas. Sin embargo, cuando profundizo en las proporciones que relacionan la presencia del trastorno en niños y en niñas los autores ofrecen datos dispares.

Green y Chee (2001) y Bauermeister (2002) informan de la proporción de 3 niños diagnosticado con TDAH por cada niña. Estos autores ofrecen esta proporción como la real, aunque según ellos podría aumentar hasta 6 niños con TDAH, por cada niña. Argumentan que las niñas no son diagnosticadas de TDAH porque tienden a ser más introspectivas y a no mostrar su dificultad en mayor medida que los niños.

Ferré (1999), ofrece una proporción de 5 niños con TDAH, por cada niña.

Finalmente, me gustaría añadir, que debido a que el TDAH es un trastorno crónico existen datos de prevalencia del mismo en la edad adulta.

Según Amador, Forns y González (2010), el síndrome persiste en la edad adulta en un porcentaje que oscila entre el 4 y 70%, es decir entre el 4 y el 70% de los niños diagnosticados con TDAH en su infancia, mantienen el diagnóstico cuando son adultos. Posiblemente esta disparidad en los datos se debe que no se detalla si la presencia en edad adulta es del trastorno completo o sólo la presencia de algunos de los síntomas.

Los autores afirman que el índice de prevalencia en persona adultas es del 3 al 5%, es decir, dentro de la población adulta, alrededor de 3 de cada 100 personas, padecen TDAH.

A modo de conclusión, me gustaría explicar las razones que ofrecen los diferentes autores para justificar la falta de acuerdo en los datos encontrados referidos a la prevalencia del trastorno.

Soutullo (2008), afirma que la falta de coincidencia se debe principalmente a diferencias importantes en terminología, definición y metodología. Miranda y Santamaría (1986), alega que las diferencias dependen de la severidad de los criterios diagnósticos, de tal forma que a mayor rigurosidad en la definición, mayor disparidad en las proporciones. Wicks-Nelson e Israel (2008) encuentran que las expectativas y valores culturales desempeñan un papel relevante a la hora de interpretar lo que es



anormal en el juicio clínico de los profesionales dedicados al TDAH. Amador, Forns y González (2010), encuentran amplia variabilidad en la prevalencia en función del instrumento utilizado o de los informantes (según sean los padres, los maestros, los cuidadores o el propio niño).

### **2.3 Etiología**

De acuerdo con lo que dice Ferré (1999, p.85), analizar la etiología del TDAH es una tarea compleja y antes de detallar las causas que lo provocan, conviene remarcar que el niño constituye una unidad funcional, física, emocional y mental. Los problemas que se dan en un nivel, afectan al resto. Por tanto, no debemos despreciar ningún detalle que pueda aparecer en la historia evolutiva del niño.

Según apuntan Green y Chee (2000, p.20), no hay acuerdo entre los investigadores y expertos respecto a las causas del TDAH, aunque algunos aspectos parecen estar suficientemente aclarados. En primer lugar, el TDAH es un trastorno que se hereda. En segundo lugar, puede haber una causa que relaciona el TDAH con alteraciones en el ajuste fino cerebral. Según las teorías actuales, el TDAH está originado por un mal funcionamiento del cerebro en los lóbulos frontales y asociado a un desequilibrio en los neurotransmisores.

A continuación, voy a profundizar en el estudio de los factores etiológicos que aparecen como más relevantes.

#### *2.3.1 Factores biológicos*

- Factores neuroquímicos

Son los relacionados con el funcionamiento de los neurotransmisores, los cuales, facilitan la comunicación entre circuitos neuronales.

Según información que he obtenido a través de la consulta de la página web de la Fundación Cadah (enero 2018), las teorías detallan como origen de las disfunciones cognitivas, comportamentales y emocionales del TDAH, un fallo en el desarrollo de los

circuitos cerebrales del córtex prefrontal, los ganglios basales y las conexiones frontoestriadas, lo que hace que haya fallos en el sistema ejecutivo del cerebro y los mecanismos de inhibición y autocontrol.

Dichos fallos en el funcionamiento cerebral se manifiestan debido al desequilibrio de los neurotransmisores dopamina y adrenalina (sustancias del cerebro, encargadas de transportar la información), lo que hace que la producción de estos dos neurotransmisores sea irregular, y que cree problemas en los circuitos reguladores de varias zonas del cerebro, como en el caso del córtex prefrontal, el cuerpo caloso y los ganglios basales, provocando una alteración en las funciones ejecutivas, que son las que intervienen en la atención, planificación, organización y regulación de la conducta, así como de la inhibición de estímulos irrelevantes del entorno.

- Factores neuroanatómicos

Son los relacionados con áreas del cerebro, encargadas de intervenir en la regulación de la atención e inhibición motriz.

Según Green y Chee (2000, p.23-24), el poco rendimiento alcanzado por los niños con TDAH en labores de inhibición, planificación y flexibilidad mental, se asocia a una disfunción localizada en el lóbulo frontal.

Las investigaciones que han usado técnicas de neuroimagen han puesto en evidencia dos aspectos. El primer aspecto, tiene que ver con el funcionamiento deficitario en los lóbulos frontales y sus conexiones más próximas. El segundo aspecto, se relaciona con la aparente sobrecarga de las áreas del cerebro, encargadas de recibir los inputs visuales y auditivos, sugiriendo que estas áreas cerebrales reciben gran cantidad de información innecesaria e inapropiada.

- Factores genéticos

Según aparece en la “Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad” editada por Ministerio de

Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS) (2017, p. 25), el TDAH posee un componente genético heredable.

La influencia de la herencia en el TDAH se basa, como afirman Amador, Forns y Gonzáles (2010, p 29-31) en la constatación de una serie de datos como por ejemplo que los familiares de una persona con TDAH tienen más probabilidad de presentar el trastorno (entre el 10 y el 35% de los familiares de primer grado de niños con TDAH también presentan el trastorno). Según estos mismos autores, los estudios realizados con gemelos muestran que entre el 70 y 90% de la varianza del TDAH se debe a factores genéticos. Por último las investigaciones con niños adoptados ponen de manifiesto que es más probable que los niños con TDAH se parezcan a sus padres biológicos que a los adoptivos. Los autores mencionados afirman además que los genes relacionados con el fenotipo del TDAH están asociados a funciones metabólicas y al sistema de transporte y recepción la dopamina, norepinefrina y serotonina

Sin embargo siguiendo a Mayor y García (2011), a pesar de ello, la influencia de los genes identificados para el TDAH ha sido pequeña. De tal forma que no se ha podido establecer correlación significativa entre genotipo y fenotipo para el TDAH. Según parece, las investigaciones recientes se centran en el estudio de las alteraciones en las funciones bioquímicas, neurofisiológicas, neuroanatómicas o cognitivas y de qué manera están determinadas todas ellas, por factores genéticos y ambientales. Podrían considerarse, pues, como la expresión del grado de vulnerabilidad o probabilidad de manifestar un trastorno en mayor grado que el resto de población.

Ante todo y reconociendo la relevancia de los estudios genéticos, creo que se debe tener en cuenta que este campo gira alrededor de factores probabilísticos, que en modo alguno determinan ni explican en su totalidad la presencia del trastorno.

### *2.3.2 Factores psicológicos*

Según Casajús Lacosta (2009, p.46), en cuanto a los factores psicológicos, se sugieren como principales causas, la poca autorregulación del niño, fallos motivacionales, psicopatología desinhibitoria, respuesta demorada alterada y disfunción en la respuesta motora. A continuación desarrollaré cada uno de ellos.

- Escasa autorregulación

Según Casajús Lacosta (2009, p.46), la ejecución cognitiva de los niños con TDAH, radica en un gran interés por buscar recompensas inmediatas. Además son muy vulnerables a las distracciones y se frustran en exceso, cuando no aparecen las recompensas anticipadas.

Otras investigaciones, afirman que la mala ejecución de los niños con TDAH en tareas cognitivas complicadas, se debe a la poca habilidad para solucionar problemas en condiciones difíciles, que requieren autocontrol.

- Fallos motivacionales

Se consideran como incapacidad para seguir un patrón de comportamiento gobernado por reglas. Partiendo de esta consideración, el trastorno hiperactivo no consistiría en una deficiencia de atención sino en una anomalía en la sensibilidad del niño hacia los reforzadores del ambiente que le motivan para realizar su trabajo.

- Psicología desinhibidora

Conecta con la teoría neurobiológica en la que se destaca más el papel de la desinhibición en el TDAH que el de las deficiencias atencionales.

- Respuesta demorada alterada

Barkley (1994) ha planteado una teoría global sobre el TDAH, teniendo en cuenta los tres déficits del trastorno: inatención, impulsividad e hiperactividad.

La teoría se fundamenta en el concepto de capacidad de demora, que es un proceso automático que aparece pronto en el desarrollo de niño, ocurre sin control consciente y constituye el fundamento de cuatro capacidades exclusivamente humanas: separación del afecto, prolongación del estímulo, internalización del lenguaje y análisis- síntesis. (Casajús Lacosta, 2009 p.47)

- Disfunción en la respuesta motora

El TDAH no solo contempla el funcionamiento atencional sino su dimensión energética, es decir, el procesamiento de la información va unido a un recurso energético (arousal), influido por la intensidad de la señal y la novedad de los estímulos.

Cuando la estructura de la tarea se diseña, de manera que el intervalo entre los estímulos es breve, los niños hiperactivos pueden ser tan rápidos y adecuados en su ejecución como los niños no hiperactivos; pero si la tarea se estructura mediante intervalos que amplían la presentación de los estímulos, se detecta un declive mayor en la ejecución de las respuestas. (Casajús Lacosta, 2009 p.47)

### 2.3.3 Causas ambientales

Se entienden factores ambientales a todos aquellos relacionados con el entorno neonatal, familiar, social y escolar del niño.

- Entorno pre y neonatal

Las variables que poseen mayor peso como causa del TDAH son:

- Nacimiento prematuro.
- Encefalopatía hipóxico-isquémica (síndrome que se manifiesta en la primera semana de vida producido por la disminución del aporte de oxígeno o la reducción mantenida del flujo sanguíneo cerebral).
- Bajo peso al nacimiento.
- Consumo materno de tabaco, alcohol y drogas (heroína y cocaína) durante el embarazo.
- Exposición intrauterina al plomo y el zinc.
- Traumatismos craneoencefálicos sufridos por el niño durante el embarazo o en las primeras semanas de vida.
- Infecciones del sistema nervioso central.
-

- Entorno familiar

Según Casajús Lacosta (2009, p.45), las variables relacionadas con el entorno familiar que parecen asociarse al TDAH, presentándose como posible causa son: el clima familiar, la psicopatología de los padres, el manejo de técnicas de disciplina y el estatus socioeconómico.

