



**Universidad
Zaragoza**

Trabajo Fin de Grado

Relevancia de una actuación temprana en las fases iniciales del TDAH en el contexto de Aragón

Autor

Carlos Remón Navarro

Director

Luis Carlos Delgado Pastor

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

Año 2014

INDICE

<u>Introducción.....</u>	<u>3</u>
<u>Justificación.....</u>	<u>4</u>
<u>Objetivos</u>	<u>4</u>
<u>1.- Fundamentación teórica</u>	<u>5</u>
<u>1.1.- Evolución Histórica.....</u>	<u>5</u>
<u>1.2.- Definición y características del TDA</u>	<u>7</u>
<u>1.3.- Trastornos asociados / Comorbilidad</u>	<u>10</u>
<u>1.4.- Etiología.....</u>	<u>15</u>
<u>1.5.- TDAH en los distintos sistemas de clasificación</u>	<u>17</u>
<u>1.6.- Tipos de tratamiento</u>	<u>20</u>
<u>1.7.- Tratamiento Psicopedagógico.....</u>	<u>25</u>
<u>1.8.- Líneas de investigación futuras.....</u>	<u>33</u>
<u>1.9.- Postura crítica de algunos padres hacia el tratamiento habitual del TDAH</u>	<u>37</u>
<u>2.- La realidad del TDAH en Aragón</u>	<u>38</u>
<u>2.1.- Protocolo de intervención del TDAH en Aragón.....</u>	<u>38</u>
<u>2.2.- Actualidad del TDAH en Aragón.....</u>	<u>43</u>
<u>2.3.- Asociaciones de TDAH</u>	<u>50</u>
<u>3.- Importancia del diagnóstico precoz y la atención temprana del TDAH. Estrategias fuera y dentro del aula con el alumno con TDAH.....</u>	<u>55</u>
<u>3.1.- Diagnóstico Precoz y Atención Temprana</u>	<u>55</u>
<u>3.2.- Actualidad del TDAH en Aragón.....</u>	<u>59</u>
<u>4.- Experiencia de una intervención psicoeducativa con un alumno con síntomas de TDAH</u>	<u>65</u>
<u>4.1.-Detección temprana de las dificultades del alumno y hoja de derivación.....</u>	<u>65</u>
<u>4.2.- Evaluación Psicopedagógica</u>	<u>71</u>
<u>4.3.- Conclusiones y orientaciones.....</u>	<u>74</u>
<u>5.- Conclusiones del trabajo</u>	<u>75</u>
<u>Referencias Bibliográficas</u>	<u>78</u>
<u>Anexos.....</u>	<u>81</u>

Trabajo multidisciplinar en alumnos TDAH en la CCAA de Aragón.

- Elaborado por Carlos Remón Navarro
- Dirigido por Luis Carlos Delgado Pastor
- Depositado para su defensa el 19 de Septiembre de 2014.

Resumen

El TDAH es actualmente, uno de los trastornos que afecta de forma más habitual a la población infanto-juvenil. Este trabajo pretende dar a conocer cómo se lleva a cabo una intervención multidisciplinar en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. El principal objetivo es explorar la realidad del TDAH en Aragón, el protocolo de intervención en niños con TDAH en esta Comunidad y algunos recursos fundamentales para familias y profesores.

Para ello he buscado en fuentes diversas desarrollando un marco teórico focalizándome en las líneas de investigación futuras, en la situación de esta problemática en la Comunidad Autónoma de Aragón, conociendo la situación actual, el Protocolo de Intervención en el TDAH, y el importante lugar que juegan las asociaciones, además de desarrollar la parte práctica de este trabajo, mediante mi propia experiencia en una intervención psicoeducativa en un alumno con sintomatología del TDAH. Como conclusión destaco la relevancia de la importancia de realizar un diagnóstico precoz y una adecuada atención temprana ya que, aunque la problemática que genera este trastorno va disminuyendo con la edad, es importante tratarle a tiempo mediante un tratamiento multidisciplinar con una buena coordinación y la necesidad de más recursos.

Palabras clave

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, trabajo multidisciplinar, sistema educativo, familia, atención temprana, intervención.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años hemos visto extenderse un concepto que para la mayor parte de la población era desconocido, pocos sabían de lo que se hablaba y sólo algunos sabían algo sobre el tema. Nos referimos al TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

La sociedad actual va a un ritmo demasiado acelerado para poder adaptarnos a las nuevas situaciones que se presentan. Los niños con TDAH con frecuencia no son capaces de adaptarse al estrés que genera y los adultos no son capaces de transmitirles la seguridad necesaria, es entonces cuando aparecen determinadas patologías como pueden ser la hiperactividad o el déficit de atención.

La convivencia con un niño, adolescente o adulto con TDAH no es fácil, ya que este trastorno ocasiona dificultades en el desarrollo de una persona, como disminución en el rendimiento, dificultades de adaptación social, etc., lo que ocasiona fuertes desajustes emocionales, por este motivo, muchas veces se confunde su diagnóstico con problemas de conducta que nada tienen que ver con la auténtica realidad, es un verdadero trastorno psiquiátrico conductual que se manifiesta con un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad impulsividad más frecuente y severo de lo que suele observarse en individuos con un nivel comparable de desarrollo (Peraza, 2010).

Además, este trastorno se da cada vez con mayor asiduidad en las aulas y requiere apoyo por parte de la comunidad educativa ya que tanto el niño con TDAH como su familia pueden presentar problemas en su vida cotidiana. Una buena atención e información por parte de especialistas les va a ayudar y facilitar su día a día.

A lo largo de este trabajo se van a desarrollar diferentes apartados que hacen referencia al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Se pretende conocer de forma más profunda el TDAH ya que está muy presente en nuestra realidad. Es importante saber detectarlo para poder realizar una atención temprana adecuada. Además de los servicios sociales y sanitarios los docentes tienen un papel destacado en la detección e intervención de estos alumnos.

JUSTIFICACIÓN

El motivo de la elección de este tema para la realización del Trabajo Fin de Grado es que veo importante para mi desarrollo personal y profesional, profundizar en el estudio tan debatido del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Conocer su historia, causas, sintomatología, realidad y situación actual de la Comunidad Autónoma de Aragón son aspectos que nos ayudarán a conocer más de cerca este trastorno.

En la realidad de nuestras aulas existen niños con estas características. Por ello los docentes que llevan tantos años ejerciendo y los que nos vamos a incorporar en unos años debemos conocer de cerca este trastorno, para atender de la forma más adecuada al niño con esta sintomatología.

Debemos tener en mente, que este tipo de alumno necesita ayuda educativa por parte del colegio como de sus familias. Con unos conocimientos adecuados y una buena actitud hacia los niños con TDAH conseguiremos una mayor comprensión del problema y una mayor integración a nivel escolar, familiar y social.

Todos los profesionales deben estar en contacto y en colaboración constante. La cooperación de todos los agentes implicados en el entorno del niño con TDAH será fundamental para su desarrollo a todos los niveles.

OBJETIVOS

Los principales objetivos de este trabajo son los siguientes:

- Concienciar tanto a maestros como a familias de la importancia de una detección precoz del TDAH y de un tratamiento multidisciplinar.
- Favorecer una mayor implicación y conocimiento del problema por parte de las familias.
- Contribuir a facilitar la integración en el aula de los niños con TDAH.
- Elaborar una propuesta de intervención, para abordar el problema dentro del aula, teniendo en cuenta las capacidades y limitaciones del niño
- Conocer los diferentes organismos a los que podemos acudir relacionados con el TDAH en Aragón

1.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.1.- Evolución Histórica

Es conveniente realizar un breve recorrido histórico sobre lo que hoy en día conocemos como “Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad” – TDAH- y ver como este ha ido evolucionando según sea el síntoma al que se le ha dado mayor importancia en las investigaciones científicas. Vamos a centrarnos en aquellos momentos más importantes y que nos darán una visión más global de la evolución histórica del concepto TDAH.

La primera referencia escrita la encontramos en 1798 en el libro “Una investigación sobre la naturaleza y el origen de la enajenación mental” de Sir Alexander Crichton.

Años más tarde, en 1845, el médico psiquiatra, escritor e ilustrador de cuentos, Heninrich Hoffmann escribió la obra titulada “Der Struwwelpeter” (Pedro el Melenas), un conjunto de 10 cuentos que tratan sobre diferentes problemas psiquiátricos de la infancia y adolescencia. Destaca el cuento “Fidgty Phil” (Felipe el Inquieto) que trata sobre las dificultades de atención e hiperactividad de este niño.

Posteriormente el pediatra británico George Still, en 1902 publicó un artículo en la revista “The Lancet” en el que describía a un grupo de niños con síntomas parecidos a los que hoy se diagnostican como TDAH de tipo combinado (Déficit de atención, impulsividad, hiperactividad). Se trataba de niños que no podían dejar de moverse, con una gran falta de atención y parecían no poder controlar su conducta. Still denominó a este conjunto de síntomas como “*Defectos en el Control Moral*”.

Después de la Primera Guerra Mundial, una epidemia de encefalitis en los EEUU (1917, 1918) permitió observar síntomas muy similares en personas que habían sufrido esta enfermedad. Cuando la inflamación remitía en pacientes desarrollaban progresivamente una serie de alteraciones tales como la hiperactividad, inatención, impulsividad y conductas disociales. Hohman, Kant y Cohen lo denominaron “*Lesión Cerebral Humana*”.

Más tarde, cuando se descubrió que esto también ocurría en personas que no habían sufrido ningún daño cerebral, el trastorno TDAH previamente denominado Daño

Cerebral Mínimo pasó a llamarse después “*Disfunción Cerebral Mínima (DCM)*” por Clements y Peters en 1962. Años después, entre 1950 y 1970 (edad de oro de la hiperactividad según Barkley), empiezan a surgir diferentes hipótesis. La hiperactividad pasa a ser el Síntoma Primario, en detrimento de la Impulsividad y el Déficit de Atención. Así, desde 1950, el trastorno de Disfunción Cerebral Mínimo cambió su nombre por el de “*Síndrome Hiperactivo*”.

El concepto de Hiperactividad se introdujo por primera vez en 1968 en el DSM II (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales II) con el nombre de “*Reacción Hiperactivo de la Infancia*”. Los DSM, publicados por la Asociación Americana de Psiquiatría, son manuales que contienen la clasificación de los trastornos mentales y sus Criterios de Diagnóstico. No es hasta 1972 cuando la investigación de Virginia Douglas influye definitivamente en el cambio de denominación del TDAH. Emerge el concepto de “*Déficit Atencional*”, siendo la Atención y la Impulsividad más significativas que la hiperactividad.

En el DSM III (Tercera Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, 1980) el trastorno paso a denominarse “*Trastorno de Déficit de Atención con y sin Hiperactividad (TDA + H y TDA – H)*”. En 1987, la revisión del DSM III supone un paso atrás al cambiar de nuevo el término por el de “*Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*” e ignorar el concepto de TDA sin Hiperactividad. A partir de este momento, los estudios e investigaciones empezaron a considerar que la Impulsividad y la Hiperactividad estaban relacionadas con la Atención.

En 1992, la OMS (Organización Mundial de la Salud) publica la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 10), en la que el TDAH se reconoce como entidad clínica y queda recogida dentro del grupo de trastornos del comportamiento y de las emociones.

En la revisión del DSM IV – TR (APA, 1994/2000), el trastorno pasa a llamarse TDAH y se consideran 3 subtipos:

- Predominante inatento.

- Predominante hiperactivo – impulsivo.
- Combinado.

El nuevo Manual Estadístico y de Diagnóstico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM 5), fue actualizado en el año 2013 y se realizaron cambios en la definición del TDAH, lo que afecta en cómo este trastorno se diagnostica en niños y adultos. Estos cambios se refieren a que por primera vez adultos y adolescentes pueden ser diagnosticados formalmente con TDAH. Además, en la edición anterior el TDAH se subclasifica en tres “subtipos” que ahora pasan a denominarse “presentaciones clínicas” que en las personas pueden variar en el transcurso de su vida. Esta modificación describe de mejor modo el efecto del trastorno en el individuo durante las diferentes etapas del ciclo vital. Un individuo con TDAH puede padecerlo en grado leve, moderado o severo. Esto se basa en el número de síntomas que la persona experimenta y lo difícil que dichos síntomas hacen la vida cotidiana.

Aunque los criterios enumerados en el DSM – V para el TDAH son una mejora sobre el DSM IV – TR, todavía no se abordan algunas cuestiones como son la diferencia entre sexos en el TDAH. Por ejemplo, los niños tienen tres veces más probabilidad de tener TDAH que las niñas. Según Sharma y Couture (2014) los niños son más propensos a tener el subtipo predominante hiperactivo – impulsivo y combinado, mientras que las niñas tienden a tener un subtipo predominantemente inatento. A lo largo de los años, gracias a este proceso, el TDAH se sitúa dentro del grupo de los trastornos del comportamiento con manifestaciones detectadas claramente entre los 6 y los 9 años de edad. En el ANEXO 1 se detallan los principales hitos históricos de los criterios diagnósticos del TDAH.

1.2.- Definición y características del TDAH

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) para Barkley (2002), es un trastorno del cerebro ejecutivo que provoca la incapacidad del niño para inhibir o retrasar sus respuestas, para organizar y controlar su atención, su conducta o sus emociones y para hacer frente a las demandas que se le presentan. Hacen lo que consideran interesante o entretenido en un momento determinado y tienden a evitar lo que no conlleva una recompensa inmediata.