Según Green y Chee (2000, p.27-28), los niños con TDAH manifiestan tempranamente un comportamiento inusual. Es en el contexto familiar donde se hace evidente la sintomatología. Todo ello genera gran estrés familiar. Los métodos de disciplina habituales apenas surten efecto y, al cabo de varios años de fracaso tras fracaso, la mayoría de los padres se dan por vencidos. En muchas ocasiones se acumula una historia de ensayo tras ensayo sin dar el tiempo suficiente como para que un modelo pueda mostrar su eficacia.

Cuando estos niños acuden a los profesionales, suele aparecer un error de interpretación por parte de los mismos otorgando una falta de disciplina educativa, cuando en realidad lo que existe es un abandono de múltiples estrategias diferentes que no han dado el efecto deseado.

Algunos expertos, al comprobar esta falta de métodos de disciplina apropiados, malinterpretan la situación y atribuyen el mal comportamiento del niño a unas pautas educativas inadecuadas.

Es importante no olvidar que el comportamiento de un niño afecta al tipo de disciplina de sus padres, exactamente de la misma manera que el tipo de disciplina de un padre afecta al comportamiento de sus hijos.

Siguiendo a los autores anteriores, puedo observar que, según las estadísticas, los niños con TDAH tienen más probabilidades de proceder de familias disfuncionales. Por lo que es fácil llegar a la conclusión de que la disfunción familiar es la causa de los problemas del niño.

Sin embargo, las cosas no son siempre lo que parecen, ya que la presencia en una familia de alguno de los padres con características de impulsividad, poca tolerancia y con escasas habilidades sociales puede ser indicativo de un TDAH residual, con lo cual, estaríamos hablando no de pautas educativas incorrectas, sino de cómo un padre con TDAH, modela el comportamiento de su hijo.

Así comienza la confusión: si un padre tiene TDAH, existe el riesgo de que su hijo herede este mismo trastorno. Si un niño genéticamente predispuesto a tener cierto tipo de problemas crece en un hogar lleno de incoherencias y estrés, estará sentenciado a presentar dificultades.

Como conclusión. Cuando un niño con TDAH se asocia a un caos ambiental, es difícil saber con precisión el origen, por lo tanto, cabe la posibilidad de que tanto los genes como el ambiente sean las principales responsables.

## **2.4 Diagnóstico**

El proceso diagnóstico del TDAH consiste en recoger y analizar datos para evaluar las dificultades manifestadas y poder afirmar la presencia del trastorno, su modalidad y su nivel de gravedad.

Lógicamente el diagnóstico se inicia ante unas señales de alerta. Dichas señales la mayoría de las veces parten de la familia, en otras ocasiones provienen del ámbito escolar.

Green y Chee (2001, p.76) apuntan dos señales de alerta:

- a) El rendimiento del niño está muy por debajo de sus posibilidades.
- b) Los problemas de comportamiento son más graves de lo que cabría esperar por el tipo de educación y el ambiente familiar.

La presencia de señales de alerta o signos de riesgo dan lugar al inicio de un proceso diagnóstico sustanciado por tres pilares fundamentales:

1. Obtención de una amplia historia de desarrollo. Mediante la misma se conocen datos referentes a la aparición de los síntomas, el funcionamiento académico y las conductas en distintas situaciones a lo largo del tiempo.

2. Evaluación mediante un registro de sintomatología según criterios objetivos que debería realizarse en el contexto de la familia y la escuela.
3. Considerar y excluir diagnósticos alternativos. Diagnóstico diferencial.

Antes de profundizar en el proceso diagnóstico, me parece interesante la aportación del doctor Ferré (1999 p.135). Este autor ha elaborado un cuestionario de síntomas que se puede utilizar como valoración de riesgo de Trastorno de la Atención. Me ha parecido una herramienta muy útil como guía ante un posible TDAH. Lo rellena el maestro con la información de los padres. En el Anexo 1 muestro una copia, junto con una explicación para calcular un coeficiente de riesgo.

#### *2.4.1 Recogida de información mediante la historia de desarrollo*

La historia clínica recogerá información detallada sobre la sintomatología y las conductas con su evolución a lo largo del tiempo. Los padres informan de todos estos aspectos.

Green, y Chee (2001 p. 85), listan una serie de características frecuentes en niños con TDAH que pueden detectarse a través de las historias de desarrollo:

- Se convierten en tornados al empezar a andar.
- Durante la etapa preescolar la mayoría son muy movidos y unos pocos irascibles y pegan a otros niños.
- Los primeros informes suelen contener expresiones como “se distrae con facilidad” o “suele interrumpir en clase”.
- Hay una diferencia inmensa entre el rendimiento en situaciones de aprendizaje individualizado y cuando es en grupo.
- Generan gran tensión en el grupo.
- Su impulsividad les hace propicios a los accidentes.
- Los padres manifiestan frustración, estrés y confusión.

Los autores opinan que en torno al 90% de los niños con TDAH pueden llegar a diagnosticarse mediante una buena historia clínica.

Ferré (1999, p. 135), detalla los aspectos fundamentales de la historia clínica atendiendo a la edad en la que aparecen los síntomas. Para este autor es fundamental relacionar la conducta con la edad en la que se manifiesta. Es la forma adecuada de



considerar dicha conducta como alterada o normal. De esta manera, la información relevante quedará recogida dentro de seis ámbitos temporales:

- Descripción básica del comportamiento actual.
- Descripción de aspectos del embarazo.
- Descripción de aspectos del nacimiento.
- Descripción de la etapa de suelo.
- Descripción de la etapa de 1 a 5 años.
- Descripción de la etapa de educación primaria.

Polaino-Lorente (1993, p. 27-33) incrementa el detalle temporal identificando tres momentos evolutivos, donde identificar aspectos del comportamiento del niño:

- De 0 a 3 años de vida. Duermen poco, comen de forma caprichosa. Aparece la desobediencia.
- De 4 a 6 años. Inquietos, agresivos, impulsivos y desobedientes, interfiere en la marcha de la clase (suelen informar los maestros). Cogen rabietas en lugares públicos. Las técnicas tradicionales de castigo no funcionan. No saben jugar solos y destrozan los juguetes en lugar de jugar con ellos.
- De 7 a 12 años. Aparecen las dificultades de aprendizaje. Se les considera inmaduros. Los compañeros empiezan a rechazarles por su conducta agresiva y su actitud dominante. Empieza a forjarse un autoconcepto negativo.

#### *2.4.2 Evaluación mediante criterios objetivos*

Actualmente la utilización de criterios diagnósticos objetivos se realiza a través de la descripción de síntomas ofrecida en la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5, elaborada por la APA. El propio uso de la guía lleva consigo la recomendación de excluir otros trastornos con sintomatología similar, como he afirmado anteriormente.

Los criterios diagnósticos requieren que los síntomas hayan surgido en la niñez (antes de los 12 años, 7 años en el anterior DSM-IV-TR); que ocurran frecuentemente y a lo largo del tiempo (6 meses como mínimo); que no correspondan a lo que se espera por edad; que estén presentes en más de un contexto (familiar, escolar, laboral) y que interfieran con el funcionamiento social, académico o laboral.

La sintomatología se clasifica en torno a dos grupos:

- Inatención
- Hiperactividad - impulsividad

En ambos grupos se requiere que se den 6 de los 9 comportamientos.

Los síntomas referentes al aspecto de inatención son:

- a) Dificultad para focalizar la atención, comete errores por descuido.
- b) Dificultad para mantener la atención en un juego o tarea que se vaya a prolongar en el tiempo.
- c) Parece no oír los mensajes, a pesar de hablándole directamente y sin distracciones aparentes.
- d) Le cuesta seguir las instrucciones y no finaliza las tareas, no es por falta de voluntad ni tampoco por falta de comprensión.
- e) Dificultad para organizarse en sus tareas o actividades (no sabe gestionar tareas secuenciales, ordenar materiales y pertenencias, es descuidado y desorganizado en el trabajo, habitualmente no cumple plazos).
- f) Suele evitar, le disgusta o muestra poco entusiasmo en iniciar tareas que requieren esfuerzo mental sostenido.
- g) Frecuentemente pierde cosas necesarias como material escolar, libros, llaves o móvil.
- h) Suele distraerse fácilmente mediante estímulos externos.
- i) Con frecuencia olvida actividades cotidianas como hacer tareas, devolver llamadas o acudir a citas.

Los síntomas referentes al aspecto hiperactividad-impulsividad son:

- a) Con frecuencia juguetea, golpea con las manos o pies o se retuerce en el asiento.
- b) Con frecuencia se levanta, cuando la situación requiere estar sentado (clase, restaurante, oficina).
- c) Corretea o trepa inapropiadamente.
- d) Con frecuencia no consigue jugar tranquilamente.
- e) Actúa como impulsado por un motor.
- f) Habla excesivamente.
- g) Responde inesperadamente o antes de acabar de formular la pregunta.

- h) Dificultad para esperar su turno.
- i) Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye en los asuntos de otros.

El DSM-5 distingue tres tipos:

1. Presentación combinada. Cuando se cumplen 6 de 9 síntomas y durante al menos 6 meses últimos en el aspecto de inatención y en el de hiperactividad-impulsividad.
2. Presentación predominante con falta de atención. Cuando se cumplen 6 de los 9 síntomas de inatención y no se cumplen en hiperactividad-impulsividad.
3. Presentación predominante hiperactivo-impulsivo. Cuando se cumplen 6 de los 9 síntomas presentes en hiperactividad-impulsividad, sin embargo no se cumplen en inatención.

Además de las tres modalidades de presentación, según el predominio de un tipo u otro el manual diagnóstico precisa el grado de intensidad en que pueden aparecer cada grupo de comportamientos. Se aprecian de esta forma, 3 grados en cuanto a la gravedad:

- Leve. Cuando sólo están presentes los síntomas necesarios para el diagnóstico y existe un deterioro mínimo en el funcionamiento social, laboral o académico.
- Moderado. Cuando el número de síntomas supera el grado leve, sin llegar a ser grave.
- Grave. Cuando aparecen muchos síntomas además de los necesarios para el diagnóstico y producen un deterioro elevado en el funcionamiento social, laboral o académico.

El diagnóstico según criterios del DSM-5 requiere además un diagnóstico diferencial, puesto que especifica que los síntomas no son sólo una manifestación de un comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones.

Actualmente se debate si un grupo de pacientes que presentan TDAH pertenecen a una entidad nosológica independiente de dicho trastorno. El término *sluggish cognitive tempo* (Lahey, 1987) surgió como constructo para recopilar las características que reflejan un estado de alerta y orientación irregulares. Se pueden barajar varios términos para traducir *slug*, tal vez la más adecuada sería lento. La expresión sería “tempo cognitivo lento”.

Barkley (2000) cree que los pacientes que presentan las siguientes características se englobarían dentro de una entidad propia denominada “tempo cognitivo lento”.

- Hipoactividad
- Lentitud
- Pasividad
- Introversión
- Pensamiento dubitativo recurrente
- Comportamientos ansiógenos
- Ausencia de impulsividad e hiperactividad

Cabe recordar finalmente que la evaluación mediante criterios objetivos debe realizarse tanto en el contexto familiar como en el escolar, siendo condición exigible para cumplir que el conjunto de síntomas aparecen en más de un contexto.