Por otra parte, se define el TDAH como un trastorno de origen neurobiológico que se inicia en la edad infantil y que afecta entre un 3-7% de los niños en edad escolar. Se caracteriza por un nivel de impulsividad, actividad y atención no adecuados a la edad de desarrollo. Muchos niños y adolescentes con TDAH tienen dificultades para regular su comportamiento y ajustarse a las normas esperadas a su edad y, como consecuencia, presentan dificultades de adaptación en su entorno familiar, escolar y en las relaciones con sus iguales. A menudo rinden por debajo de sus capacidades y pueden presentar trastornos emocionales y del comportamiento (APA, American Psychiatric Association, 2001).

Como podemos ver, el TDAH es un trastorno que se caracteriza por la presencia de tres síntomas típicos déficit de atención, hiperactividad e impulsividad (Vaquerizo – Madrid y Cáceres – Marzal, 2006). Cada una de estas tres categorías se corresponden a un conjunto de síntomas.

- DÉFICIT DE ATENCIÓN
- IMPULSIVIDAD
- HIPERACTIVIDAD

Actualmente, el DSM – 5 (Manual Estadístico y de Diagnóstico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición) mantiene que este trastorno del neurodesarrollo contiene los tres grupos de síntomas anteriormente citados.

Para que se dé el trastorno de TDAH los tres síntomas o las conductas que de ellos se derivan se tienen que observar tanto en los ámbitos familiar, escolar y social de la persona.

DÉFICIT DE ATENCIÓN

- Parecen no escuchar cuando se les habla directamente (DSM V).
- No finalizan las tareas.
- A menudo olvidan o pierden cosas (DSM V).
- Se distraen con mucha facilidad (DSM V).
- Tienen dificultades para mantener la atención (DSM V).
- No siguen órdenes ni instrucciones (DSM IV – TR, V).
- Cambios frecuentes de conversación (DSM IV – TR).
- No prestan suficiente atención a los detalles (DSM V).
- Evitan el esfuerzo mental continuado (DSM V).
- Muestran dificultades para organizar las tareas (DSM V).
- Es descuidado en las actividades diarias (DSM V).
- Incurre en errores por descuido en las tareas escolares, trabajo o en otras actividades (DSM V).

HIPERACTIVIDAD

- Movimiento excesivo y continuo en situaciones inapropiadas (DSM IV – TR).
- Se muestran inquietos, nerviosos, revoltosos (DSM V).
- Actividad motriz elevada (DSM IV y V – TR).
- Tienen dificultades para jugar tranquilamente (DSM V).
- Abandonan sus asientos en el aula (DSM V).
- Molestan a los compañeros.

IMPULSIVIDAD

- Responde de forma precipitada a las preguntas (DSM IV – TR y DSM V).
- Tienen dificultades para guardar turnos (DSM IV – TR y DSM V).
- Intromisión en las actividades de otras (DSM V).
- Participación en peleas.
- Habla en exceso (CIE -10 y DSM V).

Tomado de Fundació Sant Joan de Déu, coordinador, 2010, pp. 47-48; Miranda et al., 2001, pp. 13 – 14 y Castells, 2006, pp. 55 – 57.

Además de estos tres síntomas citados por la mayor parte de los autores, podemos citar otros problemas menos específicos relacionados con este trastorno (López y Medina. 2013).

- Dificultad para las relaciones con otros niños y adultos
- Bajo rendimiento escolar.
- Baja autoestima.
- Problemas de comportamiento en el ámbito escolar, familiar y social.

1.3.- Trastornos asociados / Comorbilidad

El término comorbilidad hace referencia a las enfermedades y/o a diversos trastornos que se añaden a la enfermedad inicial. Estas enfermedades “secundarias” pueden deberse a la primera o, por el contrario, no tener ninguna conexión aparente con ella.

El TDAH en un porcentaje elevado de casos, se presenta junto a otros trastornos psicopatológicos. Es decir, la forma menos común que nos vamos a encontrar es el TDAH aislado en el individuo. Comúnmente el TDAH, viene acompañado de una comorbilidad, es decir, esconde otros trastornos asociados que pueden tardar en diagnosticarse y requieren igual atención que el anterior.

En un estudio realizado en Suecia por el grupo de Kadesjo se ponía en evidencia que el 87% de niños que cumplían todos los criterios de TDAH tenían por lo menos un diagnóstico comórbido y que el 67% cumplían los criterios por lo menos para dos trastornos comórbidos (Artigas-Pallarés et al., 2013, p. 1).

Es importante tenerlos en cuenta a la hora de tratarlos dada la similitud de síntomas y la comorbilidad que presenta con otros trastornos porque estos pueden ser confundidos por síntomas del TDAH lo que podría alterar el diagnóstico, así como las intervenciones educativas y terapéuticas posteriores.

Los trastornos más frecuentes con los que puede coexistir son:

- Trastorno de Tourette / Trastorno obsesivo – compulsivo (TOC).
- Trastornos generalizados del desarrollo:
 - Trastorno autista.
 - Trastorno de Asperger.
 - Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.
- Trastorno de la comunicación (trastorno específico del lenguaje TEL).
- Trastornos del aprendizaje:
 - Dislexia.
 - Discalculia.
 - Disgrafía.
 - Trastorno del aprendizaje no verbal.
- Trastornos del desarrollo de la coordinación (TDC).
- Trastorno de la conducta (TC) y Trastorno Negativista Desafiante (TND).

- Trastornos de ansiedad.
- Depresión y otros trastornos afectivos.

TRASTORNOS QUE PRESENTAN COMORBILIDAD CON EL TDAH (tomado de Castells, M y Castells P. 2012. pp. 34 – 35)

1.3.1.- Trastorno de Tourette /trastorno obsesivo – compulsivo (TOC)

En este trastorno, el niño tiene varios tics motores y uno o más tics vocales varias veces al día que no tienen porque aparecer a la vez, durante al menos un año y que comienza antes de los 18 años.

Un 60% de los niños con Tics tienen TDAH mientras que solo el 10% de los niños TDAH tienen Tics. Puntualizar que no entendemos por tics aquellos pequeños hábitos que se dan en los niños TDAH como morderse las uñas o retorcerse el pelo (Martínez, M y colaboradores. 2013. p. 109).

Generalmente la presencia de las Tics no cambia el grado de déficit de atención en los niños con TDAH y no supone un mayor deterioro funcional. Ambos trastornos evolucionan de forma independiente son afectar al otro. La tasa de remisión del TDAH tiende a ser baja (25%) mientras que la del trastorno por tics es alta (65%). (Ibid, p. 109).

1.3.2.- Trastornos del Espectro Autista (TEA) y TDAH

Hace años no se aceptaba que las personas con TEA pudieran tener TDAH. Actualmente se reconoce la importancia de diagnosticar y tratar ambos trastornos si se dan a la vez. Hasta un 40 – 60% de personas con autismo y un 85% de personas con Síndrome de Asperger cumplen los criterios de TDAH (Hazell, 2007; CADDRA, 2011; Martínez, M^a y colaboradores. 2013. p. 110).

Cuando hay síntomas de TEA, los expertos opinan que éste debe ser el diagnóstico primario y debe prevalecer sobre el TDAH en cuanto al tratamiento. En caso de síntomas graves de TDAH el niño debe ser referido especialista en Psiquiatría infanto-juvenil (CADDRA, 2011).

1.3.3.- Trastorno de la Comunicación o Trastorno Específico del Lenguaje (tel)

A su vez están muy unidos a la presencia de dislexia¹ y TDAH. Esta conexión parte del déficit fonológico propio de ambos trastornos. Un porcentaje de los niños con TDAH muestran como primer síntoma dificultades fonológicas, retraso en el lenguaje o ambos problemas (Artigas- Pallares, 2013, p. 7). Estos niños tienen un elevado riesgo de presentar dificultades en el aprendizaje de la lecto – escritura.

1.3.4.- Trastornos del Aprendizaje

Alrededor del 50% de los niños con TDAH presentan dificultades de Aprendizaje que implican tener muchas posibilidades de fracaso a nivel escolar aunque su Coeficiente Intelectual sea medio o elevado. Presentan problemas de lectura (dislexia), en la escritura (disgrafía), alteraciones del cálculo matemático (discalculia), pocas habilidades narrativas, falta de esfuerzo o hábitos de trabajo.

1.3.5.- Trastornos del Desarrollo de la Coordinación (TDC)

El trastorno del desarrollo de la coordinación se define en el DSM IV como una marcada alteración en el desarrollo de la coordinación motora que interfiere significativamente con el aprendizaje escolar o las actividades de la vida diaria, y no es debido a una enfermedad médica general. En la década de los 60 se propuso el término Disfunción cerebral mínima, que incluía lo que hoy en día se considera TDAH, junto a trastornos del aprendizaje y manifestaciones motoras del tipo de las que se engloban en el TDC. Ello ya orienta respecto a la relación existente entre la disfunción motora y el TDAH. En niños con TDAH la comorbilidad con TDC aparece en un 47%. Pero el dato más interesante de los estudios realizados con los niños que presentan TDAH y TDC conjuntamente, es que estos presentan peor pronóstico (Martínez, M y colaboradores. 2013. p. 89) Este trastorno hace referencia a la hipotonía generalizada y a la torpeza en la psicomotricidad fina (López Soler, C y Romero Medina, A. 2013. p. 41).

1.3.6.- Trastorno de Conducta (TC) y Trastorno Negativista Desafiante (TND)

1. Según la RAE dislexia es la dificultad en el Aprendizaje de la lectura, escritura o cálculo, frecuentemente asociada con trastornos de la coordinación motora y la atención, pero no de la inteligencia.

El trastorno de la conducta (TC) es la forma más grave de comportamiento, y se da principalmente en los chicos que han tenido TND anteriormente. A diferencia del TDAH simple, los chicos con TC no manifiestan remordimiento por su conducta inadecuada.

El TND se caracteriza por un patrón constante, durante al menos seis meses, de enfados explosivos, hostilidad, resentimiento y desafío a las figuras de autoridad adultas y constituye el trastorno comórbido más frecuente en el TDAH. Es entre 2 y 3 veces más frecuente en el sexo masculino.

Ambas son las comorbilidades más frecuentemente asociadas al TDAH, tienen un mayor riesgo de desarrollar en el futuro en el individuo un trastorno antisocial.

1.3.7.- Trastorno de Ansiedad

Entre los diferentes tipos de trastornos de ansiedad encontramos: fobias, trastorno de ansiedad generalizada, ansiedad social, por separación, ataques de pánico y el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC).

El 20 – 50% de los niños con TDAH cumplen criterios de al menos un trastorno de ansiedad de los anteriormente citados, es decir, muestran riesgo de presentar ansiedad tres veces mayor que el resto de población infantil. Los trastornos de ansiedad más frecuentes con TDAH son el trastorno de ansiedad generalizada (alrededor de 45%) y el trastorno de ansiedad por separación (aproximadamente el 30%), y son más frecuentes en niñas y en TDAH por Déficit de Atención (Martínez, M y colaboradores. 2013. p. 93).

1.3.8.- Depresión y otros trastornos afectivos

Diversos estudios coinciden en aportar que el 30% de niños con TDAH tienen asociado algún tipo de trastorno afectivo (depresión mayor, trastorno bipolar², trastorno distímico³ Artigás-Pallares, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por Déficit de

2. *Trastorno Bipolar: Afección mediante la cual una persona tiene periodos de depresión o periodos en los que está extremadamente feliz, malhumorado o irritable.*

3. *Trastorno Distímico: Estado de ánimo crónicamente depresivo con una duración aproximada de dos años. Suele iniciarse en edades tempranas y sus síntomas se desarrollan de forma paulatina.*

Atención/ Hiperactividad. Revista de Neurología, 36 (Supl I) p.73. Recuperado de: <http://www.psyncron.com/wp-content/uploads/2011/05/tdahcomorbilidad.pdf>

Es conveniente que las personas con TDAH, conozcan su condición para mantener una buena autoestima. Es fundamental estar atentos a posibles conductas negativas sobre sí mismos que puedan darse en personas con este trastorno ya que pueden afectar al bienestar emocional de niños, adolescentes y adultos con TDAH. Kellison et al. (2011)

El diagnóstico de TDAH es un complejo y difícil proceso y debe ser realizado por profesionales capacitados cuidadosamente después de repetidas observaciones e informes obtenidos de padres, maestros y otros cuidadores y asegurar que no hay otros trastornos subyacentes que potencialmente pueden estar mal etiquetados como TDAH. (Sharma y Couture (2014).

1.4.- Etiología del TDAH

A pesar de ser uno de los trastornos más estudiados e investigados en el ámbito clínico y educativo, todavía hoy desconocemos las causas que generan el TDAH. Para ser concretos, las últimas investigaciones dirigen su atención a que no existe una causa única sino que para que se produzca el trastorno deben darse una serie de causas biológicas y ambientales.

La principal hipótesis que se baraja en el TDAH es una función cerebral reducida de un menor volumen o funcionalidad de la materia gris y blanca del cerebro que conlleva déficits en el procesamiento cognitivo, la atención, la planificación motora, la velocidad de procesamiento y otros problemas de comportamiento. Más recientemente se han observado déficits en áreas relacionadas con la Corteza Prefrontal, Caudal y el Cerebelo. Como ya explica Sharma y Couture (2014) estas áreas están interconectadas por una red de neuronas y juntas regulan la atención, el pensamiento, emociones, comportamientos y acciones.