#### *2.4.3 Diagnóstico diferencial*

El diagnóstico diferencial consiste en valorar si los síntomas que manifiesta el niño son debidos al TDAH o a otras causas o trastornos con una sintomatología parecida.

Tal y como he precisado anteriormente, el diagnóstico de TDAH exige que el conjunto de síntomas no se deba a conducta de tipo negativista, hostilidad o a déficit en la comprensión de órdenes. Wicks-Nelson e Israel (2008, p.214) afirman que las dificultades asociadas a un TDAH y que habitualmente dificultan el diagnóstico del mismo son:

- Problemas escolares y de aprendizaje.
- Problemas sociales y conductuales.
- Problemas afectivos y emocionales.

En primer lugar, y en relación a los problemas escolares y de aprendizaje, los niños con TDAH poseen un rendimiento ligeramente menor en los test de inteligencia comparados con los niños sin TDAH.

Sin embargo las diferencias son más evidentes cuando existe hiperactividad generalizada, disfunción en el sistema nervioso o problemas específicos de aprendizaje. Siguiendo a los autores anteriores se han encontrado TDAH en todo el rango de inteligencia incluyendo superdotados.

De acuerdo con Polaino-Lorente y Ávila (1993 p. 7) la capacidad cognitiva de estos niños puede ser baja, normal o elevada pero las dificultades de atención, la falta de reflexión y la incesante inquietud motora no favorecen. Se puede decir que no son las mejores condiciones para el aprendizaje.

Por lo tanto se hace necesario analizar hasta qué punto existe una dificultad de aprendizaje o el propio TDAH es la causa de la dificultad.

En segundo lugar, y revisando los problemas sociales y de conducta he podido constatar que la mayoría de autores suelen informar de la existencia de mal comportamiento en un elevado porcentaje de casos con TDAH. Por ejemplo Wicks-Nelson e Israel (2008 p. 215) describen a estos niños como molestos, intratables, difíciles, desobedientes y perturbadores. Socialmente son muy activos con lo que aumenta el riesgo de sufrir experiencias interpersonales negativas. Los problemas sociales que presentan están relacionados con la forma en que otras personas las juzgan e interactúan con ellas. Los otros niños los ven como molestos, ruidosos e infelices y los rechazan.

Los autores anteriores concluyen que alrededor del 65% de los TDAH cumplan los criterios para el diagnóstico del Trastorno Negativista Desafiante y del 20 al 30% cumplen el criterio para el diagnóstico de Trastorno Disocial, cifra que se eleva en los adolescentes. Sin embargo, los problemas disociales parecen estar más relacionados con factores familiares adversos y una situación social desventajosa.

Además de los mencionados Wicks- Nelson e Israel otros autores dentro del ámbito español como Polaino-Lorente y Ávila (1993, p. 6-7), también describen las conductas de estos niños como imprevisibles inmaduras e inapropiadas. Su impulsividad les lleva a convertir en acto cualquier deseo, metiéndose en líos continuamente. Ante una fechoría ellos son los principales sospechosos. En ocasiones se muestran agresivos y violentos tanto con compañeros como con adultos. Su agresividad no es únicamente verbal, sino también física y además mienten y cometen pequeños hurtos.

Sin embargo, Wicks-Nelson e Israel (2008, p.216) de cara a distinguir un comportamiento negativista de un TDAH precisan, que el primero muestra su negación a realizar tareas por la no aceptación de las exigencias del otro. El niño con TDAH lo hace para evitar tareas que exigen alto nivel de atención y concentración. En cualquier

caso lo importante es aislar el síntoma primario y aceptar que un TDAH puede presentar secundariamente ciertos comportamientos negativistas.

En tercer lugar y por último, otro grupo de dificultades asociadas a un TDAH son las de tipo emocional, afectivo y de personalidad.

Ferré (1999, p.211-212) afirma que los niños afectados por un déficit de atención viven aquí y ahora, con sensación de estar perdidos en un mundo que no entienden y que no les entiende, en un estado de hipervigilia, hiperalerta y defensividad, consumiendo mucha energía para conseguir muy poco a cambio.

En consecuencia aparecen la protesta, la reivindicación, la descarga constante, el bloqueo, el aislamiento y el miedo. Con la autoimagen deteriorada falla la autoestima y el problema puede acabar convirtiéndose en un problema grave de desarrollo de personalidad.

Además la desadaptación hace que el miedo se convierta en el motor de la vida de los niños con TDAH que finalmente puede llegar a configurar cuadros de graves depresiones encubiertas.

Aunque puedan asociarse e incluso confundirse con un trastorno emocional o afectivo, el TDAH suele manifestarse más tempranamente y en la historia de adaptación escolar aparecen comportamientos perturbadores que no están presentes en los trastornos afectivo-emocionales.

Finalmente existen alteraciones neurológicas (Síndrome de Gilles de la Tourette) o alteraciones físicas (deficiencias auditivas o visuales) que presentan sintomatología común con el TDAH como puede ser la inquietud motora o dificultad para centrar la atención. En estos casos nunca se diagnostica un TDAH, sino que el diagnóstico de alteración neurológica o física sería el síntoma principal con dificultad de atención asociada.

## **2.5 Tratamiento**

El TDAH es un trastorno que, como se ha visto, afecta al desarrollo psicoemocional, cognitivo y social del niño. Así pues, una intervención adecuada tiene que atender a todas estas dimensiones. Autores como Velasco (1980) y Miranda y Santamaría (1986) desde diferentes campos, han afirmado que el tratamiento del TDAH, además, es

multidisciplinar, considerando este tipo de intervención como la mejor de todas las terapias. Esto es así porque lo llevan a cabo diferentes profesionales de la educación y la salud, siendo necesaria la coordinación entre ellos. También es multimodal, es decir, que las propuestas de tratamiento son diversas en función de las necesidades y características del niño y de cómo afecte el trastorno a su vida cotidiana. Se ha abordado, pues, desde diferentes perspectivas.

Fundamentalmente los diferentes tratamientos pueden agruparse en tres categorías, según el modelo principal de intervención.

### *2.5.1 Tratamiento psicofarmacológico*

Tal y como afirma Velasco (1980) el TDAH es un trastorno de carácter crónico, por lo que ningún tratamiento farmacológico consigue curarlo por completo, aunque los tratamientos eficaces sirven para reducir y controlar las consecuencias negativas del trastorno en la vida del niño y del futuro adulto y permiten la acción de otras medidas terapéuticas. No obstante hablar de cronicidad no significa necesariamente que la persona que presenta un TDAH no pueda desarrollar una vida laboral y social perfectamente normal, sobre todo si se cuenta con apoyo farmacológico y psicopedagógico.

Soutullo (2008), defiende que el tratamiento farmacológico en los niños está ampliamente demostrado a través de múltiples publicaciones que avalan la utilidad de algunos fármacos en el control de los síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad

Según Velasco (1980), la prescripción de un psicofármaco en la infancia debe guiarse por unos principios básicos:

- a) Debe buscarse el mejor resultado con el menor número de medicamentos y con la dosis más baja posible.
- b) No deben tomarse por un tiempo mayor que el necesario.
- c) Las dosis han de ser individualizadas (metabólicamente cada organismo es único).

- d) Se debe advertir a los padres del niño de los posibles efectos secundarios.

Teniendo presentes siempre las anteriores recomendaciones, a continuación describo los psicofármacos más utilizados en el tratamiento del TDAH:

- Los estimulantes

Green y Chee (2001), informan que de todos los fármacos estudiados, los estimulantes son los más utilizados y los más eficaces. Logran mejorar los síntomas del trastorno y como consecuencia de ello, mejoran la ejecución a nivel académico y la conducta del niño a nivel social y de relación. Wicks – Nelson e Israel (2008) también consideran que los estimulantes son relativamente seguros, pero puntualizan que es preciso realizar un seguimiento. Además aunque su eficacia está comprobada es conveniente tener presente los efectos secundarios de todos los psicofármacos. La mayor parte de las veces no aparecen efectos indeseados, pero es necesario tener información sobre ellos, como son, la pérdida de apetito, irritabilidad/efecto rebote, insomnio, tics, síntomas psicóticos, dolores de cabeza o de estómago y erupciones cutáneas

Soutullo (2008), ofrece un amplio análisis de los tipos de tratamiento con medicación en el TDAH, concretando que En España, se dispone del Metilfenidato conocido con el nombre comercializado con los nombres de *Rubifen*, *Concerta* y *Medikinet*.

- Los antidepresivos tricíclicos

Continuando con Soutullo (2008), los antidepresivos tricíclicos se utilizan en el tratamiento del TDAH, aunque su eficacia es menor que la de los estimulantes. Se consideran de segunda o tercera elección, en el caso de no obtener buena respuesta con los estimulantes. La ventaja de los tricíclicos es que su efecto se mantiene a lo largo del día, aunque tarde varias semanas en producirse.

Cuando el TDAH se presente asociado a síntomas depresivos, pueden ser los fármacos de elección.



Los efectos secundarios más frecuentes son la sequedad de boca, somnolencia o insomnio, vértigos, temblor de manos, náuseas, estreñimiento, taquicardia, dolor torácico, visión borrosa, dolor abdominal, sudoración.

Los más utilizados son la *Imipramina*, *Desipramina* y *Clomipramina*. La *Imipramina* además de su efecto en el TDAH, ayuda en la enuresis nocturna y la *Desipramina*, se suele tolerar mejor y produce menos efectos secundarios.

- Los neurolépticos

Según Puig y Balés (2008, p. 48) este tipo de fármacos puede ser utilizado para reducir los síntomas de hiperactividad, y están especialmente indicados cuando el TDAH aparece asociado a otros trastornos, como son, trastorno de conducta, Gilles de la Tourette y trastorno de control de impulsos.

Tienen efecto sobre la reducción de la agresividad, de la hiperactividad y de la impulsividad. No produce mejora importante sobre la inatención.

- La Clonidina

Puig y Balés (2008, p. 50), afirman que este fármaco es utilizado preferentemente como antihipertensivo, parece efectivo en una amplia variedad de trastornos del comportamiento, trastornos de ansiedad, tics, insomnio, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno maniaco depresivo, etc. En niños que presentan TDAH, puede ayudar a reducir la hiperactividad y la impulsividad.

- Fármacos de nueva generación:

Soutullo (2008), describe un tipo de fármaco de reciente aparición, se trata de la Atomoxetina (*Strattera*). Su acción es de larga duración y por lo tanto puede ser una buena alternativa al Metilfenidato. Es la única medicación no estimulante que ha demostrado su eficacia). La Atomoxetina es eficaz para mejorar los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, aunque también tiene algunos efectos secundarios como, cefaleas, rinitis, dolor abdominal, faringitis, anorexia, vómitos, somnolencia y picores cutáneos.