Las personas con TDAH han mostrado una maduración más lenta o un menor volumen y una actividad reducida de la Corteza Prefrontal, Caudal y Cerebelo. La

actividad de las diferentes áreas es “Extremadamente sensible” al entorno neuroquímico mantenido por neurotransmisores, la dopamina y la norepinefrina, que actúa en conjunto, a través de diferentes receptores múltiples. Varios estudios han informado, que la densidad de los receptores en varias regiones del cerebro de pacientes con TDAH, está por debajo de lo normal. (Ibid. pp 209 – 225).

En general, la mayor parte de la literatura científica está de acuerdo en numerar las siguientes causas:

1.4.1.- Influencia Genética

Los estudios que se han realizado a familias respaldan que un importante número de padres de niños con TDAH presentan esta sintomatología durante la infancia.

El Coeficiente de heredabilidad del TDAH es de 0,76 lo que significa que si el niño tiene TDAH, el 76% se explica por causa genética. A pesar de estas cifras no existe una acción genética directa por lo que un padre que tenga TDAH no significa que sus hijos vayan a desarrollarlo, tan solo que existe una probabilidad mayor como ocurre con otras patologías psiquiátricas (Soutullo y Diez, 2008)

1.4.2.- Baja Actividad Cortical

Otras causas del TDAH son los niveles insuficientes o las alteraciones en el funcionamiento de algunos neurotransmisores (dopamina y norepinefrina). También un menor flujo sanguíneo y una reducción de la actividad eléctrica en las regiones prefrontales y en sus conexiones con el sistema límbico. Estas áreas son las que nos permiten controlar la conducta, realizar planes para el futuro o inhibir y controlar las emociones. (Cuervo García, FJ. coord. 2009. p. 14).

1.4.3.- Complicaciones prenatales y perinatales (prematuros, bajo peso, anoxia...)

Además de los citados, el consumo de alcohol y de tabaco durante el embarazo, los traumatismos, infecciones o enfermedades con afectación cerebral podrían aumentar el riesgo de padecer TDAH. (Ibid, p. 14)

1.4.4.- Factores socio-ambientales.

Los problemas familiares, crianzas inadecuadas, pueden influir en una mayor probabilidad de presentar trastornos asociados o en un peor pronóstico, pero nunca se puede considerar la causa que genera el trastorno. Tampoco se pueden considerar causas del TDAH el consumo excesivo de azúcar, el uso de aditivos en los alimentos y las alergias alimentarias.

1.5.- El TDAH en los distintos sistemas de clasificación.

Como exponen López Soler, C y Romero Medina, A (2013), en los diferentes Sistemas de Clasificación empleados para el diagnóstico de los trastornos mentales encontramos las Categorías que permiten establecer el diagnóstico clínico del TDAH en base a una serie de síntomas. Actualmente tenemos que recurrir al CIE – 10, publicada por la Organización Mundial de la Salud, World Health Organization, (1992, 2003) y el DSM-5, publicado por la American Psychiatric Association, APA (2013).

En España, en términos generales se utiliza la CIE – 10 en el ámbito de los servicios públicos de Salud Mental y el DSM – 5 en el ámbito universitario y de investigación. En la CIE – 10 aparecen descripciones detalladas de las características y síntomas del trastorno, siendo preciso que el médico determine su presencia o no en función del análisis e interpretación de los comportamientos que se reflejen.

En el DSM se detallan los síntomas de cada categoría que se diagnostican y a su vez, cada síntoma en concreto, es descrito a través de un listado de comportamientos definidos. En dicho Manual, se definen los criterios utilizados por los médicos, profesionales de la salud mental y otros profesionales clínicos de la salud, cuando realizan un diagnóstico de TDAH. El DSM-5 en 2013 ha actualizado el anterior DSM-IV-TR donde se han realizado cambios en la definición del TDAH, afectando a cómo se diagnostica este trastorno en niños y adultos.

El primer cambio importante entre el DSM - IV y el DSM-V consiste en que el TDAH en este último es considerado un trastorno del neurodesarrollo junto a los trastornos del espectro autista, comunicación, del aprendizaje, motores e intelectuales. Un segundo cambio es, que se dan recomendaciones específicas para el diagnóstico de TDAH en adultos y no solo en niños como anteriormente ocurría. Para el diagnóstico

del TDAH en adultos, se reduce el número de síntomas necesarios en cada grupo (de 6 a 4 síntomas).

- Inatención.
- Hiperactividad e Impulsividad.

Otro cambio importante se refiere a la edad de aparición de los síntomas. En el DSM-IV, la edad de aparición es antes de los 7 años, mientras que en el DSM-V establece la aparición de síntomas evidentes de falta de atención e hiperactividad – impulsividad antes de los 12 años. Este criterio establece claramente como novedad que el problema ha podido iniciarse en la infancia pero no es un trastorno exclusivo de ese periodo.

Un último cambio que se da entre los manuales DSM-IV y DSM-5 es que en el primero se realizaba una clasificación en subtipos que dejan de usarse para pasar a denominarse Presentaciones Clínicas.

El DSM-5 propone:

- Presentación TDAH combinado.
- Presentación Predominantemente inatento.
- Presentación Predominantemente hiperactivo/impulsivo.
- Presentación Predominantemente restrictivo/inatento (novedad del DSM-5)

Como se puede ver, es evidente que siguen dándose alteraciones en el neurodesarrollo y desde la perspectiva clínica esta alteración determina un comportamiento perturbador donde los Tratamientos Psicológicos siguen siendo prioritarios.

Inicio de algún síntoma con anterioridad a los 7 años	
DSM	CIE
II (1968). Reacción hiperkinética	9 (1975). Síndrome hiperkinético: <ul style="list-style-type: none"> - TDA. - Hiperkinesia con retardo del desarrollo. - Trastorno hiperkinético de la conducta.
III (1980). Trastorno por déficit de atención: <ul style="list-style-type: none"> - Con hiperactividad. - Sin hiperactividad. 	10 1992), 10-TR (2001): <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de la actividad y la atención. - Trastorno hiperkinético disocial.
III-R (1987). TDAH: <ul style="list-style-type: none"> - Combinado. - Inatento. - Hiperactivo – Impulsivo. 	
IV (1995), IV-TR (2002) y 5 (2013): <ul style="list-style-type: none"> - Tipo combinado. - Predominio déficit de atención. - Predominio hiperactivo. 	

Tabla 1. Psicodiagnóstico clínico (López - Soler, 2005). Tomado de López Soler, C; Romero Medina, A. coords. 2013, p 107.

Una vez comparados el DSM-IV y el DSM-5, paso realizar una comparativa de la evolución de los diagnósticos referidos al TDAH entre las dos clasificaciones

diagnósticas, el DSM y el CIE. El TDAH en el Sistema de Clasificación Diagnóstica de la CIE presenta un Subtipo Mixto del trastorno hiperactivo e hiperactivo/disocial, mientras que los criterios del DSM indican la necesidad de establecer los diagnósticos de forma separada entendiéndolo como comorbilidad. En la TABLA 1 se refleja la evolución de los diagnósticos del TDAH en las dos clasificaciones diagnósticas (DSM y CIE)

1.6.- Tratamiento del TDAH

El tratamiento del TDAH en niños y adolescentes se lleva a cabo de una forma individualizada en función de cada paciente y su familia y el principal objetivo es mejorar los síntomas y reducir la aparición de trastornos asociados. Sin embargo, por el momento no hay cura para el TDAH.

En niños y adolescentes con TDAH con repercusión en su vida diaria moderada o grave, se recomienda un tratamiento multidisciplinar esto es, debe comprender un tratamiento psicológico cognitivo – conductual, farmacológico (recomendado por un facultativo) y psicopedagógico. Ninguno de estos tratamientos es único ni excluye a los demás de su uso. Este tratamiento conjunto debe contar con la colaboración y comunicación constante de familias, ámbito educativo, ámbito sanitario y otras instituciones.

El diagnóstico temprano y el posterior tratamiento al inicio de la escolarización es fundamental para que se dé un correcto Aprendizaje Social que además ayudará en el futuro en el aprendizaje académico posterior. Un diagnóstico precoz ayuda a prevenir las Dificultades de Aprendizaje en los primeros años. Según el Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH en niños y adolescentes (2010, pp 81-141), el Tratamiento Multidisciplinar incluye:

A.- Tratamiento Psicológico para el TDAH en niños y adolescentes.

Las intervenciones psicológicas que se aplican con resultados positivos para el tratamiento del TDAH se basan en los principios de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Las intervenciones que se aplican en dicho tratamiento son:

A.1.- Terapia de Conducta.

Basada en el análisis de la conducta, se trata de identificar en primer lugar los factores que mantienen una conducta inadecuada y después delimitar las conductas que se desean eliminar, incrementar o disminuir mediante su observación y registro.

- Las técnicas utilizadas para aumentar conductas positivas se basan en el refuerzo positivo (alabanza, atención positiva, recompensas y privilegios).
- Las técnicas utilizadas para reducir conductas no deseadas incluyen el coste de respuestas, el tiempo fuera y la extinción y el castigo.
- Técnicas combinadas: economía de fichas, contrato por contingencia, etc.

A.2.- Entrenamiento para padres.

Programa de tratamiento conductual que tiene por objetivo dar información sobre el trastorno, enseñar a los padres a modificar la conducta de sus hijos, aumentar la competencia de los padres y mejorar la relación padres – hijos mediante la mejora en la comunicación y atención al desarrollo del niño.

A.3.- Terapia Cognitiva.

Trabajo sobre las ideas, creencias y actitudes del niño y padres mediante Autoinstrucciones, Autocontrol y Solución de Problemas.

A.4.- Entrenamiento de habilidades sociales.

Se emplean técnicas de la TCC (Terapia Cognitiva – Conductual) en grupos pequeños de edades similares ya que presentan a menudo problemas de relación con la familia, los iguales y tienen déficit en las habilidades sociales.

B.- Tratamiento Psicopedagógico para el TDAH en niños y adolescentes.

Citando a Spencer, J (2007) los escolares con TDAH presentan más dificultades de aprendizaje que el resto de la población infantil, siendo este hecho uno de los principales motivos de consulta y de fracaso escolar. (Fundació Sant Joan de Déu, 2010, pp 201 – 202. La Reeduación Psicopedagógica).

El tratamiento Psicopedagógico es uno de los fundamentos básicos del tratamiento general de los pacientes con TDAH pues comprende desde las intervenciones encaminadas a mejorar el rendimiento académico del niño o adolescente (reeducación psicopedagógica) hasta aquellas dirigidas a la mejora del entorno escolar y, por lo tanto, de su adaptación a éste (programa de intervención en la escuela y la formación a los docentes).

El trabajo con los pacientes que padecen TDAH en los centros escolares debe incluir adaptaciones en las aulas, técnicas de modificación de conducta y diferentes estrategias en el aula (manejo de la agenda, entrenamiento en el cumplimiento de normas y establecimiento de límites, presentación del trabajo, adaptación de los sistemas de evaluación del alumnado con TDAH).

La reeducación psicopedagógica es un refuerzo escolar individualizado que se lleva a cabo después del horario escolar y que tiene como objetivo paliar los efectos negativos del TDAH en el niño o adolescente que lo presenta, en relación a su aprendizaje o competencia académica. Se trabaja sobre la repercusión negativa del déficit de atención, la impulsividad y la hiperactividad en el proceso del aprendizaje escolar. Los niños con TDAH requieren, de forma individualizada, un programa de intervención en la escuela que incluya tanto acciones académicas como conductuales. Estos programas, deben implicar a la mayor parte del Claustro docente para facilitar su trabajo.

Sobre la formación de los docentes en el tema del TDAH: “es recomendable que los docentes reciban información y formación y los capacite para detectar señales del alerta del TDAH y para manejar el TDAH en niños y adolescentes en la escuela. (Fundació Sant Joan de Déu, 2010, p 102.). Así pues, la formación docente es muy importante porque favorece los cambios de pensamiento y opiniones, la disolución de prejuicios y la detección precoz del trastorno de TDAH en niños y adolescentes. El Tratamiento Psicopedagógico se trata con más profundidad en un apartado posterior.

C.- Tratamiento Farmacológico para el TDAH en niños y adolescentes.

El Tratamiento Farmacológico es siempre una decisión médica y es éste profesional a quien le corresponde la prescripción y control del mismo. La elección de los fármacos depende de las características y circunstancias de cada paciente. No obstante, los

fármacos más utilizados y que han mostrado una mayor eficacia en el control de los síntomas del TDAH son los Psicoestimulantes y sobretodo el Metilfenidato (tanto su acción inmediata como su acción prolongada). Cuervo García, FJ. (coord.) (2009, p 28).

El tratamiento farmacológico para el TDAH aparece ya en 1937. El médico estadounidense C. Bradley comienza de forma fortuita a administrar un antihistamínico (benzadrina) a pacientes de un internado con niños con “Alteraciones de conducta con inteligencia normal”. Constató una mejoría en las conductas y en el rendimiento escolar de los niños. Pero no fue hasta 1940 cuando se observó que cuando los niños con este diagnóstico tomaban estimulantes (anfetaminas) su efecto era beneficioso y sin embargo cuando tomaban calmantes (fenobarbital) se excitaban, produciéndose el efecto contrario. Poco después, en los años 50, se empezó a utilizar el Metilfenidato (psicoestimulante) para tratar pacientes con TDAH. (Calderón, 2003, pp 93-96).

Los fármacos que se utilizan actualmente para el tratamiento de TDAH son seguros y eficaces. Entre el 70% y 80% de los pacientes responden de forma favorable al primer tratamiento utilizado (Fundació Sant Joan de Déu, 2010). Por otro lado según Sharma y Couture (2014) estos fármacos deben ser dispensados con precaución, ya que tienen múltiples efectos secundarios y las interacciones entre medicamentos y estimulantes tienen un potencial de abuso si no se utilizan correctamente. Por lo tanto, los medicamentos deben iniciarse con una dosis baja y ajustada gradualmente hacia arriba, además los pacientes deben ser controlados continuamente para la eficacia y la aparición de efectos secundarios.