A modo de conclusión, me gustaría observar que la elección este tipo de tratamiento está ampliamente aceptada para mejorar los aspectos de impulsividad e hiperactividad. No parece efectivo para la inatención. Por tanto, la decisión sobre el tratamiento más adecuado sería, como explico a continuación, combinar uno de tipo farmacológico con otro de tipo psicopedagógico.

Por otra parte, no se puede olvidar que el uso de psicofármacos puede atribuir los problemas de comportamiento a causas biológicas, fomentando creencias poco realistas sobre el poder de las medicinas. Además los más críticos hacia el uso de psicofármacos argumentan un sobrediagnóstico prescribiendo medicaciones que no ayudan y excluyendo otros tratamientos beneficiosos.

Wicks – Nelson e Israel (2008) añaden un aspecto que me ha parecido interesante, es que ante la eficacia de los psicofármacos en el tratamiento del TDAH, especialmente los estimulantes, cabe destacar que las dudas sobre su indicación sólo se pueden aclarar mediante la utilización de reglamentos y directrices que regulen su administración y uso.

### *2.5.2 Tratamiento psicológico*

Velasco (1980), apoya el tratamiento de tipo psicológico dándole un indiscutible valor puesto que la administración únicamente de medicamentos implica negarle al niño un apoyo complementario.

Soutullo (2008), explica que la colaboración entre especialistas como el pediatra, el neurólogo o el psicólogo es imprescindible, haciendo referencia al tratamiento multidisciplinar comentado anteriormente. Siguiendo a este autor la psicoterapia combinada con la medicación da buenos resultados.

Incluso algunos autores como Buendía (1996), van más allá al afirmar que, en ocasiones, un tratamiento psicoterapéutico puede dar buenos resultados incluso sin tratamiento psicofarmacológico

La intervención psicológica se dirige principalmente sobre los siguientes aspectos:

- Psicoeducación: explicación del trastorno, causas, tratamiento y pronóstico. Tanto a padres como al niño.
- Terapia con el niño con TDAH: la ayuda se centra sobre todo en programas de habilidades sociales, programas cognitivo-conductuales para el control de la impulsividad y terapias de control emocional.

Considero, al igual que Bauermeister (2002), que la principal limitación de los tratamientos radica en la dificultad que presentan los niños con TDAH para transferir lo que aprenden en la escuela al hogar o viceversa.

### 2.5.3 Tratamiento ambiental

Me refiero por tratamiento ambiental a la intervención en los contextos donde el niño se desarrolla desde que nace hasta que llega a adulto, como son el ámbito escolar y el familiar.

- Educativo

El alumno con TDAH está reconocido en la legislación española a través de dos leyes: la LOE (Ley Orgánica de Educación) aprobada en 2006 y la LOMCE (Ley Orgánica para la mejora de la calidad educativa) aprobada en 2013.

En la LOE el alumno con TDAH es objeto de Necesidad Específica de Apoyo Educativo. Así se reconoce en el artículo 14 de dicha ley, donde se dice expresamente: *al alumnado que requiera una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar Necesidades Educativas Especiales, por Dificultades Específicas de Aprendizaje, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), por sus Altas Capacidades Intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo, o por condiciones personales o de historia escolar, para que pueda alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y, en todo caso, los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado.*

Esta ley no solo reconoce explícitamente la presencia del TDAH en las aulas, sino que, enmarcándolo dentro de los alumnos con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo, recomienda el establecimiento de medidas curriculares y organizativas apropiadas para ellos. Así viene expresado en la misma ley: *Para que el alumnado con necesidad específica de apoyo educativo al que se refiere, pueda alcanzar el máximo desarrollo de sus capacidades personales y los objetivos y competencias de la etapa, se establecerán las medidas curriculares y organizativas oportunas que aseguren su adecuado progreso.*

En la LOMCE, se incide en esta idea anterior avanzando un paso más al incluir el concepto de valorar tempranamente las necesidades. De tal forma, se añade una sección cuarta dentro del capítulo primero del título segundo y un artículo 79 bis haciendo referencia al alumnado con dificultades específicas de aprendizaje, diciendo *corresponde a las administraciones educativas adoptar las medidas necesarias para identificar al alumnado con dificultades específicas de aprendizaje y valorar de forma temprana sus necesidades... la escolarización se regirá por los principios de normalización e inclusión y asegurará su no discriminación y la igualdad efectiva en el acceso y permanencia en el sistema educativo, p. 97896, BOE nº 295, 10 de diciembre de 2013.*

He podido apreciar tras la lectura de la legislación mencionada, que las “*medidas curriculares organizativas* contempladas por las leyes, hacen referencia a tres aspectos como son: la detección precoz del trastorno, la adaptación de las evaluaciones y el ajuste del entorno escolar.

La LOMCE, recoge expresamente en este punto lo siguiente: *La evaluación de los procesos de aprendizaje del alumnado será continua y global y tendrá en cuenta su progreso en el conjunto de las áreas. Se establecerán las medidas más adecuadas para que las condiciones de realización de las evaluaciones se adapten a las Necesidades del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales. p. 97871 BOE nº 295, martes 10 de diciembre 2013.*

En el mismo artículo, la LOMCE (capítulo III) se refiere a que: *se prestará especial atención durante la etapa a la atención personalizada de los alumnos y alumnas, la*

*realización de diagnósticos precoces y el establecimiento de mecanismos de refuerzo para lograr el éxito escolar.*

En el caso de los alumnos con TDAH existen una serie de adaptaciones que se pueden llevar a cabo para adecuar dicha evaluación:

- Dar más tiempo para la realización de exámenes.
- Modificar el ambiente para suplir posibles elementos distractores.
- Adaptar las preguntas, resaltando lo relevante, con el fin de fijar su atención.
- Desglosar dichas preguntas para evitar el olvido de contestar a algún apartado.

Además de la adaptación en las evaluaciones, *el establecimiento de medidas curriculares y organizativas* deja abierta la posibilidad de adaptar entorno y metodologías para que el alumnado se encuentre en las mejores condiciones posibles para encarar el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Quiero añadir que la inclusión del alumnado con TDAH como Alumno con Necesidades de Apoyo Educativo supone un avance significativo. Por un lado los niños tienen el derecho a que se tengan en cuenta sus particularidades y por otro se permite que los profesores puedan ofrecer alternativas sin que se les tache de permisivos con determinado tipología de alumnos.

Las leyes aportan la idea global de por dónde puede ir la intervención. Después toca a las administraciones, los centros educativos y finalmente a los profesionales concretar las medidas que determinarán la marcha del día a día en los colegios.

En este sentido y coincidiendo con Polaino-Lorente y Ávila (1993), la acción de los maestros se convierte en parte fundamental siendo los que más pueden hacer en el aula por el aprendizaje del niño hiperactivo.

En primer lugar, para detectar las señales de alerta, ya que el bajo rendimiento es una de las manifestaciones dentro de la escuela tal y como afirman Green y Chee, (2001), el profesor, a diferencia de los padres, puede valorar con mucha facilidad el comportamiento del niño comparándolo con el de sus compañeros de clase.

En segundo lugar, cuando se percata de la existencia de un problema, comunica sus observaciones a los padres y les transmite la necesidad de realizar un diagnóstico

Finalmente, en tercer lugar, adapta el sistema a las necesidades educativas del niño con TDAH, apoyado por la legislación vigente.

¿Qué pueden hacer los maestros?

Existen pautas de actuación en el aula y estrategias para controlar el comportamiento del niño y en consecuencia ayudarle a mejorar su rendimiento.

Siguiendo a Polaino-Lorente y Ávila (1993), algunos ejemplos de estas estrategias y pautas son:

- Informar a los padres de los progresos del niño. Explicarles de forma clara y concreta, los problemas de conducta del niño y lo que los padres deben hacer para controlarle.
- Adecuar las exigencias al nivel del niño (siguiendo de cerca su trabajo).
- Favorecer la mejora de la autoestima y el autocontrol (evitar reprender, humillarlo o hacerle sentir culpable).
- Ayudar a generalizar lo que el niño ha aprendido en las sesiones individuales de reeducación (manteniendo el orden de sus cosas y la correcta organización de las tareas).
- Aplicar técnicas conductuales y cognitivas concretas en el aula (refuerzo positivo, extinción, etc.).
- Ser claro en las explicaciones y ofrecerle órdenes sencillas y breves.
- Enseñar lo que puede hacer y no puede hacer el alumno en clase.
- Estructurar las clases y rutinas del aprendizaje.
- Ser coherentes y que el niño pueda prever la conducta del profesor.
- Ser un modelo adecuado para el niño.
- Aplicar consecuencias claras y justas.
- Ser persistente en la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales.
- Anticipar posibles problemas de conducta y proponer al niño comportamientos alternativos.

Además de las estrategias para el manejo conductual, también es necesario adoptar metodologías que favorezcan el desarrollo de la reflexividad, de la organización y

autonomía. En ello consiste el estilo cognitivo reflexivo. Una manera de conseguirlo es mediante el entrenamiento en el aprendizaje de Autoinstrucciones.

Tal y como afirman Polaino-Lorente y Ávila (1993), el contenido de las Autoinstrucciones posee 5 objetivos principales:

1. Definir el problema: “¿Qué es lo que tengo que hacer?”
2. Estructurar la aproximación al problema: considerar todas las posibilidades.
3. Focalizar la atención: centrar la atención y pensar solo en lo actual.
4. Elección de la respuesta.
5. Autorrefuerzo.

Dado que el principal objetivo de este procedimiento es la implantación de un estilo cognitivo reflexivo en el niño, éste deberá hacer suyas estas instrucciones mediante una secuencia que comienza con el modelado de la tarea por parte de un adulto y termina con la realización autónoma de la tarea por parte del niño utilizando las instrucciones de manera encubierta.

Finalmente, y como el niño con TDAH, tiende a dejar las actividades incompletas y a no hacerse responsable de sus actos, es importante cuidar el último paso referido al autorrefuerzo ya que mediante el mismo, el niño se hace consciente de todo el proceso.

La presencia de un niño con TDAH en el aula, supone un reto importante para el profesorado. Por tanto, junto a Valett (1986), coincide que no se puede olvidar la formación del maestro para poder dotarle de los recursos didácticos y personales necesarios para el manejo de este tipo de alumnos.

- Familiar

Según Puig, Balés, Revertes y Oliva (2012) en la educación infantil, en general nadie discute el papel educativo que los padres desarrollan. Así pues, la participación de estos en el tratamiento del TDAH es fundamental para el progreso del niño. La intervención sobre los padres puede dividirse en dos partes:

- Informarles sobre el TDAH, ayudarles a reconocer la existencia del problema, si así se hace necesario, e informarles sobre la importancia del tratamiento.

- Entrenamiento en pautas educativas a través del asesoramiento educativo regular con un especialista o bien a través de programas específicos. En ambos casos lo que se pretende es conseguir que exista una coherencia y unión educativa entre los diferentes educadores (principalmente padres, maestros y especialistas). Esto beneficiará la evolución del niño y comportará una mejora del ambiente y de la relajación familiar.