Se puede decir que los fármacos, ayudan a reducir los Síntomas del TDAH, mejorando el rendimiento académico escolar y el comportamiento y relaciones sociales del niño con TDAH tanto en casa como en la escuela. Es importante que se combine con otros tratamientos ya explicados en puntos anteriores (psicológico – conductual – cognitivo y psicopedagógico) ya que no se deben obviar los efectos positivos que todos ellos producen de manera conjunta. (Fundació Sant Joan de Déu. 2010, pp 203 – 206).

En España, disponemos en la actualidad de dos grupos principales de medicamentos indicados para el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes. Los estimulantes (metilfenidato) y los no estimulantes (atomoxetina).

- ESTIMULANTES (Metilfenidato). Deben su nombre a su capacidad para incrementar el estado de vigilia del sistema nervioso central. Su utilización logra un incremento de la atención y conducta, un mayor rendimiento académico, disminuye la hiperactividad, la impulsividad, la conducta desobediente, etc. Unos sencillos ejemplos nos lo demuestra Calderón (2003, pp. 96-98).
- De liberación inmediata: efecto durante 4 horas. 2 – 3 dosis repartidas al día.
 - Ritalin_R (Metilfenidato): Es uno de los más comunes. En España se comercializa desde 1981. Actúa mediante un incremento de las sustancias neurotransmisoras (catecolaminas: dopamina y noradrenalina) en las neuronas; consiguiendo una concentración durante un periodo de 3 a 5 horas. No se aconseja a menores de 6 años, ya que puede crear cierto grado de dependencia.
- De liberación prolongada: Una dosis diaria con efecto de 8 a 12 horas.
 - Concentra_R (Metilfenidato): Su diseño está pensado para administrarse una única vez al día, manteniendo la eficacia durante 12 horas. El efecto no es tan inmediato como el fármaco anterior.

Como efectos secundarios hay que tener en cuenta que los estimulantes pueden alterar el apetito, el sueño, cefaleas y en algunos casos retrasar el crecimiento de los pacientes. (Castells, P, 2012, p 120).

- NO ESTIMULANTES. La atomoxetina es un medicamento no estimulante que no actúa de inmediato, sino que sus efectos beneficiosos los podemos encontrar a partir de la segunda – cuarta semana.
 - Strattera_R: Compuesto por la sustancia antidepresiva denominada atomoxetina. Hace que haya una mayor presencia de neurotransmisores en el cerebro. Es de rápida absorción, lo que permite una disminución de los síntomas durante todo el día. Su eficacia está demostrada en niños con trastorno de hiperactividad – impulsividad. Tampoco es administrable antes de los 6 años.

➤ Fluoxetina y venlafaxina _R

Entre los efectos secundarios de los medicamentos no estimulantes encontramos que pueden producir pérdida de peso, sueño y pequeñas molestias gástricas al inicio del tratamiento. Existe una evidencia científica que el tratamiento farmacológico del TDAH en niños y adolescentes es efectivo a largo plazo si éste es continuado y se realiza de forma correcta. (Fundació Sant Joan de Déu. 2010, pp 203 – 206).

1.7.- Tratamiento Psicopedagógico

Como estudiante del Grado de Educación Infantil, me interesa centrarme en el Tratamiento Psicopedagógico ya que ha aumentado la demanda de diagnóstico en los centros escolares de niños con problemas de comportamiento y/o dificultades escolares, a expensas de TDAH y trastornos de aprendizaje, sobretodo trastornos de lectoescritura.

Los profesores cuentan con la ayuda de los EOEP (Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica) que realizan una valoración psicopedagógica útil para identificar y tratar los Trastornos de Aprendizaje aislados o asociados al TDAH. Según Delgado et al (2007) en torno al 50% de los TDAH tienen trastornos de Aprendizaje específicos, especialmente de la lectoescritura. Los profesores, por indicación de los Orientadores, en caso de detectar dificultades pueden aconsejar a los padres que consulten con su pediatra.

El tratamiento psicopedagógico incluye sesiones de información sobre el trastorno y un entrenamiento en aplicación de técnicas conductuales en el contexto natural. De forma conjunta, profesores y padres deben recibir asesoramiento sobre las condiciones en las que se debe aplicar los procedimientos y sobre las dificultades y obstáculos que pueden plantearse. Por separado, los profesores deben ser asesorados sobre la realización de Adaptaciones Curriculares y los padres deben aprender a mejorar las habilidades de comunicación o a minimizar la ansiedad y estrés asociados. A continuación paso a detallar la Intervención Psicopedagógica a nivel Escolar, Familiar y del propio Niño, así como las técnicas de modificación de conducta más eficaces en el TDAH y las técnicas para desarrollar las habilidades cognitivas (Entrenamiento Cognitivo).

1.7.1.- Intervención a nivel escolar

En primer lugar, dentro del Tratamiento Psicopedagógico y hablando de la Intervención a nivel Escolar, la intervención de los profesores es fundamental ya que deben dar respuesta a las diferentes necesidades de los alumnos, entre los que se encuentran, aquellos que presentan TDAH. Su formación sobre el trastorno y cómo manejarse en diferentes situaciones es fundamental. (Cuervo, 2009, p. 30).

- **INFORMACIÓN – FORMACIÓN PROFESORADO.**

El Orientador debe transmitir las conclusiones obtenidas de la Evaluación Psicopedagógica realizada al alumno y las necesidades que éste tiene en los diferentes ámbitos.

Los profesores deben conocer la base biológica del trastorno para entender mejor sus dificultades y poder realizar las Adaptaciones pertinentes de forma adecuada.

- **ACTUACIÓN EN EL AULA**

El Centro debe aceptar al alumno con TDAH para darle la respuesta que necesita. Las actuaciones tanto en el Centro como en el aula deben ajustarse a las características de cada alumno. A nivel general se recomiendan las siguientes: Cuervo García, FJ. (coord.) (2009, pp 31-34)

- Organización de la clase y distribución de los alumnos.

Es conveniente controlar los estímulos sonoros, evitando ruidos, voz alta, así como los estímulos visuales, retirando aquellos que puedan distraerles.

Además, hay que situarlos cerca de la mesa del profesor y al lado de compañeros tranquilos, atentos y ordenados. Tenemos que evitar la proximidad a puertas, ventanas y a los lugares de mayor tránsito.

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

- Materiales y recursos.

En las clases en las que los materiales sean de uso común, se deberá cuidar su utilización y el lugar en el que están colocados. Es fundamental evitarle recorridos largos y los lugares que puedan favorecer su distracción.

Cuando se le den explicaciones sobre una actividad, hay que dejarle claro qué materiales deberá utilizar. Sólo tendrá encima de la mesa los que necesite para realizar la tarea y al terminar deberá recogerlos y guardarlos.

- Estrategias para captar y mantener la atención.

Antes de iniciar una explicación debemos asegurarnos de que el niño está atento. Durante la misma, conviene utilizar vocabulario sencillo, manteniendo el contacto visual.

Se debe implicar al niño promoviendo su participación a través de preguntas sencillas sobre el tema, introduciendo actividades en las que se interpreten roles diferentes, etc.

Podemos promover un aprendizaje cooperativo, proponiéndole que explique a un compañero con mayores dificultades los puntos más importantes de un tema o pedirle a otro compañero que le pregunte a él.

Los refuerzos deberán ser frecuentes y centrados en la tarea siempre que podamos: “has leído muy bien”, “qué bien te ha salido el dibujo”, “estás haciendo muy buena letra”.

Por el contrario, no hay que hacer demasiadas indicaciones sobre lo que realiza de forma inadecuada: “estás en las nubes”, “no molestes”, “ya está bien”... Es mucho mejor hablarle de esta forma: “¿has terminado?”, “recuerdas lo que debes hacer?”, “vamos a salir al recreo”.

- Programa Conductual para regular el comportamiento

Los alumnos con TDAH tienen una baja capacidad para autocontrolar su atención, su conducta o sus emociones y por ello, es aconsejable establecer un programa individual

para regular su comportamiento. También es importante contar en clase con unas normas claras para todos los alumnos: escuchar, respetar turnos, hablar, solicitar permisos, etc.

1.7.2.- Intervención a nivel familiar.

Además de la Intervención Psicopedagógica a nivel escolar, no debemos olvidar la Intervención a nivel familiar ya que los padres son figuras muy importantes para el niño y unas piezas básicas en el plan a seguir.

- **INFORMACIÓN – FORMACIÓN A LOS PADRES.**

El Orientador comunica a los padres las conclusiones de la Evaluación Diagnóstica que ha realizado y les expone las necesidades que tiene su hijo en los diferentes ámbitos. Les tranquiliza y les hace ver que, con el trabajo de todos, los problemas mejoraran. También les informa sobre el tratamiento más adecuado, los profesionales que van a intervenir, no solo en el ámbito escolar y la manera de coordinarse.

Comunicarles la existencia de asociaciones de niños con TDAH donde pueden ampliar la información donde pueden compartir experiencias personales y aprender de cómo otros las resuelven.

Las actuaciones en casa irán orientadas hacia:

- Introducir en el ámbito familiar mejoras que favorezcan la eliminación de las Conductas Inadecuadas y la adquisición o mantenimiento de las conductas deseadas.
- Adquirir estrategias de comunicación que mejoren las relaciones con el resto de miembros familiares.

Algunas orientaciones dirigidas a los padres de los niños con TDAH son:

- Ambos deben repartirse las tareas y responsabilidades de la educación del niño.

- Es importante que participen en Asociaciones, Grupos de Apoyo relacionadas con el TDAH.
- Deben dar un apoyo incondicional a los profesionales con los que se relacionan ellos y sus hijos (maestros, orientador, médicos...)
- Dedicar tiempo a su vida personal, pareja y otros hijos ya que muchas veces los hermanos de los niños con este trastorno necesitan Atención Individualizada que no siempre reciben porque recae en su hermano.

La colaboración Padres – Profesores es fundamental para que la intervención a nivel Psicopedagógico tenga éxito.

1.7.3.- Implicación del niño.

En todo este Proceso es importante además, la implicación del niño. Se le debe informar, teniendo en cuenta su edad y características, sobre lo que le está pasando, en qué consiste la intervención y que objetivos buscamos con ellas. Hay que dejarle claro que muchos de los problemas que tiene en el colegio y en casa van a mejorar. Debemos explicarle las conductas adecuadas e inadecuadas y porqué las consideramos así, elaborando con él un listado de reforzadores positivos o consecuencias negativas que obtendrá cuando realice estas conductas. Es importante conseguir que no vea las consecuencias negativas como un castigo.

Como hemos dicho anteriormente, es fundamental atender a su autoestima, pues los niños con TDAH se sienten frustrados y confundidos con lo que les ocurre. No saben qué hacer para evitar problemas con los cercanos (López, C y Romero, A, coord. 2013, p. 221). Aunque se esfuerzan por quedar bien, su sensación de fracaso lleva a hacer que se valoren de forma negativa. Es importante que profesores y alumnos conozcamos estas dificultades y les ayudemos a superarlas y mejorarlas, darles afecto y comprensión (Tomado de Cuervo García, FJ. (coord.) 2009, p 38).

1.7.4.- Técnicas de modificación de conducta más eficaces en el TDAH.

Una vez vistas las intervenciones necesarias en el tratamiento psicopedagógico del TDAH, pasamos a ver las técnicas de Modificación de conducta más eficaces en el TDAH. El objetivo de éstas se centra en favorecer el cambio de comportamiento a través de la aplicación de una serie de estrategias y procedimientos de Intervención Psicológica.

Se pretende reducir o eliminar las conductas – problema (moverse en exceso, molestar a los compañeros, interrumpir continuamente...) e implantar otras conductas adecuadas (permanecer sentado, terminar las tareas, mejorar las habilidades sociales). No obstante, y aunque sea recomendable el uso de las técnicas de modificación de conducta debe tenerse en cuenta que son eficaces pero no suficientes para controlar la gran heterogeneidad de síntomas del TDAH (Calderón-Garrido, 2003; p.110).

Las técnicas que han demostrado una mayor eficacia para el tratamiento del TDAH son (López y Romero, 2013, p 232):

A.- Técnicas para incrementar la conducta deseada.

A.1.- Refuerzo positivo.

A.2.- Economía de fichas.

Es una técnica mixta en la que intervienen el refuerzo positivo y el castigo negativo basada en la adquisición acumulativa de fichas o puntos conseguidos a través de la realización de conductas deseadas o la pérdida de éstos por la aparición de conductas no deseadas que queremos eliminar.

Debemos tener en cuenta en esta técnica que los castigos (proporción 3/1) y que hay que garantizar que los primeros objetivos que nos propongamos deben ser un éxito para el niño.

B.- Técnicas para reducir conductas no deseadas.

B.1.- Extinción

Cuando un niño realiza una conducta inadecuada se le deben retirar las recompensas para que disminuya la frecuencia de la conducta o desaparezca. Es importante que seamos firmes y constantes en la aplicación de la técnica. Pasado un tiempo los efectos son claros.

B.2.- Tiempo fuera

Consiste en privar al niño de la posibilidad de obtener reforzamiento, aislándolo a un lugar no atractivo durante un periodo corto de tiempo (1 – 5 minutos) de las actividades que hacía y de las personas con las que estaba, cuando aparece una conducta no deseada. Previamente se le debe explicar al niño que si realiza una determinada conducta, se le aislará.

B.3.- Castigo (positivo – negativo)

C.- Técnicas para desarrollar habilidades cognitivas en niños con TDAH (Entrenamiento cognitivo – conductual)

Vygotsky señaló la importancia del lenguaje interiorizado para desarrollar el control de la conducta e inhibir los actos motores. Este lenguaje es importante para todos, pero sobre todo para los niños con TDAH, porque les facilita la organización de su propia actividad y la reducción de aquellas conductas que dificultan la ejecución de una determinada tarea.

C.1.- Entrenamiento en autoinstrucciones.

Meichenbaum y Goodman, basándose en los estudios de Vygotsky y de Luria, elaboraron un método para enseñar a los niños con TDAH estrategias cognitivas que les permitieran afrontar con éxito tanto las actividades escolares como otras situaciones en las que se exige control del comportamiento. Consiste en enseñar al alumno una serie de pasos que le sirvan de guía para resolver diferentes tareas cognitivas de forma reflexiva.

El niño ejecuta la tarea utilizando como guía el lenguaje interno.

C.2.- Entrenamiento en solución de problemas (Miranda, A, 2001)

- Técnica de la Tortuga (Cuento).

Schneider (1974), diseñó esta técnica dirigida a niños de Ed. Infantil y Primer Ciclo de Ed. Primaria. Es un método eficaz para lograr el autocontrol de la conducta impulsiva y conseguir relajación en situaciones de estrés.

Este cuento y otros se encuentran recogidos en la actualidad en el libro “Cuentos que ayudan a los niños” (Gerline Ortner, 1997). El cuento queda recogido en López Soler, C y Romero Medina, A (2013, p 265). (ANEXO 2)

- Fases del cuento de la tortuga:
 1. Fase de Modelado: El profesor lee la historia de la “tortuga” para que el niño se identifique con ella.
 2. Fase de Entrenamiento y Relajación: El profesor invita a los niños a dramatizar la sensación de frustración de la tortuga, su rabia contenida y su intento de introducirse en el caparazón. La sesión termina invitando a todos los niños de la clase a convertirse en la tortuga en aquellas situaciones en las que se sientan estresados, con deseos de agredir, etc.
 3. Fase de Solución de Problemas: Ante una situación estresante, el profesor dice la palabra “tortuga” y el niño adopta la postura entrenada: barbilla pegada al pecho, brazos a lo largo del cuerpo y puños cerrados y en tensión. Contar hasta diez y relajar todos los músculos.
 4. Fase de Generalización y Consolidación: El profesor deberá reforzar tanto el entrenamiento como la aplicación de la técnica para que los niños se animen a utilizarla de forma autónoma en situaciones de descontrol. Este refuerzo se aplicará de manera individual y colectiva.

En la página web www-aprendiendocon-tdah.com aparece una información completa de esta técnica. Además en el ANEXO 2 se encuentra recogido el cuento de la tortuga.

C.3.- Entrenamiento en Autoobservación.

Los especialistas deberán enseñar al niño con TDAH a autoevaluar sus conductas (positivas y negativas), sus estilos de aprendizaje, sus dificultades y errores ya que los niños con TDAH tienen dificultad para observar lo que sucede a su alrededor,

analizarlo, observarse a sí mismos, percibir sus dificultades y analizar las posibles soluciones.

C.4.- Entrenamiento para atribuir de forma adecuada las consecuencias de sus éxitos y fracasos.

Los niños con TDAH suelen atribuir sus éxitos, fracasos y mal comportamiento a factores externos para proteger su autoestima. Sin embargo para modificar dichas conductas es fundamental realizar un trabajo sobre el reconocimiento de la responsabilidad que el niño tiene sobre estas conductas.

C.5.- Entrenamiento en habilidades sociales.

Las habilidades sociales son comportamientos aprendidos, y aplicando técnicas conductuales y cognitivas se puede conseguir que el niño adquiera conductas de relación interpersonal que no tiene en su repertorio y modifique otras que ya tiene pero resultan inadecuadas.

La mayoría de los niños con TDAH presentan dificultades para establecer y mantener las amistades y sus habilidades sociales y de comunicación son escasas. A veces reaccionan con agresividad y con frecuencia se meten en conflictos por responder de forma impulsiva sin pensar en las consecuencias.

En otras ocasiones se muestran más pasivos, retraídos y controlan las situaciones sociales pasando desapercibidos. Por ello, el entrenamiento en Habilidades Sociales debe incluirse en el tratamiento psicopedagógico del niño con TDAH.

1.8.- Líneas de investigación futuras.

El objetivo de este punto se centra en intentar predecir lo que nos podemos encontrar en el futuro en el TDAH, y conocer los aspectos que pueden ser más o menos determinantes en los próximos años en la investigación y el ámbito social del TDAH.

Sin duda, no se puede hablar de un futuro en el TDAH, si no se destinan suficientes recursos a la investigación, y en este punto no corren buenos tiempos, ya que los recortes en este ámbito se dan de forma muy especial.

El futuro depende del presente en investigación y sin ayudas o inversiones dedicadas a la mejora de las condiciones sociales de las personas que conviven diariamente con el TDAH, el futuro es bastante negro. Pero independientemente de esta reflexión que nos da la lectura de varias referencias bibliográficas sobre el tema, existen en la actualidad una serie de líneas de investigación en TDAH sobre los siguientes ámbitos.

A.- Fundamentos Neurobiológicos

B.- Estudios Genéticos

C.- Estudios sobre funciones ejecutivas

D.- Aspectos de eficacia de los tratamientos.

Pasaremos a ver cada uno de ellos, a continuación:

A.- Fundamentos neurobiológicos.

En los últimos años, los conocimientos sobre TDAH han aumentado debido a diferentes trabajos experimentales y una revisión bibliográfica que han dado lugar a una serie de futuras líneas de trabajo en este campo. En el estudio “Trastorno por déficit de atención / hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación” (Cardo y Servera, 2008), se nos habla de una serie de autores que han trabajado sobre los fundamentos neurobiológicos.

Arnsten (2006) hizo una revisión de la implicación del Cortex Prefrontal (CPF) y sus conexiones en el TDAH a partir de unos estudios de laboratorio con animales y de la observación de pacientes con lesiones del CPF. Este autor, confirmó la implicación del CPF en la atención sostenida, la inhibición, la distracción, la atención dividida y la inhibición conductual.

Por otra parte, Cortese et al, en su estudio concluye que los TDAH presentan mayores niveles de somnolencia diurna, de índice de apneas y más movimientos durante el sueño. A su vez, Fassbender, a través de una revisión de los estudios de Neuroimagen funcional, concluyó que los niños con TDAH, cuando se le requieren tareas novedosas tienen que realizar un mayor esfuerzo de procesamiento y aun así no resulta suficiente.

En la misma la misma línea de trabajo, Krain et al, se centra en los estudios de neuroimagen para encontrar diferencias anatómicas en los niños con TDAH en aspectos como, el circuito frontoestriado, el volumen cerebral, la materia blanca y gris, las regiones prefrontales, los ganglios basales, el cerebelo, el cuerpo calloso... Los estudios en adultos son escasos y algunos de ellos muestran resultados incongruentes en relación a los resultados obtenidos con niños. Algunos aspectos afectan de manera negativa a las muestras utilizadas en estos estudios: tamaño pequeño de las muestras estudiadas en personas adultas con TDAH, presencia de comorbilidad, medicación, género...

Los estudios de neuroimagen realizados en pacientes adultos con TDAH según el punto de vista neurobiológico, confirman que el trastorno persiste en la edad adulta. Además, los resultados son similares a los encontrados en niños con estos trastornos.

Todos los estudios coinciden en señalar la importancia de estudiar las disfunciones en los circuitos fronto – estriatal – parietal – cerebelar en esta población, tanto durante tareas que requieren procesos ejecutivos y/o de atención, como en estado de reposo (Martínez, M. 2013, pp 257 – 258). Como se puede ver, los resultados de los estudios son muy heterogéneos, pero sin duda la neuroimagen del TDAH es una de las líneas de investigación relevantes que merece la pena ser impulsada en el futuro.

B.- Estudios genéticos

En los últimos años se ha llevado a cabo una revolución genómica que ha facilitado una gran cantidad de información genética y que ha permitido ampliar el conocimiento de enfermedades complejas como el TDAH. Aunque se han realizado diversos estudios genéticos sobre el trastorno, actualmente se desconocen las causas exactas, y se acepta que el TDAH es un trastorno complejo donde actúan factores ambientales (20 – 30%) y genéticos (70 – 80%). (Ramos – Quiroga et al, 2007. Tomado de M^a Ángeles Martínez Martín, 2013, pp 356 – 357)

Tanto el grupo de Acosta como en España, Mulas et al, o Ramos – Quiroga et al, han publicado interesantes trabajos sobre la genética del TDAH. Por ejemplo, Acosta afirma que estamos muy cerca de conocer el origen genético del TDAH, pero el reto está en cómo utilizar esa información para beneficiar a los pacientes. Por otra parte, Mulas et al, se resumen las numerosas evidencias a favor de una etiología orgánica del TDAH. Y

finalmente, en el trabajo de Ramos – Quiroga et al, se destaca que el TDAH presenta una alta carga genética, de herencia, en el que intervienen factores ambientales y en el que se considera que su estudio en adultos pueden ser un buen modelo para mejorar los conocimientos del TDAH y por tanto, un buen camino de investigación futura.

Respecto a los estudios genéticos, los resultados obtenidos son dispares entre ellos y presentan algunas limitaciones que debemos considerar. En primer lugar, existe una gran heterogeneidad en la metodología utilizada en los distintos estudios. En segundo lugar, los estudios realizados se han llevado a cabo con un reducido número de pacientes. Además, la mayoría de estudios se han dado con niños, donde se conoce que existe una proporción en la que el trastorno remite al llegar a la edad adulta. Y finalmente, debido a que la mayoría de los genes estudiados tienen un efecto pequeño sobre el trastorno, serían necesarios estudios donde se evaluaran de forma conjunta distintos genes para obtener una visión integradora y personalizada del TDAH.

C.- Estudios sobre Funciones Ejecutivas.

Las funciones ejecutivas (FE) son los procesos mentales mediante los cuales resolvemos los problemas internos y externos deliberadamente. Los problemas internos, son el resultado de conflictos de interacción social, comunicativos, afectivos y motivacionales nuevos y repetidos. Los problemas externos son el resultado de la relación entre el individuo y su entorno.

El objetivo de las Funciones Ejecutivas es solucionar estos problemas de forma eficaz para el individuo y la sociedad.

Estudios de evaluación clínica, neuropsicológica y neuroimagnológicas en humanos y animales han demostrado que la Corteza Prefrontal es esencial para un correcto funcionamiento de las FE. La Dopamina y la Norepinefrina son los neurotransmisores más implicados en este proceso (Papazial et al, 2006,42).

Prácticamente nadie pone en duda que el TDAH provoca alteraciones en las Funciones Ejecutivas. La autora Doyle, considera que hay muchas evidencias de alteración de las FE especialmente de inhibición de respuesta.

Por su parte, Seidman, ha revisado el efecto de las FE sobre el TDAH a lo largo de todo el ciclo vital. La conclusión a la que ha llegado es que la “investigación futura debe clarificar las múltiples fuentes de la disfunción del TDAH, se deben seguir refinando y optimizando los instrumentos neuropsicológicos para su evaluación, e incorporar diseños evolutivos y longitudinales para comprender el trastorno a lo largo del ciclo vital” (Cardo, E, et al, 2008)

Se puede decir que todavía no hay nada seguro y concreto sobre la relación del TDAH y las Funciones Ejecutivas. Como señala Doyle, “el TDAH puede conceptualizarse como una condición neuropsicológicamente heterogénea”, pero es necesario seguir estudiando e investigando para mejorar esa heterogeneidad y concretar sus implicaciones clínicas y patofisiológicas.

D.- Eficacia de los tratamientos de TDAH.

El diagnóstico de los trastornos mentales es una de las áreas del conocimiento que menos avances ha experimentado en los últimos años. La entrevista con el paciente y la información aportada por terceras personas sigue siendo la herramienta principal en el diagnóstico del TDAH, donde existe un amplio campo de investigación futura.

Respecto al ámbito de los tratamientos de TDAH, éstos si han mejorado considerablemente. Sin embargo, como indican Weis et al (2012) es necesario pasar de los estudios que se vienen realizando en los laboratorios a la práctica clínica, ya que de este modo, se demostrará si un tratamiento funciona o no. Tenemos aquí también un amplio campo de investigación futura en el tratamiento del TDAH.

1.9.- Postura crítica de algunos padres hacia el tratamiento habitual del TDAH.

Algunos padres se muestran críticos ante el tratamiento que se da en un primer momento ante la detección del TDAH, principalmente farmacológico y defienden la investigación de cada caso a fondo para intentar ir a la causa del problema, y no centrarse sólo en la sintomatología.

La experiencia de una madre nos relata que después de acudir a un gabinete psicológico con su hija mayor, de rellenar cuestionarios (padres y profesores), y de pasar la niña unos Test DSM, fue diagnosticada de TDAH. Al día siguiente ya se le

había prescrito medicación que comenzó a suministrarle de inmediato pensando que serviría para solucionar el problema. Con el tiempo se observó que sólo servía para mitigar y camuflar algunos síntomas, sobre todo el exceso de actividad física, aún así continuó medicándola por prescripción médica.