Según Polaino-Lorente y Ávila (1993), los padres tienen que crear un ambiente familiar estable, consistente, explícito y predecible. En consecuencia, un niño con TDAH necesita:

- Unas normas claras y bien definidas.
- Una exigencia adaptada a sus posibilidades.
- Un ambiente ordenado y organizado.
- El reconocimiento de sus esfuerzos.
- Que se le anime y contenga sin una sobreprotección excesiva.
- Una familia que mantenga los límites educativos de forma racional y estable.
- Una familia que le ayude a encarar los problemas y a encontrarles una solución sin encubrir innecesariamente sus faltas.

Parte de la intervención con los padres consiste en concienciarlos de que en sus manos están aspectos tan importantes como:

- Coordinar el intercambio de información entre el especialista y el profesor.
- Crear un ambiente familiar estructurado.
- Poner límites educativos adecuados.
- Favorecer la autonomía personal del niño y reforzarla.
- Modelar conductas reflexivas.
- Generalizar la utilización de Autoinstrucciones.
- Favorecer el contacto con otros niños.

Finalmente, de acuerdo con Soutullo (2008), creo conveniente añadir que las familias pueden además, exigir a los responsables que toman decisiones tanto en el ámbito político, educativo y sanitario que se utilicen los recursos necesarios en prevención y no en resolver problemas, que han estado muchos años presentes. Los padres deben ser activos, pidiendo servicios adecuados y modernos para los niños con TDAH y para las



familias. También pueden organizarse en grupos para ser más fuertes e influyentes en la exigencia de sus derechos.

Actualmente existen en nuestro país muchas asociaciones que trabajan en el conocimiento, divulgación e intervención del TDAH (Anexo 2).

He podido comprobar que el tratamiento del TDAH, resulta complejo y supone un desafío para toda la comunidad (familia, escuela, sistema sanitario, etc.). Sin embargo, considero importante reflexionar sobre un último punto:

A modo de conclusión y de acuerdo con lo que afirma Bauermeister (2002, p.92), el TDAH no es una enfermedad, no se puede pensar en él en términos de una cura. Es una condición que se maneja. Aunque no se pueda transformar al niño o al adolescente, se puede ayudar a manejar mejor su conducta, compensando sus dificultades y desarrollando sus habilidades y talentos.

La meta de todas las ayudas debe ser incrementar el sentido de competencia propia del niño, es decir ayudarlo a sentirse bien consigo mismo, contento con sus capacidades y competente.

### **3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN: ESCUELA DE PADRES**

#### **3.1 Presentación**

Coincido con Carrobles y Perez-Pareja (2009, p. 17), en afirmar que la conducta se aprende desde el mismo momento del nacimiento y conocer las leyes que regulan dicho aprendizaje, permite educar mejor al niño y evitar problemas.

No cabe duda de que los padres poseen una enorme influencia en el comportamiento de sus hijos, aunque, como afirma Valett (1986, p. 105), en el caso de padres de niños con TDAH es más difícil comprender la razón de su comportamiento. Siendo esto así, los padres deben intentar conseguirlo.

He decidido dar un enfoque preventivo en el tratamiento de niños con TDAH, porque creo que la preparación para el manejo del comportamiento que presentan estos niños, mejora las condiciones familiares, personales, a la vez que influye positivamente en la mejora de la situación escolar de los niños.

Además la Escuela de Padres ofrecerá un valor añadido. El hecho de que el programa lo dirijan una orientadora y una educadora, obliga a tener personal docente, formado en este tipo de trastornos, aumentando la calidad del Sistema Educativo.

También creo que debe ser en la escuela donde se trabaje para mejorar la situación de los niños que sufren este trastorno. Pienso esto por dos razones fundamentales, la primera, porque la intervención debe situarse en el contexto que afecta directamente al niño (aula) y en segundo lugar, porque el hecho de un trabajo en grupo rentabiliza los esfuerzos y favorece en las familias la opinión de sentirse comprendidas y apoyadas desde un servicio público como es la escuela. Esto último aumenta los vínculos positivos entre escuela y familia.

Por todas las razones anteriores, he planteado en mi trabajo el diseño de una Escuela de Padres como parte de un modelo de intervención en el TDAH. Sin excluir otras intervenciones que puedan efectuarse en paralelo, como tratamiento farmacológico o de otro tipo.

### **3.2. Objetivos**

- Objetivo general
  - Dotar a las familias de las condiciones más favorables para el manejo de un niño con TDAH en el ámbito familiar.
  
- Objetivos específicos
  - Tomar conciencia del TDAH.
  - Identificar las dificultades que presentan los niños con TDAH.

- Conocer y saber aplicar las estrategias adecuadas para aumentar los comportamientos adecuados o para disminuir o eliminar los comportamientos inadecuados.
- Evaluar los logros conseguidos.

### **3.3 Metodología**

La Escuela de Padres se iniciará mediante la selección de las familias que integrarán el programa. Este proceso se realizará siguiendo estos tres pasos:

- 1º. Detectar los niños diagnosticados de TDAH desde primero a sexto de primaria.
- 2º. Entrevista con cada familia para solicitar su inclusión en el programa. (Anexo 3)
- 3º. Elaborar la lista de familias y comunicar a cada una la inclusión en el programa.

Esta Escuela de Padres se desarrollará a lo largo de 12 sesiones, distribuidas semanalmente a razón de una sesión de hora y media de duración. En total el trabajo con las familias abarcará un trimestre escolar. Considero este marco temporal el más adecuado porque permite valorar la eficacia para mejorar la adaptación escolar de los niños. Es decir, tendremos las notas de evaluación del trimestre anterior al programa y las notas de evaluación del trimestre después de haber finalizado el programa.

El equipo que llevará a cabo la Escuela de Padres, estará integrado por una educadora y una orientadora, que serán las responsables de la ejecución de todo el programa.

El tamaño de grupo de padres será entre 10 y 15 personas. Sugiero la presencia del padre y la madre en el mismo grupo.

La estructura global del programa empieza trabajando los aspectos más generales del trastorno. Avanza con la toma de conciencia de comportamientos positivos de los niños y cómo aumentarlos. Continúa con el abordaje de conductas más problemáticas mediante diferentes estrategias comportamentales y cognitivas. Se tiene en cuenta también la influencia de los diferentes estilos educativos de los padres. Finalmente, durante todo el programa se insiste en el aprendizaje de la observación de la conducta y la evaluación de los progresos obtenidos con la aplicación de las técnicas.

La secuencia que se sigue a lo largo de las diferentes sesiones tiene un mismo guión, estructurado de la siguiente manera:

1. Breve recordatorio de las cuestiones trabajadas, excepto en la primera sesión, en la que se dedicaría ese tiempo a la presentación de la Escuela de Padres.
2. Corrección de las tareas planteadas para casa, acordadas en la sesión anterior, aclarar posibles problemas encontrados y explicar, reforzar y ofrecer la correspondiente retroalimentación.
3. Transmitir información nueva o revisar la anterior.
4. Explicar la aplicación de las técnicas, ensayando posteriormente su aplicación mediante “*role playing*”.
5. Abrir debate entre padres y el responsable de la Escuela de Padres, las habilidades puestas en práctica.
6. Resumen escrito de los contenidos trabajados y una propuesta de tareas para casa.

### **3.4 Desarrollo de la Escuela de Padres**

Todas las sesiones se estructuran en función de tres partes; objetivos, procedimientos y tareas para casa. Hay un hilo conductor que se manifiesta a lo largo de toda la intervención y que gira alrededor de tres cuestiones muy relevantes. Tal y como afirman Valett (1986, p. 107) y Gómez (2000, p. 77), estos puntos de referencia son, en primer lugar, la observación y el registro de la conducta de los niños, en segundo lugar, el conocimiento de las técnicas de Modificación de Conducta y en tercer lugar, la evaluación de los resultados.

En general, hay un acuerdo entre los autores a la hora de plantear una guía práctica para la formación de padres de niños con TDAH. La mayoría apuestan por mejorar la relación de padres e hijos mediante metodologías conductuales, como por ejemplo Amador, Forns y González (2010, p.215) y Méndez (2012).

La escuela de padres que he diseñado sigue este planteamiento. Los padres van a adquirir formación en las diferentes estrategias de modificación de conducta infantil. Las más utilizadas serán refuerzo positivo, retirada de atención, castigo, solución de problemas y autoinstrucciones.

**Distribución y contenido de las sesiones**

<b>SESIÓN 1</b>	
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentar a los integrantes del grupo.</li> <li>- Explicar los objetivos generales de la escuela de padres.</li> <li>- Descripción de la metodología.</li> <li>- Informar sobre el TDAH (etiología, síntomas, criterios diagnósticos, problemas asociados y variación de los síntomas con la edad)</li> </ul>
<b>Procedimientos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Información sobre el TDAH</li> <li>- Exposición y discusión.</li> </ul>
<b>Tareas para casa</b>	<p>Recomendación de la lectura de uno de los tres libros que muestro a continuación, referentes al trastorno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Green, C. y Chee, K. (2000). <i>El niño muy movido y despistado</i>. Barcelona: MEDICI</li> <li>• Soutullo (2008). <i>Convivir con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) 2º Ed.</i> Madrid: MÉDICA PANAMERICANA S.A.</li> <li>• Bauermeister, J. (2002). <i>Hiperactivo, Impulsivo, Distráido ¿Me Conoces? Guía sobre el déficit atencional para padres, maestros y profesionales</i>. Cruces-Barakaldo: COHS. Consultores en Ciencias Humanas, S.L.</li> </ul> <p>Registrar durante cinco días comportamientos adecuados emitidos por el niño a partir de observaciones diarias al menos de veinte minutos. (Hoja de registro, anexo 4).</p>

<b>SESIÓN 2</b>	
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomar conciencia de los comportamientos adecuados mostrados por el niño.</li> <li>- Entender la importancia del refuerzo positivo, utilizando siempre que sea posible el refuerzo natural contingente.</li> </ul>
<b>Procedimientos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discusión de la tarea para casa.</li> <li>- Resumen de los comportamientos adecuados observados.</li> <li>- Explicación del concepto de refuerzo positivo.</li> <li>- Discusión sobre diferentes maneras de reforzar un comportamiento: atención, toque físico, alabanza, hacer regalos, realizar conjuntamente actividades agradables, etc.</li> <li>- Consejos sobre aspectos que no deben asociarse al refuerzo positivo: criticar, dar órdenes, proponer desafíos, etc.</li> <li>- Resumen escrito de la sesión para entregar a los padres.</li> </ul>
<b>Tareas para casa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Listar cuatro comportamientos adecuados emitidos por el niño y presentar un refuerzo positivo contingente a los mismos.</li> <li>- Realizar la actividad propuesta con registro durante cinco días.</li> </ul> <p>(Anexo 5).</p>
<b>SESIÓN 3</b>	
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocer y discutir las dificultades que han aparecido, aplicando el refuerzo positivo.</li> <li>- Reconocer los comportamientos propios de cada etapa evolutiva de los niños.</li> </ul>

<p><b>Procedimientos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repaso de los aspectos fundamentales de la sesión anterior.</li> <li>- Comentario por parte de los padres de su experiencia al realizar la tarea para casa.</li> <li>- Aclaración de las dudas que hayan podido aparecer.</li> <li>- Aprender mediante un “ensayo de papeles” como reforzar el comportamiento adecuado.</li> <li>- Explicación de los comportamientos propios de cada etapa y signos de alerta.</li> <li>- Entrega del resumen de la sesión.</li> </ul>
<p><b>Tareas para casa</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registrar y poner en práctica el refuerzo positivo ante comportamientos adecuados del niño. (anexo 5).</li> </ul>
<p><b>SESIÓN 4</b></p>	
<p><b>Objetivos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asimilar que el comportamiento humano es consecuencia de la relación entre la carga genética y el contexto ambiental. La relación entre la persona y su contexto es lo que hace que se mantenga dicho comportamiento.</li> <li>- Conocer y practicar la estrategia de “atención diferencial”.</li> </ul>
<p><b>Procedimientos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repaso de los aspectos fundamentales de la sesión anterior.</li> <li>- Comentario por parte de los padres de su experiencia al realizar la tarea para casa.</li> <li>- Planteamiento de una cuestión para que cada padre responda individualmente por escrito, “¿Por qué el niño presenta comportamientos inadecuados?”.</li> <li>- Discutir las respuestas por grupos pequeños.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confeccionar una síntesis sobre las causas aparecidas y exponerla ante el grupo.</li> <li>- Discusión sobre el tema “herencia frente ambiente”.</li> <li>- Plantear la importancia de la atención como refuerzo que mantiene el comportamiento adecuado y el inadecuado.</li> <li>- Exponer el procedimiento de atención diferencial (elijo lo que voy a atender y lo que no, por ejemplo, cuando diga tonto no lo voy a atender).</li> <li>- Resumen escrito de la sesión para entregar a los padres.</li> </ul>
<b>Tareas para casa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar y registrar comportamientos inadecuados mostrados por el niño, señalando los que podrían ser ignorados (Anexo 6).</li> </ul>
<b>SESIÓN 5</b>	
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar los comportamientos inadecuados que pueden ser ignorados.</li> <li>- Aprender a ignorar comportamientos inadecuados..</li> </ul>
<b>Procedimientos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repaso de los aspectos fundamentales de la sesión anterior.</li> <li>- Debate de la tarea en pequeños grupos, apreciando comportamientos propicios para ser ignorados de otros que no deberían serlo, aportando las razones.</li> <li>- Enumeración de comportamientos susceptibles de ser tratados mediante la retirada de atención.</li> <li>- Práctica mediante “role playing” sobre como ignorar el comportamiento (controlar la mirada, los gestos y las expresiones de enfado, adoptar expresión corporal que indique indiferencia).</li> <li>- Resumen escrito de la sesión para entregar a los padres.</li> </ul>



<p><b>Tareas para casa</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registrar comportamientos inadecuados del niño que puedan ignorarse, ignorarlos y registrar la respuesta del niño (Anexo 7).</li> </ul>
<p><b>SESIÓN 6</b></p>	
<p><b>Objetivos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejorar la empatía de los padres hacia sus hijos.</li> <li>- Comparar metodologías educativas entre los padres asistentes y las que ellos vivenciaron como hijos por parte de sus padres.</li> <li>- Saber las causas que les hacen ser poco consecuentes.</li> <li>- Saber cuáles son las principales dificultades para ignorar comportamientos inadecuados.</li> <li>- Distinguir comportamientos inadecuados por exceso y comportamientos inadecuados por defecto.</li> </ul>
<p><b>Procedimientos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repaso de los aspectos fundamentales de la sesión anterior.</li> <li>- Representación individual de la infancia por parte de los padres, utilizando material lúdico y describiéndose como cuando eran niños (hacer hincapié en comportamientos y sentimientos)</li> <li>- Contraste entre los comportamientos presentados por los padres en su infancia con los presentados por los hijos.</li> <li>- observación sobre la influencia que la educación recibida por los padres, ha tenido en la que ellos ofrecen a sus hijos.</li> <li>- Expresión mediante una palabra el sentimiento que les produce ignorar comportamientos inadecuados.</li> <li>- Ofrecer al grupo el conjunto de palabras expresadas y comentarlas.</li> <li>- Debate sobre las dificultades manifestadas por los padres en la situación de ignorar. Los padres aportan información sobre</li> </ul>

	<p>situaciones donde les ha resultado más difícil y situaciones donde les ha resultado más fácil, explicando las razones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contraste entre comportamientos inadecuados por exceso e inadecuados por defecto.</li> <li>- Resumen escrito de la sesión para entregar a los padres.</li> </ul>
<b>Tareas para casa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registrar un comportamiento inadecuado y describir la situación en que se produjo (Anexo 8).</li> <li>- Seguir con el refuerzo de comportamientos adecuados y con la práctica de ignorar los inadecuados.</li> <li>-</li> </ul>
<b>SESIÓN 7</b>	
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar un análisis funcional (saber lo que se produjo antes y lo que se produjo después de los comportamientos inadecuados).</li> </ul>
<b>Procedimientos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repaso de los aspectos fundamentales de la sesión anterior.</li> <li>- Comentario por parte de los padres de su experiencia al realizar la tarea para casa.</li> <li>- Realizar un análisis funcional del comportamiento inadecuado registrado por cada padre.</li> <li>- Resumen escrito de la sesión para entregar a los padres.</li> </ul>
<b>Tareas para casa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir con la observación y el registro de las variables relacionadas con la presencia del comportamiento a analizar (Anexo 8).</li> </ul>

<b>SESIÓN 8</b>	
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer y aplicar metodologías educativas para modificar comportamientos.</li> </ul>
<b>Procedimientos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repaso de los aspectos fundamentales de la sesión anterior.</li> <li>- Comentario por parte de los padres de su experiencia al realizar la tarea para casa.</li> <li>- Repaso sobre el reforzamiento diferencial.</li> <li>- Definición del método de “la economía de fichas” y de “contrato de contingencias”.</li> <li>- Debate sobre la relevancia de planificar con antelación las consecuencias que van a tener los comportamientos de los niños.</li> <li>- Práctica mediante el ensayo de papeles de las técnicas aprendidas.</li> <li>- Los padres debaten diferentes actuaciones ante el comportamiento de los niños.</li> <li>- Resumen escrito de la sesión para entregar a los padres.</li> </ul>
<b>Tareas para casa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emplear el procedimiento seleccionado para producir el cambio deseado en el comportamiento del niño.</li> <li>- Observar y registrar los consecuentes asociados al comportamiento no adecuado y detallar las variables en torno a la situación en que ocurrió (Anexo 8).</li> </ul>
<b>SESIÓN 9</b>	
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comentar los resultados del procedimiento elegido.</li> <li>- Diseñar cambios en caso de considerarse preciso.</li> </ul>

<p><b>Procedimientos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repaso de los aspectos fundamentales de la sesión anterior.</li> <li>- Debate sobre la cuesta en marcha del procedimiento seleccionado, centrándose en las dificultades detectadas.</li> <li>- Análisis funcional del escenario en el que se ha dado el comportamiento, contemplando antecedentes y consecuentes.</li> <li>- Exposición de las diferentes técnicas de modificación de conducta infantil, como “tiempo fuera, el coste de respuesta y el castigo”. Se explicaran los efectos de estas técnicas.</li> <li>- Se practicarán las técnicas aprendidas mediante “role playing”.</li> <li>- Analizar la adecuación de los procedimientos en base a la información facilitada por los padres.</li> <li>- Debate sobre nuevas actuaciones ante comportamientos inadecuados seleccionados.</li> <li>- Resumen escrito de la sesión para entregar a los padres.</li> </ul>
<p><b>Tareas para casa</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Práctica de los procedimientos seleccionados.</li> <li>- Observar y registrar consecuentes asociados a los comportamientos de los niños (Anexo 9).</li> </ul>
<p><b>SESIÓN 10</b></p>	
<p><b>Objetivos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comentar los resultados del procedimiento elegido.</li> <li>- Diseñar cambios en caso de considerarse preciso.</li> </ul>
<p><b>Procedimientos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repaso de los aspectos fundamentales de la sesión anterior.</li> <li>- Debate sobre la cuesta en marcha del procedimiento seleccionado, centrándose en las dificultades detectadas.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Análisis funcional del escenario en el que se ha dado el comportamiento, contemplando antecedentes y consecuentes.</li> <li>- Analizar la adecuación de los procedimientos en base a la información facilitada por los padres.</li> </ul>
<b>Tareas para casa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Puesta en práctica de los procesamientos seleccionados.</li> <li>- Observar y registrar consecuentes asociados a los comportamientos de los niños (Anexo 9).</li> </ul>
<b>SESIÓN 11</b>	
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comentar los resultados del procedimiento elegido.</li> <li>- Diseñar cambios en caso de considerarse preciso.</li> </ul>
<b>Procedimientos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repaso de los aspectos fundamentales de la sesión anterior.</li> <li>- Debate sobre la puesta en marcha del procedimiento seleccionado, centrándose en las dificultades detectadas.</li> <li>- Análisis funcional del escenario en el que se ha dado el comportamiento, contemplando antecedentes y consecuentes.</li> <li>- Analizar la adecuación de los procedimientos en base a la información facilitada por los padres.</li> </ul>
<b>Tareas para casa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Puesta en práctica de los procedimientos seleccionados.</li> <li>- Observar y registrar consecuentes asociados a los comportamientos de los niños (Anexo 9).</li> <li>- Rellenar las escalas e instrumentos de evaluación.</li> </ul>
<b>SESIÓN 12</b>	
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación del logro de los objetivos propuestos</li> </ul>

	<p>inicialmente y proponer otros tratamientos si se considera pertinente.</p>
<p><b>Procedimientos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repaso de los aspectos fundamentales de la sesión anterior.</li> <li>- Valoración de la puesta en práctica de los procedimientos y de los resultados que se han obtenido.</li> <li>- Detalle de comportamientos que actualmente no han mejorado y debate sobre formas de actuar.</li> <li>- Informar acerca de las sesiones de seguimiento: cantidad de sesiones y distribución a lo largo del tiempo.</li> <li>- Remitir a otros tratamientos para casos en los que los objetivos iniciales no se hayan conseguido.</li> <li>- Comparar mediante los instrumentos de evaluación los resultados de la intervención y entregar dichos instrumentos a cada uno de los padres.</li> </ul>

### **Sesiones de seguimiento y finalización del grupo**

Se realizarán sesiones de seguimiento al mes y a los tres meses tras finalizar la escuela de padres. Durante estas sesiones se valorará el nivel de mantenimiento de los resultados y se aclararán dudas que presenten los padres. Se puede ofrecer la opción a los padres de mantener contacto telefónico durante este tiempo si precisaran algún tipo de consejo.