Poco tiempo más tarde empezaron a surgir los mismos problemas con su hijo menor, el cual también fue diagnosticado de TDAH, a través de los cuestionarios y el manual DSM. Pero en ese caso la madre actuó de forma diferente, buscando las causas y soluciones del problema tuvo la suerte de dar con un neurólogo, que para solucionar el problema le propuso un tratamiento psicológico para mejorar la autoestima del niño, ejercicios de atención y trabajar estrategias que favoreciera sus relaciones sociales. Afortunadamente la terapia comenzó a dar resultado y se ha evitado la medicación en el caso de su hijo.

Debido a los buenos resultados, esta madre decidió profundizar en las causas de TDAH de su hija medicada para buscar soluciones. Consulto con el mismo neurólogo, quien después de muchas pruebas, confirmó que su hija no tenía TDAH, ni existía motivo para medicarla a diario.

Tomado de: <http://padresconalternativas.blogspot.com.es/>

Existen muchas posibilidades en el tratamiento del TDAH, no está claro a día de hoy que uno de ellos que sea 100% efectivo, por ello los padres de hijos con TDAH tienen derecho a elegir lo mejor para sus hijos. Todos sabemos que los intereses de las empresas farmacológicas pesan mucho en nuestra sociedad e impiden que otras líneas de investigación salgan a la luz, haciendo que algunos padres tengan que tomar medidas alternativas a las convencionales. Es indudable que debe existir un equilibrio y coordinación entre los diferentes ámbitos de intervención.

2.- ACERCAMIENTO A LA REALIDAD DEL TDAH EN ARAGON

2.1.- Protocolo de intervención del TDAH en Aragón.

Hay muchos niños con problemas de atención, hiperactividad o impulsividad, que además tienen problemas escolares o de comportamiento en el colegio o en casa. En

muchos casos las dificultades escolares se van notando a medida que avanzan cursos y las exigencias son mayores; es frecuente que vayan aprobando a base de mucho esfuerzo de los padres que tienen que estar muy encima de sus hijos para que puedan centrarse. Si no se pone remedio las dificultades son cada vez mayores.

El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad es un trastorno muy heterogéneo y por ello en la detección, diagnóstico y tratamiento se debe llevar a cabo mediante un *modelo multidisciplinar e integrador* que implique tanto a los servicios educativos, como sanitarios y sociales.

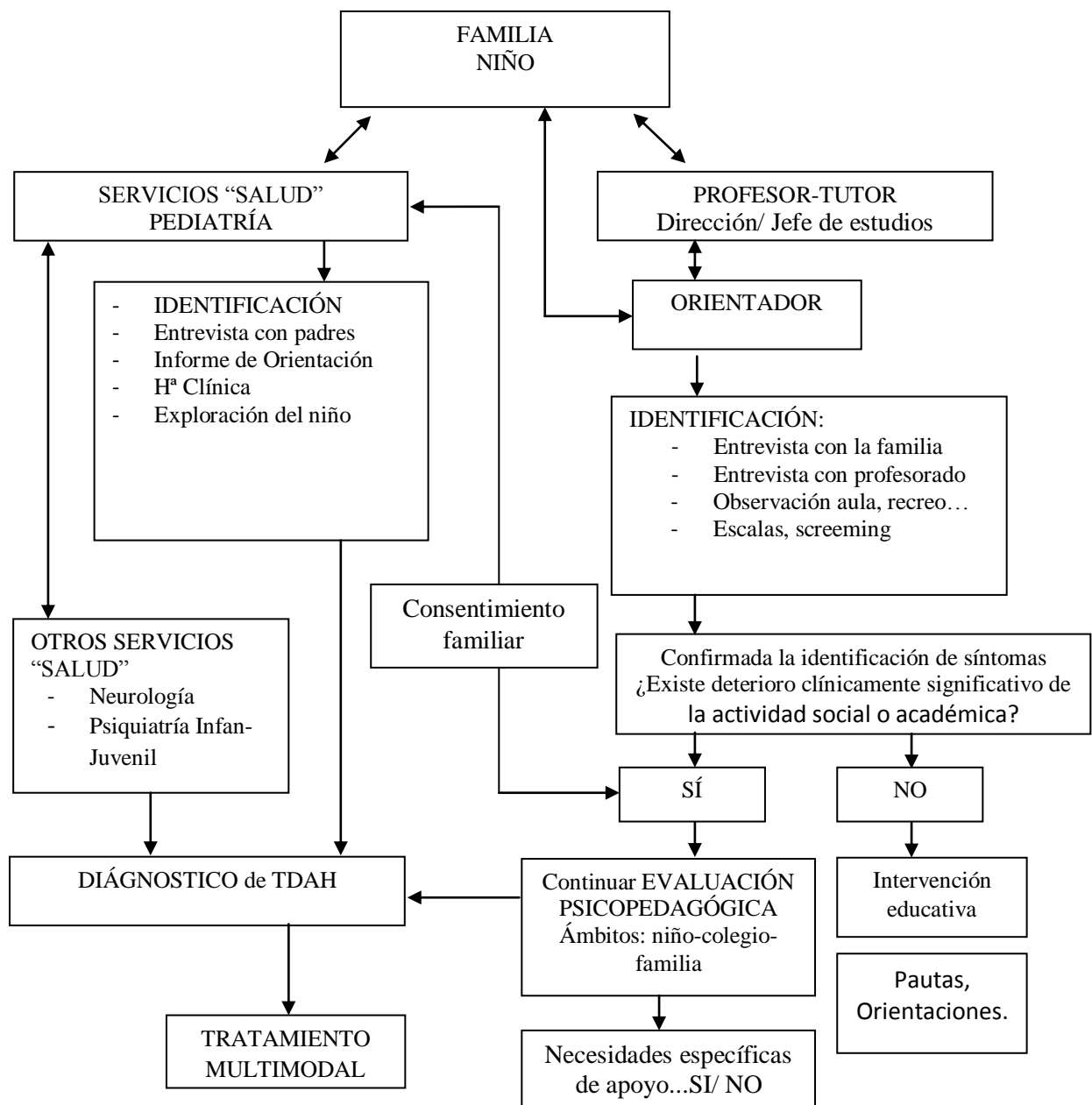
En los últimos años, ha aumentado la demanda en estos servicios de un diagnóstico y orientación de los niños con problemas de comportamiento en el colegio y/o dificultades escolares, por posible TDAH, trastornos de aprendizaje o trastornos de lectoescritura. Los profesores ayudados de los orientadores pasan mucho tiempo con los niños y disponen en su experiencia de un patrón comparativo de niños de las mismas edades. En el caso de detectar dificultades aconsejan a los padres que consulten con su pediatra.

Por su parte, los pediatras de las consultas de Atención Primaria, son figuras clave en el diagnóstico y seguimiento de este trastorno. El pediatra de Atención Primaria conoce al niño, a su familia y a su entorno. Por tanto, está bien situado para poder establecer un diagnóstico inicial y coordinar este con otros profesionales de Sanidad, Educación y Servicios Sociales.

La *valoración psicopedagógica* sirve para identificar y tratar los trastornos de aprendizaje aislados o asociados al TDAH. Esta recae en los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP).

Además, los niños con problemas de conducta, así como los TDAH evolucionados (niños mayores que llevan arrastrando problemas durante años y que presentan con frecuencia patologías comórbidas asociadas), pueden precisar una *valoración psiquiátrica* y una *valoración neuropediátrica* para casos dudosos o con otra patología asociada.

La importancia del diagnóstico de TDAH se sustenta en los siguientes aspectos: es un trastorno próximo a la normalidad pero que conlleva un riesgo moderado – alto de producir problemas secundarios – graves; tiene una tasa de prevalencia alta (5% de los niños en edad escolar) y puede mejorar con el tratamiento (Cuervo García, FJ. Coord. 2009). El protocolo de intervención para la detección de TDAH en la Comunidad Autónoma de Aragón queda resumido en el siguiente esquema:



Tomado de Cuervo García, FJ. Coord. 2009. p. 22

En la Guía Práctica “Déficit de Atención: Aspectos Generales. Protocolo de intervención, diagnóstico y tratamiento” 2009, se establecen una serie de fases dentro del protocolo de intervención del TDAH en la Comunidad Autónoma de Aragón.

a) Detección inicial – sospecha.

El objetivo de esta fase es descubrir aquellos niños que presentan conductas enmarcadas dentro del Trastorno de Déficit de Atención (TDA). La detección del trastorno comienza a partir de la sospecha de padres, profesores, pediatra o médicos de familia.

En el Centro Educativo, el profesor – tutor, profesores – especialistas y Equipos Directivos trasladan la sospecha a los EOEP (Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica). La identificación del trastorno la llevan a cabo mediante entrevistas con la familia y el profesorado, con observaciones en diferentes contextos (aula, recreo, comedor...), a través de la realización de escalas y cuestionarios: Conners (1989), EDAH (2001), Screening (Cuervo García, FJ. Coord. (2009)...

En Educación Infantil es necesario observar a nuestros alumnos, y aunque debemos mantener una gran prudencia a la hora de realizar un diagnóstico de TDAH en estas edades, es importante informar a las familias y al profesorado sobre el trastorno. De forma conjunta es importante realizar adaptaciones ambientales en casa y en el colegio y adaptaciones metodológicas en clase.

b) Evaluación – identificación

El objetivo de esta fase es iniciar el proceso para confirmar o descartar la existencia del trastorno.

En los Servicios Sanitarios el responsable de llevar a cabo esta evaluación es el pediatra y en los Centros Educativos, los Orientadores a través de los EOEP.

Entre alguno de los instrumentos de evaluación que se pueden utilizar en esta fase destacan:

- Entrevista Clínica Semiestructurada para el TDAH de Barkley (1998).
- Escalas de evaluación entre las que se elige una de estas:
 - o ADHD – IV, Rating Scales para padres y maestros de DuPau y otros (1998).
 - o Escalas para padres y profesores de Conners, modificadas por Farré y Narbona (2000).
- Inventario de conducta Infantil de Achenbach (1983).
- Capacidades Cognitivas (elegir una).
 - o ABC de Kaufman (1998). Batería de Inteligencia General para Niños.
 - o Escala de Weschler (1990; 1993; 2005)
- Funciones ejecutivas y atención selectiva: Test de STROOP. JC Golden (2001).
- Atención Sostenida: CSAT de Mateu Servera y Jordi Llabrés (2003).
- Impulsividad: Test de Emparejamiento de Figuras Conocidas (MFF – 20) de Cairns (2005).
- Criterios del DSM – IV – TR (2001) , DSM – V (2013) o de la CIE – 10 (1992).

Si tras la evaluación se descarta la existencia del trastorno, pero existe la condición de déficit, se llevará a cabo un *Tratamiento Psicoeducativo* en los *contextos familiar y escolar*.

Si por el contrario los indicadores nos muestran la existencia de un TDAH, la Evaluación Psicopedagógica continua. El Orientador del EOEP con el consentimiento de la familia traslada la información al pediatra el niño para que realice una valoración complementaria.

Si la identificación la hubiese llevado a cabo primero el pediatra, éste debería igualmente informar al orientador del centro para que llevase una evaluación psicopedagógica.

Ambas figuras, el orientador y el pediatra son clave para llevar a cabo una detección precoz tan importante en el diagnóstico de TDAH.

c) Evaluación – confirmación

El objetivo de esta fase es profundizar en diferentes ámbitos del perfil del niño y con ello poder realizar un tratamiento individualizado.

El Orientador evalúa las capacidades del niño, su estilo de aprendizaje, competencia curricular, habilidades sociales... Y los Servicios Sanitarios, además de lo destacado en la fase anterior, se encargan de realizar un diagnóstico diferencial, describir los trastornos comórbidos, asociados, etc. Dependiendo de la situación clínica, los diferentes especialistas pueden considerar necesaria la intervención de los Servicios de Salud Mental, Psiquiatría Infanto Juvenil, Neurología, Psicología, etc.

d) Conclusión Diagnóstica

Tras la evaluación, los diferentes profesionales que han intervenido en el proceso emiten un documento diagnóstico en el que deben aparecer un resumen de los problemas del niño, las posibles causas, los factores de riesgo, la evaluación de sus problemas hasta llegar a los síntomas actuales. Con esta información se elabora un Plan de Tratamiento individual e interdisciplinar la coordinación entre los diferentes profesionales que van a intervenir así como su seguimiento.

2.2.- La realidad del TDAH en Aragón.

En el año 2009 se realizó en Zaragoza un proyecto de innovación e investigación educativa acerca del TDAH en diferentes centros públicos y privados. El estudio se denominó: “Déficit de Atención. Estudio sobre incidencia, diagnóstico y tratamiento. Propuesta de un modelo de intervención” (2009).

Entre los objetivos de este estudio, se plantea conocer la realidad y la práctica diaria a nivel escolar para mejorarla mediante un estudio descriptivo desarrollado en quince centros públicos y privados concertados, ubicados en la localidad de Zaragoza y en algunos barrios rurales. Además se propone recoger información sobre cómo se está interviniendo en la provincia de Zaragoza.

Los centros participantes en el estudio fueron:

- CENTROS PÚBLICOS:

- C.E.I.P.s “Cesáreo Alierta”, “Juan Pablo Bonet”, “Eugenio López”, “San Braulio”, José Camón Aznar”, “Andrés Oliván”, “Ramiro Solans”, “Recarte y Ornat”, “Domingo Miral, “Julián Nieto Tapia” y “La Estrella”.