### **4. CONCLUSIONES FINALES**

Desde el momento en que se me ofreció la posibilidad de elegir el tema sobre el que realizaría mi Trabajo Fin de Grado, ya tuve la clara idea de dedicarlo al TDAH. Esto fue así por varias razones, la primera de ellas debido a que durante mi formación académica

fue una de las dificultades presentes en los niños en edad escolar que más nos han nombrado desde las diferentes asignaturas. Los profesores insistían en su gran relevancia y repercusión. En segundo lugar, el encontrarme con alumnos con estas características durante mi etapa de prácticas, hizo aumentar en mí el deseo de investigar y profundizar en el conocimiento de este trastorno, con el objetivo de estar lo mejor preparada posible cuando tenga que enfrentarme en un aula con niños que presenten este trastorno.

Una vez decidido el tema de mi trabajo he empezado un largo proceso que ha pasado por diferentes fases, la primera de ellas ha sido la recopilación de bibliografía, tengo que decir que existe una extensa bibliografía relacionada con el TDAH. Para mí en principio podía ser una ventaja. Sin embargo, he descubierto que se ha convertido en el gran reto de mi trabajo porque al disponer de tanta información, a veces muy dispar, he tenido que analizar, organizar y formular las ideas y conceptos con los que me he ido encontrando. Sobretudo ha supuesto para mí mucha dificultad llegar a aglutinar los aspectos relacionados con epidemiología y etiología del TDAH. En este sentido los autores consultados ofrecían datos muy diversos.

En la siguiente fase he elaborado un índice que me serviría de guía en la elaboración de la información. En este sentido he intentado abordar todos los aspectos relacionados con el TDAH, como son la definición, la prevalencia del trastorno, sus causas, cómo llegar a un diagnóstico y el tratamiento. En una tercera y última fase he decidido darle una visión práctica a mi trabajo optando por diseñar una escuela de padres como una alternativa de intervención en el TDAH. Esta decisión ha venido motivada después de la lectura y análisis de toda la bibliografía consultada. Me he dado cuenta del potencial que puede llegar a tener la familia en el tratamiento del TDAH y cómo desde la escuela se pueden y se deben promocionar programas de este tipo.

No quiero cerrar estas conclusiones sin añadir lo que ha supuesto para mí la realización de este trabajo. A ese respecto tengo que decir que ha sido una experiencia gratificante y enriquecedora, la considero muy valiosa para mi formación profesional y personal. Profesional porque como he mencionado anteriormente, aumenta mi capacidad como educadora y a nivel personal porque ha despertado en mí el deseo de

ayudar a niños que por diferentes razones no se ajustan a la norma existente desarrollando una mayor empatía hacia ellos.

Merece la pena mantener la lucha para conseguir grandes metas, el TDAH no puede ser el obstáculo que nos lo impida. Personalidades de todos los ámbitos nos lo demuestran. Como ejemplos significativos tenemos a:

- Will Smith - Actor
- Bill Gates - Cofundador de Microsoft.
- Sylvester Stallone - Actor
- Justin Timberlake - Cantante
- Steve Jobs - Cofundador y presidente ejecutivo de Apple
- Dani Martín - Cantante
- Pablo Motos - Presentador de TV
- Xavier Uribe Echevarría - Fundador de Anboto

Como Albert Einstein nos recuerda en su célebre frase: “Todos somos genios, pero si juzgas a un pez por su habilidad para trepar árboles, vivirá toda su vida pensando que es un inútil”.



## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amador, J.A., Forns, M. y González, M. (2010). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Madrid: Síntesis. S.A. 229-31.
- American Psychiatric Association (1983). *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III)*, Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*, 1º Ed. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, 5º Ed. Madrid: Médica panamericana.
- Barkley, R. y Benton, C. (2000). *Hijos desafiantes y rebeldes. Consejos para recuperar el afecto y lograr una mejor relación con su hijo*. Barcelona: Espasa Libros, S. L. U.
- Bauermeister, J. (2002). *Hiperactivo, Impulsivo, Distráido ¿Me Conoces? Guía sobre el déficit atencional para padres, maestros y profesionales*. Cruces-Barakaldo: COHS. Consultores en Ciencias Humanas, S.L. 92.
- Brown, T. E. (2003). *Trastorno por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*. Barcelona: Masson.
- Buendía, J. (1996). *Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos actuales*. Madrid: Pirámide.
- Casajús Lacosta, A. (2009). *Didáctica escolar para alumnos con TDAH*. Barcelona: Horsori. 47-45.
- Catalá- López, F. y otros. Prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes en España: una revisión sistemática y metaanálisis de estudios epidemiológicos. *BMC Psychiatry*201212: 168 Catalá-López y otros; licenciario BioMed Central Ltd. 2012. Recibido: 6 de noviembre de 2011. Aceptado: 10 de octubre de 2012. Publicado: 12 de octubre de 2012.
- Corrobles, J.A. y Pérez-Parejaa, J. (2009). *Escuela de padres. Guía práctica para evitar problemas de conducta y mejorar el desarrollo infantil*. Madrid. Pirámide. 17.
- Ezpeleta, I. (2010). *La entrevista diagnóstica con los niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis.

- Fedeli, D. (2012). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Madrid: Popular.
- Ferré Veciana, J. (1999). *Los trastornos de la atención y la hiperactividad. Diagnóstico y tratamiento neurofuncional y causal*. Barcelona: Lebón, S.L. 15-16, 85, 135, 211-212.
- Gómez, T. (2000). *Niños hiperactivos*. Barcelona: RBA Libros. 77.
- Green, C. y Chee, K. (2001). *El niño muy movido y despistado*. Barcelona: Medici. 20, 23-24, 27-28, 76, 85.
- Lahey, B.B., Hartdagen, S. E., Frick, P. J., McBurnett, K., Conner, R. Ihnd, G. W. (1987) Phychopathology and antisocial behavior in the parents of childrend with conduct disorder and hyperactivity (*Psicopatología y conducta antisocial en padres de niños con alteraciones e hiperactividad*). *Revista Ameriana de Psiquiatria del niño y adolescente* 29, 620-626.
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE) BOE nº. 106, de 4 de mayo de 2006, Referencia: BOE-A-2006-7899, P. 53-54. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-7899-consolidado.pdf> en abril, día 24.
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE). BOE nº 295 de 10 de diciembre de 2013. Sec. 1. P. 97858. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2013/BOE-A-2013-12886-consolidado.pdf> en abril, día 24.
- Mayor, J. y Garcia, R. (2011), Trastorno por Definir de atención/Hiperactividad (TDAH) Revisión ¿Hacia dónde vamos ahora? *Revista chilena de psiquiatria y neurología de la infancia y adolescencia*, volumen 22, nº 2, (agosto 2011)
- Méndez, Y. (2012), *Técnicas de modificación de conducta y asesoramiento a padres*. (Módulo correspondiente al Master en Psicología Clínica Infantojuvenil); Impartido por el Instituto Superior de Estudios Psicológicos, Barcelona.
- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad e Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS) (2017). *Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*

- Miranda, C. y Santamaría, M. (1986) *Hiperactividad y dificultades de aprendizaje. Análisis y técnicas de recuperación. Valencia: Promolibro.*
- Polaino-Lorente, A. y Ávila de Encio, C. (1993). *¿Cómo vivir con un niño hiperactivo?* Madrid: AC. 6-7, 27-33.
- Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. La prevalencia mundial d TDAH: una revisión sistemática y análisis de metarregresión. Am J Psiquiatría. 2007; 164:942-948. Doi: 10.1176/ appi.ajp. 164.6.942. [PubMed] [Referencia cruzada].
- Puig, C. y Balés, C. (2008). *Estrategias para entender y ayudar a niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA/H).* Barcelona: Ceac, 5-6, 25, 50.
- Puig, C., Balés, C., Revertes, M. y Oliva, C. (2012) *Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad* (módulo correspondiente al Master en Psicología Clínica Infantojuvenil); Impartido por el Instituto Superior de Estudios Psicológicos, Barcelona.
- Soutullo (2008). *Convivir con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)* 2º Ed. Madrid: Médica panamericana S.A.
- Valett,R. (1986). *Niños hiperactivos. Guía para la familia y la escuela.* Madrid: Cincel, S.A. 105-107.
- Velasco, R. (1980). *El niño hiperhiperquinético. Los síndromes de disfunción cerebral.* 2ª Ed. México: TRILLAS.
- Web de la fundación Cadah. Consultado el día 3 de marzo del año 2018. Recuperado de <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/que-causa-y-que-no-causa-el-tdah.html>
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A. (2008). *Psicopatología del niño y del adolescente.* Madrid: Pearson educación, S.A. 214- 216.
- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen HC. EL Tamaño y la carga de los trastornos mentales y otros trastornos del cerebro en Europa 2010. Eur Neuropsychopharmacol. 2011; 21:655-679. Doi:10.1016/j.euroneuro.2011.07.018. [PubMed] [Referencia cruzada]. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2305783>

## 6. ANEXOS

### Anexo 1. Cuestionario de riesgo de TDA

#### Cuestionario de riesgo de TDA de J. Ferré (Ferré, 1999, p. 265)

El cuestionario de riesgo de TDA (C.R.T.D.A.) ha sido elaborado para que los profesionales de la educación lo utilicen como una guía para detectar los niños que se pueden considerar de riesgo y derivarlos a un profesional para que elabore un diagnóstico.

Lo ideal es rellenarlo en una entrevista con los padres para que los datos sean más completos y fiables.

Este cuestionario es una guía para que el profesor la utilice mediante una conversación directa con los padres y, al rellenarlo, se tengan en cuenta las reacciones del niño en el aula y en su casa.

- Colocar dentro del paréntesis el número con el cual el niño realiza dichas acciones con más frecuencia:

NUNCA: 1

ALGUNA VEZ: 2

FRECUENTEMENTE: 3

CASI SIEMPRE: 4

SIEMPRE: 5

#### **A- ATENCIÓN**

1. Hay que llamarle varias veces para que acuda a comer, a arreglarse, para salir, etc. ( )
2. Deja para mañana las obligaciones. ( )
3. Le cuesta dejar las cosas en su sitio. ( )
4. Le cuesta recoger sus juguetes y materiales escolares. ( )
5. Es demasiado juguetón. ( )

6. Se muestra ausente. ( )
7. Le cuesta dormirse. ( )
8. Es incapaz de estar sentado. ( )
9. Deja sin terminar las cosas que empieza. ( )
10. Se distrae fácilmente. ( )
11. Le resulta difícil concentrarse. ( )
12. Se olvida fácilmente de las cosas o las instrucciones que le dan. ( )
13. Le resulta imposible atender dos órdenes seguidas. ( )
14. Le resulta muy difícil organizar su tiempo. ( )
15. Le cuesta mucho hacer deberes solo. ( )
16. Se muestra excesivamente preocupado por la muerte o la enfermedad. ( )
17. No sabe dónde están o dónde debe dejar las cosas. ( )
18. Parece que no oye o no escucha. ( )
19. Tiende a gritar demasiado. ( )
20. Oye la música y la televisión a gran volumen. ( )
21. Le cuesta retener lo que aprende. ( )
22. Parece estar pendiente de otra cosa distinta a la que está haciendo. ( )
23. Tiene enfermedades alérgicas. ( )
24. Hay que llamarlo varias veces antes de que acuda. ( )
25. Le cuesta mantener un orden cuando come, se baña o asea. ( )
26. Se golpea y sufre accidentes con frecuencia. ( )
27. Tiene tics. ( )
28. Come desesperadamente. ( )

29. Le cuesta dormirse. ( )
30. Tiene dificultades para controlar los esfínteres de noche y de día. ( )
31. No se sitúa en el tiempo. ( )

**1) HIPERACTIVIDAD**

32. Molesta a niños y adultos. ( )
33. Actúa antes de pensar lo que tiene que hacer. ( )
34. Contesta antes de escuchar la pregunta. ( )
35. Le cuesta participar en actividades de grupo. ( )
36. Toca todo lo que ve. ( )
37. No puede estar sentado ni un momento. ( )
38. Irrumpe en actividades que no le corresponden. ( )
39. Duerme muy inquieto. ( )
40. Se muestra inquieto y nervioso todo el día. ( )
41. Cambia de actividad y de juego sin terminar lo que está haciendo. ( )
42. Es indisciplinado. ( )
43. No respeta a los adultos. ( )
44. No puede estar en silencio cuando se le pide. ( )
45. No colabora en el orden de la casa. ( )
46. Le cuesta esperar un turno. ( )
47. Parece que no controla su cuerpo. ( )
48. Le inquieta ir en coche y se porta mal. ( )
49. Tiene que mover las manos, los pies o las piernas. ( )
50. Tiene sincinesias al escribir o leer (movimientos rítmicos). ( )

51. Parece sensible a los castigos. ( )

**2) IMPULSIVIDAD**

52. Es violento. ( )

53. Le cuesta tener amigos. ( )

54. Se lleva muy mal con los hermanos. ( )

55. No le gusta nada ir al colegio y hace muchas cosas para evitarlo. ( )

56. Toca todo lo que no tiene que tocar. ( )

57. Tiene reacciones emocionales desmesuradas. ( )

58. Es muy visceral en sus reacciones. ( )

59. Tiene un humor muy irregular. ( )

60. Le gusta retar a los adultos. ( )

61. Se da cuenta de las cosas después de haberlas hecho. ( )

62. Le cuesta perder cuando juega. ( )

63. Es el protagonista de pequeños accidentes domésticos. ( )

64. Le cuesta obedecer órdenes. ( )

65. Le cuesta mucho ser fiel a sus promesas o pactos que le proponen sus padres o educadores. ( )

66. Es impaciente, todo tiene que ser en el momento. ( )

El cálculo del coeficiente de riesgo de TDA (CRTDA) se realiza dividiendo la suma total de las puntuaciones obtenidas en todos los ítems por la edad del niño y comparándolo con el valor de las tablas.

$$\text{CRTDA} = \text{ST} / \text{EDAD}$$

TABLA DE VALORACIÓN DEL C.R.T.D.A.

Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad

	<b>3<sup>a</sup></b>	<b>4<sup>a</sup></b>	<b>5<sup>a</sup></b>	<b>6<sup>a</sup></b>	<b>7<sup>a</sup></b>
<b>Normal</b>	50-60	35-50	30-40	15-30	20-30
<b>Riesgo</b>	60-80	50-60	40-50	30-40	25-35
<b>Alto riesgo</b>	80-100	60-70	50-60	40-50	35-45
<b>Grave</b>	>100	>70	>60	>50	>45

Además del valor del C.R.T.D.A. hay que considerar que forma especial el valor igual o superior a 4 en los ítems 6, 7, 11, 12, 16, 18, 20, 21, 22, 27, 28, 33, 35, 39, 41, 47, 50, 52, 53, 57, 60, 65, destacadas en “negrita”, porque definen situaciones que son patológicas en sí mismas, independientemente de la puntuación total que se obtenga.



## **Anexo 2. Asociaciones DE TDAH**

Recuperado de: <https://www.fundacioncadah.org/web/asociaciones-tdah/index.html>

- Nacional

### **Asociación ACODAH (Cordoba)**

Email: [acodah@gmail.com](mailto:acodah@gmail.com)

Tlfn: 625263515

Dirección: Avda. La Alameda, 1 esc. 2-3º-4 - 14005 Córdoba (Córdoba)

### **Asociación El Puente-TDAH (Puente Genil)**

Email: [elpuentetdah@gmail.com](mailto:elpuentetdah@gmail.com)

Tlfn: 628984349 / 957609161

Dirección: C/ Madrid, nº 19 14500 Puente Genial (Córdoba)

### **Asociación AFAFDA (Tárrega)**

Email: [afafda\\_lleida@yahoo.es](mailto:afafda_lleida@yahoo.es)

Tlfn: 686098170

Dirección: Carrer del Segle XX, 2 (Centre d'Entitats) Tàrrega · 25300

### **Asociación A.A.D.A.H. (Alicante)**

Email: [info@adahalicante.org](mailto:info@adahalicante.org)

Tlfn: 603671047

Dirección: Centro Comunitario Playas Avda. Costablanca, nº 19 03540 Alicante

### **Asociación ASANHI (Salamanca)**

Email: [asanhi@hotmail.es](mailto:asanhi@hotmail.es) / [asanhi@gmail.com](mailto:asanhi@gmail.com)

Tlfn: 671487316 / 664844058

Dirección: C/ La Bañeza, 7 37006 Salamanca

- Aragón

### **Asociación AATEDA (Zaragoza)**

Email: [administración@ateda.es](mailto:administración@ateda.es)

Tlfn: 976522293

Dirección: Calle Poeta Blas de otero nº 2 Local 5 50018 Zaragoza

**Asociación ATENCIONA (Zaragoza)**

Email: asociacionatenciona@gmail.com

Tlfno: 876164948 / 675493273

Dirección: Calle Concepción Saiz de Otero nº 16, C.P. 50.018 Zaragoza

**ACNIDA. Asociación Comarcal de Niños, Niñas y Adultos con Dificultades de Aprendizaje del Bajo/Baix Cinca**

Email: acnida2012@gmail.com

Tlfno: +34 628 675 773 / +34 638 729 538

Dirección: C/ Joaquín Blume, 4, Planta 3ª, puerta B 22520 Fraga

**Anexo 3. Formulario para la entrevista inicial con la familia**

**Identificación/localización**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M/F

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Datos del núcleo familiar**

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco con el niño/a: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

**Informaciones adicionales**

Enviado por: \_\_\_\_\_

¿El niño ya ha seguido algún tratamiento?

SI/NO Especifique: \_\_\_\_\_

¿Toma algún medicamento?

SI/NO Especifique: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_

Horarios disponibles para la escuela de padres: \_\_\_\_\_

**Anexo 4. Hoja de registro del comportamiento infantil: Comportamientos adecuados**

**Nombre del/la padre/madre:** \_\_\_\_\_

**Nombre del/la niño/a:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** observe el comportamiento del niño al menos durante 20 minutos, durante 5 días. Anote todos los comportamientos que observe y que considere adecuados (aunque parezcan simples).

En la columna de “comportamiento”, se anota cada comportamiento adecuado. Cuando ese comportamiento se repita de nuevo, solo hace falta poner una cruz en la casilla correspondiente al día en el que se ha repetido.

Comportamiento	1er día				2º día				3er día				4º día				5º día			

**Anexo 5. Hoja de registro del comportamiento infantil: Refuerzo de comportamientos adecuados.**

**Nombre del/la padre/madre:** \_\_\_\_\_

**Nombre del/la niño/a:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Escoja al menos cuatro comportamientos adecuados que hace su hijo y procure reforzarlo de la forma más natural posible, es decir, muéstrele mediante su atención que ese comportamiento es apreciado por usted. No recomendable utilizar críticas, hacer preguntas, proponer desafíos, ni excederse en las ordenes.

<b>Comportamiento adecuado del niño</b>	<b>Comportamiento del padre/madre (refuerzo)</b>	<b>Reacción del niño/dificultades percibidas</b>

**Anexo 6. Hoja de registro del comportamiento infantil: Observación de comportamientos inadecuados.**

**Nombre del/la padre/madre:** \_\_\_\_\_

**Nombre del/la niño/a:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Observe a su hijo/a durante esta semana y anote todos los comportamientos inadecuados que presente. Describa todos los comportamientos, indicando a continuación si podrían o no ser ignorados (de acuerdo con las discusiones llevadas a cabo en la sesión), marcando una equis (X) en la columna correspondiente.

Descripción del comportamiento inadecuado	¿El comportamiento puede ser ignorado?	
	SI	NO

**Anexo 7. Hoja de registro de extinción de comportamientos infantiles inadecuados.**

**Nombre del/la padre/madre:** \_\_\_\_\_

**Nombre del/la niño/a:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Observe a su hijo/a durante esta semana y aplique el procedimiento de retirada de atención (ignorar), según lo discutido en el grupo. Ignore solamente los comportamientos inadecuados emitidos por el niño, aquellos que estén mantenidos por la atención y que no causen daños ni sean peligrosos. Anote el comportamiento infantil inadecuado, el comportamiento que usted presentó en la situación y que sucedió después.

<b>Situación/comportamiento infantil inadecuado</b>	<b>Comportamiento del padre/madre</b>	<b>Lo que sucedió después</b>

**Anexo 8. Registro de informaciones para el análisis funcional del comportamiento infantil inadecuado.**

**Nombre del/la padre/madre:** \_\_\_\_\_

**Nombre del/la niño/a:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Observe a su hijo/a durante esta semana y elija un comportamiento que considere inadecuado con el objetivo de realizar el registro. Después de la elección del comportamiento, anote detalladamente lo que estaba sucediendo antes de que ocurriera el comportamiento inadecuado, cuál fue el comportamiento del niño y qué pasó inmediatamente después. Registre el máximo de detalles posible.

Comportamiento inadecuado escogido: \_\_\_\_\_

Descripción del comportamiento y detalles de la situación:

---

---

---

---

---



**Anexo 9. Registro de comportamientos infantiles inadecuados: otras técnicas de modificación de conducta**

**Nombre del/la padre/madre:** \_\_\_\_\_

**Nombre del/la niño/a:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Observe a su hijo/a durante esta semana y aplique el procedimiento elegido durante la sesión (economía de fichas, castigo, time-out...). Según lo debatido en el grupo. Anote el comportamiento infantil inadecuado. El comportamiento que usted presentó en la situación y que sucedió después.

<b>Situación/comportamiento infantil inadecuado</b>	<b>Comportamiento del padre/madre</b>	<b>Lo que sucedió después</b>