- CENTROS PRIVADOS-CONCERTADOS:

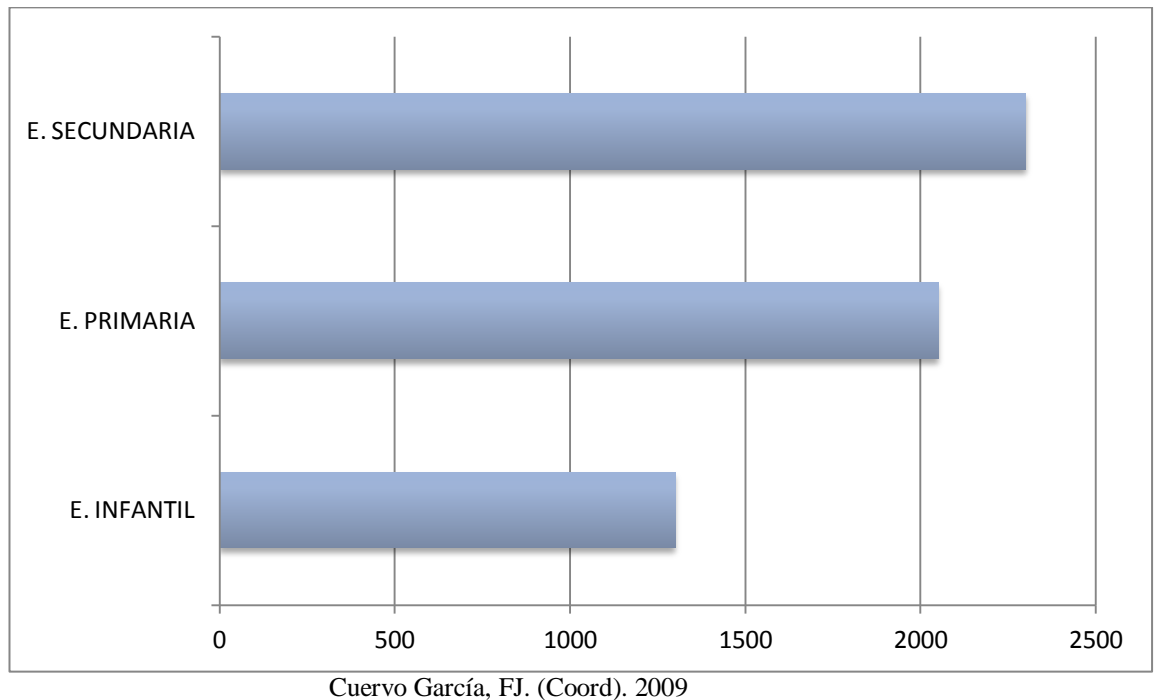
- Santa Magdalena Sofía”, “Compañía de María - La Enseñanza”, “Nuestra Sra. Del Carmen”, “San Antonio de Padua”.

Según este estudio de un total de población de 4.900 alumnos de Educación Primaria, presentan dificultades de atención 560 alumnos. Según sus profesores, las dificultades de atención que presentan estos alumnos condicionan de forma significativa tanto sus aprendizajes como su rendimiento.

La prevalencia por tanto, según los datos indicados, es el del 11,4%, lo que aplicando este porcentaje a nivel de Aragón 7.370 alumnos de Educación Primaria tienen “problemas de atención”. En un estudio similar realizado en la Comunidad de Castilla La Mancha la prevalencia fue del 13% algo superior a nuestra comunidad. (Albor, 2003).

Aplicando la prevalencia del TDAH de entre un 3-7% según la APA (2002), solo entre el 10-15% está reconocida como población clínica. (Barkley y otros, 1990). Algunos ejemplos que se dan en España tomados de 9 Comunidades Autónomas, entre ellas Aragón, esta Comunidad se sitúa en el 3% de la población infantil y adolescente (Albor, 2003).

Él 3% de *prevalencia de la Comunidad Autónoma de Aragón* se aplicaría de la siguiente forma:



De una población de 4.900 alumnos de Educación Primaria con TDAH, un 2,86% están diagnosticados. Tomada una muestra de 140 alumnos de Educación Primaria los resultados estiman que el 80% tenía TDAH y el 20% TDA, mientras que por sexos el 2,26% se dio en niños y el 0,6% en niñas (Cuervo García, FJ. 2009)

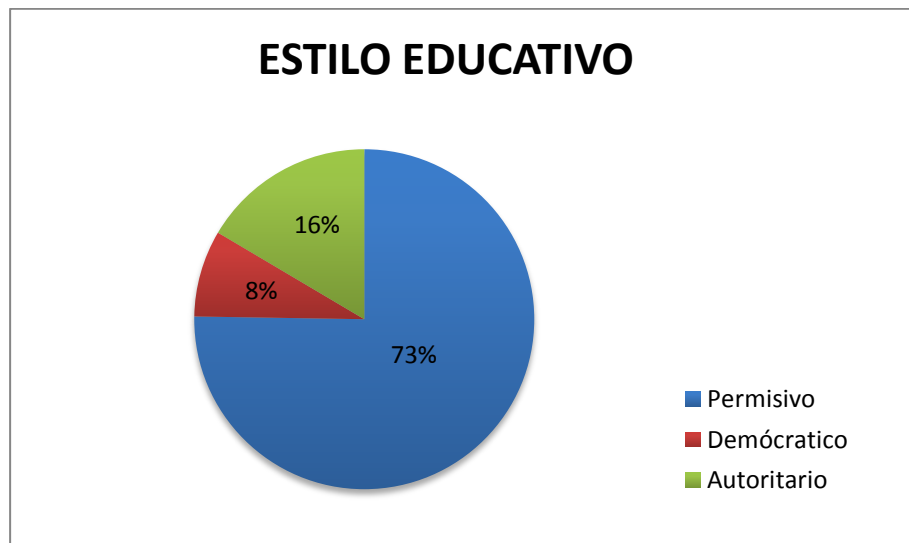
En este proyecto, referenciado en la Guía práctica del déficit de atención del Gobierno de Aragón (2009), se toma una muestra de 48 alumnos, de los cuales 32 de ellos tenía TDAH, mientras que 16 tenía TDA.

Según la *dinámica familiar* (hogar) se encuentran dos tipos de familias:

- ESTABLE: de un 56% de las familias, el 38% padecía TDAH, mientras que el 60% tenía ACNEEs (alumno con necesidades educativas específicas)
- INESTABLE: de un 44% de las familias, el 62% de los alumnos tenía TDAH.

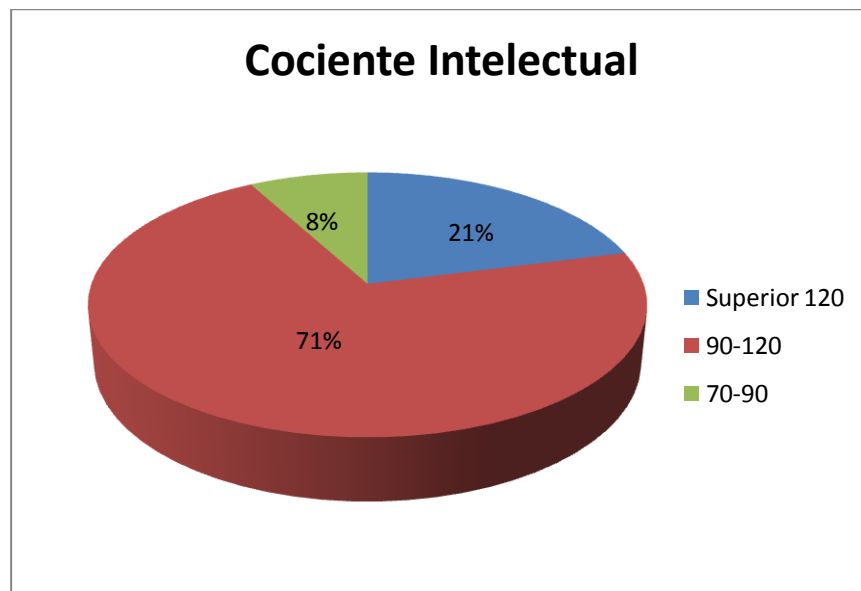
Se observa una gran diferencia sea la dinámica familiar en la que se encuentra el niño, siendo más propensos a presentar “problemas de atención” en las familias inestables.

Según el *estilo educativo* de la pareja hacia el niño, en un 73% de los casos se utiliza un estilo permisivo, un 16% es autoritario y un 8% es democrático.



Cuervo García, FJ. (Coord). 2009

A continuación observamos las **capacidades intelectuales**, y más en concreto, el cociente intelectual de estos alumnos, donde los resultados del estudio fueron los siguientes:



Tomado de Cuervo García, FJ. 2009

Como se puede apreciar este ítem no es muy relevante ya que el 71% de los alumnos analizados se encuentran en la media de cociente intelectual.

A la hora de valorar el *rendimiento en los aprendizajes* los alumnos con TDAH muestran una necesidad de mejora en lo que respecta a las calificaciones escolares. El estudio muestra el porcentaje por áreas:

- LENGUA CASTELLANA: del 77% de los alumnos que necesitan mejorar en este área, el 93% tenía TDA y el 68% TDAH.

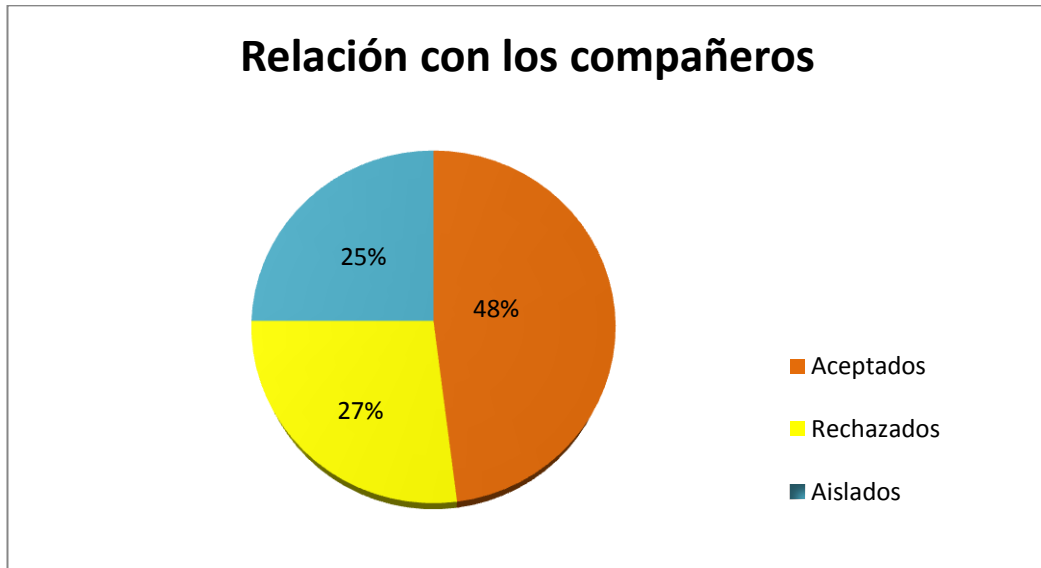
- MATEMÁTICAS: del 65% de los alumnos que necesitan mejorar en este área necesitaba mejorar en este área, un 81% tenía TDA y el 56% TDAH.

El 35% de estos alumnos con TDAH repitió curso.

En cuanto a los *apoyos educativos en el centro escolar*, en el 78% de los colegios en los que se realizó el estudio, un 67% lo llevaba a cabo el profesorado ordinario, un 6% el especialista en pedagogía terapéutica y el 7% por un especialista de audición y lenguaje.

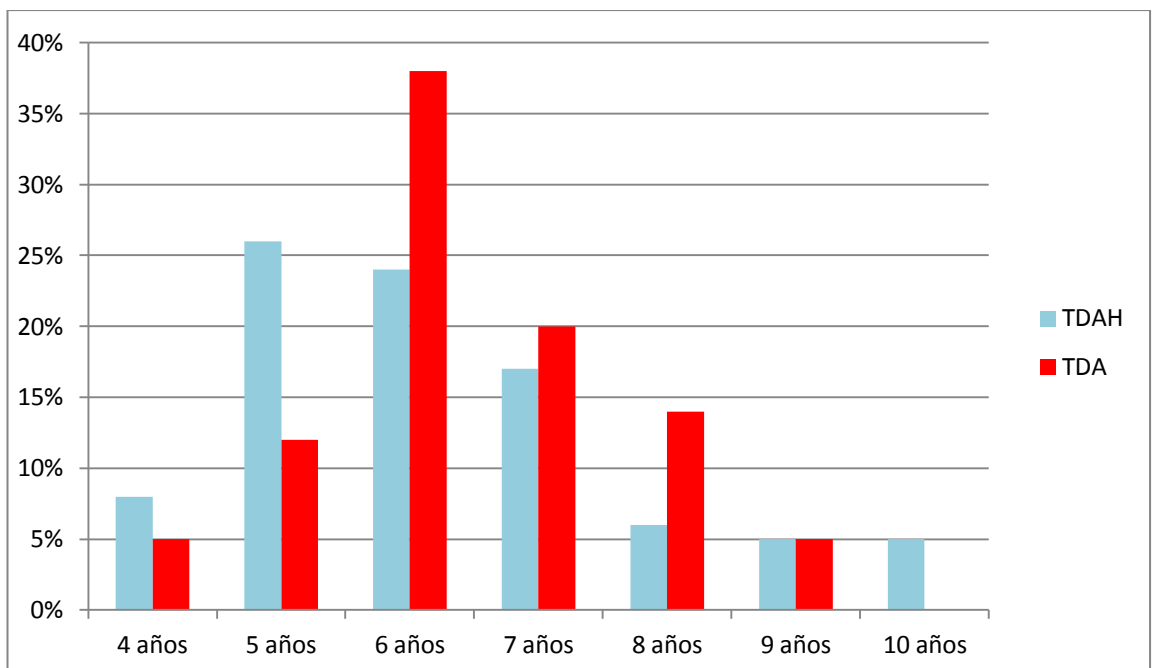
En lo que se refiere al *clima social del contexto escolar*, las relaciones que el niño con TDAH mantiene con el tutor, son en un 62% de entendimiento y en un 32% de tensión.

Las *relaciones con el resto de compañeros* desde la valoración del profesorado se dan de tres tipos; aceptados, rechazados y aislados.



Cuervo García, FJ. (Coord). 2009

Respecto a la *edad del diagnóstico* podemos ver como en las edades más tempranas prevalece el TDAH sobre el TDA, mientras que conforme pasan los años el TDA es el que se impone hasta los 10 años.



Cuervo García, FJ. (Coord). 2009

En cuanto al *tratamiento farmacológico* este se presenta en un 77% de la población estudiada, tratándose el 84% de los alumnos con TDAH y el 60% de los alumnos con TDA. En alumnos con necesidades educativas específicas se da en un 84% de los casos. Los fármacos se dividen en:

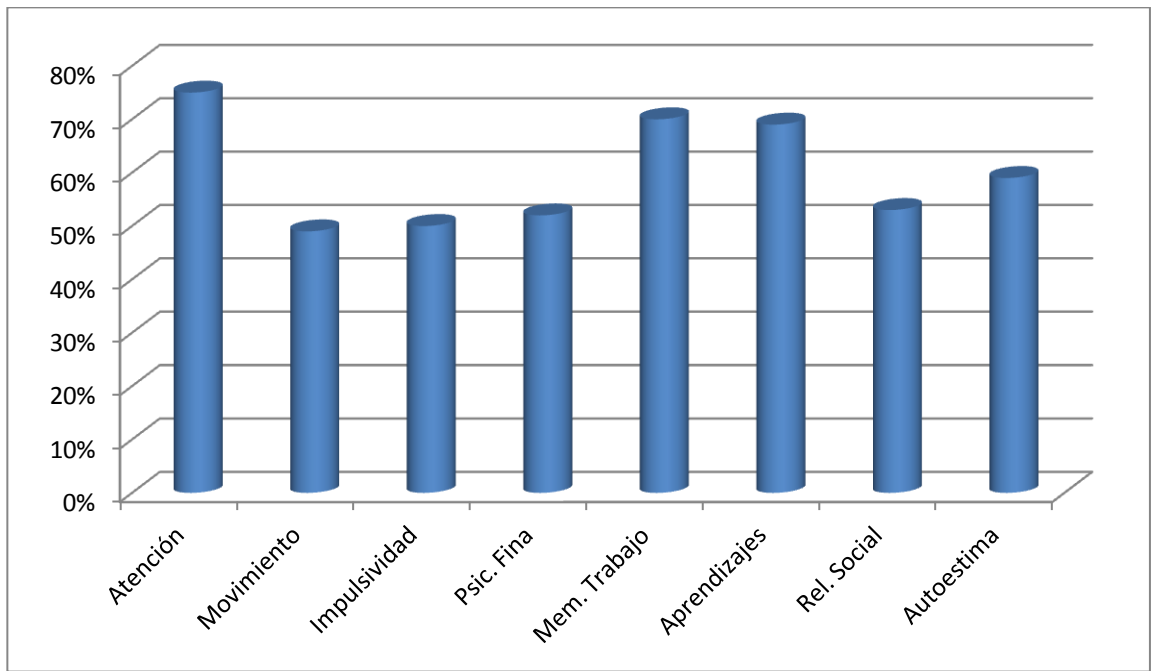
- METALFENIDATO: con un uso del 91%, repartido entre el Rubifén con el 79% y el Concerta con el 12%.
 - OTROS: con el uso del 9%. (El empleo de la atomoxetina todavía no se puede adquirir en España).

La *evolución de los casos estudiado* tras las diferentes intervenciones que tuvieron lugar en el estudio, en un 90% fueron positivas, siendo un 97% eficaces en cuanto al TDAH y un 75% en el TDA. Los niveles de evolución positiva fueron los siguientes:



Cuervo García, FJ. (Coord). 2009

La *valoración* que se da, tanto por parte del profesorado, como por el orientador y la familia, es que se ve una evolución positiva en:



Cuervo García, FJ. (Coord). 2009

Actualmente es el último estudio realizado en nuestra Comunidad Autónoma para conocer la realidad del TDAH en Aragón. Este estudio es una muestra significativa de la situación en la que se encuentra este trastorno que afecta a un gran porcentaje infantil y adolescente de nuestra Comunidad. Los datos reflejan que estamos en la media de prevalencia a nivel nacional. Sería conveniente que se invirtieran más esfuerzos en continuar estudiando la base de este trastorno a nivel autonómico. Ya que este trastorno supone, no solo un gasto económico a nivel familiar, sino también a nivel social tanto en el ámbito educativo como sanitario. Estos esfuerzos que se realizan a posteriori, una vez diagnosticado el trastorno en la población podrían ser destinados a encontrar una solución anterior.

2.3.- ASOCIACIONES DE TDAH.

En la vida y la educación de los niños con TDAH, la familia es el pilar fundamental junto con los educadores. Para ayudar a las familias con esta disfunción surgen las Asociaciones, que son agrupaciones organizadas donde se busca dar la mayor cobertura informativa posible. Utilizan todos los medios de intervención que están a su alcance para ayudar a las familias y a los niños a superar los problemas con los que se encuentran.

La principal labor de las asociaciones es la de orientar, tranquilizar y animar a los padres, ya que en muchas ocasiones éstos llegan asustados a ellas.

Otra de las labores clave de las asociaciones es ofrecer “hojas de ruta” para que sepan a qué profesionales y/o entidades dirigirse, con la finalidad de lograr un tratamiento óptimo, así como para que les puedan asesorar de cuál es la legislación propia de cada Comunidad Autónoma en relación a este tema.

En España existen muchas asociaciones de padres de niños con TDAH que realizan actividades para informar, formar y ayudar a todos los interesados en este trastorno. El contacto con familias que han pasado por la misma situación proporciona otros puntos de vista sobre el TDAH y ayuda a sentirse acompañado. Algunas de ellas son:

- ADAHlgi. Asociación de Déficit de Atención e Hiperactividad de Guipúzcoa.
- AMANDA. Asociación Malagueña de adultos y niños con Déficit de Atención e Hiperactividad.
- ANDAR. Asociación Navarra de apoyo a personas con TDAH de la Ribera.
- APDE Sierra TDAH. Guadarrama. Madrid.
- APYDA. Associació provincial de pares i mares amb fills amb déficit d'atenció amb o sense hiperactivitat. Tarragona.
- TDAH-GC. Asociación de familiares de afectados por TDAH. Gran Canarias.

Las encontramos en el siguiente enlace: <http://www.feaadah.org/es/quienes-somos/asociaciones.htm?lng=es&p=1>

Cabe destacar que todas estas asociaciones son un buen apoyo para fomentar la detección precoz. Actualmente y centrándonos en la Comunidad Autónoma de Aragón, encontramos:

- En la provincia de Huesca, la asociación AATEDA situada en la capital oscense.

- En Zaragoza también encontramos la Asociación AATEDA y la asociación ATENCIONA.

A continuación voy a hablar más detalladamente de las dos asociaciones que encontramos en Aragón.

1) AATEDA (Asociación Aragonesa del trastorno por déficit de atención e hiperactividad) Recuperado el 27 de julio de 2014, de:

<http://www.aateda.org/page11.php>

La Asociación Aragonesa del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, es una organización sin ánimo de lucro, constituido con el objetivo de ofrecer recursos de información, asesoramiento y apoyo a los afectados por el Trastorno por el Déficit de Atención de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Las actividades para niños que ofrece esta asociación, están dirigidas a trabajar las habilidades sociales para niños entre 6 y 16 años, la focalización de la atención visual y auditiva y refuerzo del área del lenguaje y las técnicas de estudio para el segundo ciclo de primaria y el primer ciclo de la E.S.O.

La asociación posee un estudio psicopedagógico, un servicio de logopedia para problemas de dislexias, dislalias, comprensión lectora, etc... También se dan clases particulares, clases de inglés en grupo y actividades para adultos con TDAH y asesoramiento y terapia a grupo de padres. Además, hay una consulta de psicólogo tanto para niños como para adultos (modificación de conducta, entrenamientos en autocontrol y reflexividad, etc.).

Esta asociación, se creó para dar una respuesta al caso concreto que la familia fundadora encontró en su hogar. Se dieron cuenta que la conducta de su hija tenía una explicación y además descubrieron que no eran los únicos padres que les pasaba esto. La experiencia de esta familia queda reflejada en el siguiente artículo del periódico “Heraldo de Aragón”.

Bárbara Sánchez es médico, fundadora y presidenta de la Asociación Aragonesa del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (AATEDA). Desde su organización (no lucrativa) realiza diagnósticos previos y asiste tanto a nivel de

aprendizaje (haciendo entrenamientos de la focalización de la atención y dando apoyo escolar con repases individualizados y técnicas de estudio), como en el plano médico y farmacológico. En la actualidad, AATEDA atiende en sus centros de Huesca y Zaragoza a 600 familias, algunas de ellas con varios niños con TDAH. Maluenda, A. (12-03-2012). Casi 12.000 niños padecen de déficit de atención e hiperactividad. Heraldo de Aragón. Recuperado el 14 de julio de 2014, de http://www.heraldo.es/noticias/aragon/2012/03/17/casi_000_ninos_padecen_deficit_atencion_hiperactividad_180462_300.html

Además, su fundadora, cuenta su experiencia en primera persona:

“Es curiosa la experiencia que se siente el ponerle nombre y apellidos a algo que antes nos era totalmente desconocido. Los fundadores pudieron constatar que lo que su hija tenía, se llamaba de forma general TDA-H, es decir: Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad”. Recuperado el 27 de julio de 2014, de: <http://www.aateda.org/page11.php>

Su experiencia fue de un cierto alivio ya que al observar la conducta de su hija a lo largo del tiempo les iba cargando a ellos y a su hija con “etiquetas” que no tenía nada que ver con la realidad. Se dieron cuenta que no estaban solos. Y así fueron conociendo con familias que se encontraban en una situación similar. Ya que en Aragón no existía conocimiento de los que era el TDA-H y provocaba situaciones muy difíciles para sus hijos e hijas y para las familias, en ámbitos como la propia familia, las amistades, el colegio, etc..., se reunieron tres matrimonios que formaron la “Asociación Aragonesa del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad” es decir AATEDA.

2) ATENCIONA. (Asociación regional aragonesa de familiares y profesionales orientada al diagnóstico, investigación, tratamiento y tiempo libre de la hiperactividad, déficit de Atención y trastornos asociados) Recuperado el 27 de julio de 2014, de: <http://www.atencion.es/>

ATENCIONA es una asociación sin ánimo de lucro formada por familias con hijos diagnosticados con TDAH y profesionales implicados en el trastorno.

Ofrece dar la mayor cobertura informativa posible sobre la disfunción, y da la posibilidad de utilizar todos los medios de intervención a su alcance en todos los

ámbitos posibles para ayudar a los niños y sus familias a superar los problemas con los que se encuentran. La asociación es un ente activo que busca poder contar con la colaboración y participación voluntaria de todos sus socios para conseguir sus objetivos.

El objetivo principal que persigue ATENCIONA es poner todos los medios a su alcance para poder llegar a la detección temprana de los niños TDAH, procurándoles el tratamiento y seguimiento adecuado a sus necesidades para su correcto desarrollo, así como implicar a los organismos competentes para conseguir la regulación de las actuaciones necesarias para que los afectados del trastorno, sean adecuadamente diagnosticados, enfocados y tratados, para que tanto a nivel personal como social, su infancia, adolescencia y edad adulta sean plenas, autónomas y satisfactorias.

Las actividades que se realizan en esta asociación son las siguientes:

- APOYO ESCOLAR-TÉCNICAS DE ESTUDIO
- TRATAMIENTO PARA HABILITAR LA ATENCIÓN
- REEDUCACIÓN
- HABILIDADES SOCIALES Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS
- PROGRAMA ATENCIONA

A través de este programa, se pretende un aprendizaje continuo de las habilidades sociales. Mediante dinámicas de grupo y actividades dirigidas, el alumno aprende a utilizar técnicas de resolución de problemas, a mejorar su autoestima, a introducirle en técnicas de autocontrol al tiempo que los niños se divierten mientras aprenden. Éste programa se basa en el aprendizaje vivenciado, es decir, aplicar en situaciones reales las pautas y teorías que aprendan los niños sobre la resolución de conflictos, para ello, algunas sesiones se llevan a cabo en espacio abierto, con la finalidad de que el niño generalice lo aprendido.

- LOGOPEDIA
- PSICOLOGÍA

- ESTUDIO PSICOPEDAGÓGICO

Consiste en la administración de una batería de pruebas compuesta por: valoración de la inteligencia y todas las áreas que la componen (razonamiento, relaciones analógicas, orientación espacial, memoria auditiva, memoria visual, etc.); estudio exhaustivo de la atención (focalización de la atención, atención sostenida, atención selectiva, etc.); valoración del área del lenguaje (escritura y lectura); velocidad de procesamiento; percepción; autocontrol (Impulsividad vs. Reflexividad); funciones visoperceptivas; socialización. En algunos casos, se pueden realizar pruebas de sintomatología depresiva y autoestima, de ansiedad, de adaptación, etc.

- CHARLAS INFORMATIVAS

- GESTIÓN DE TIEMPO LIBRE

3.- IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y ATENCIÓN TEMPRANA DEL TDAH. ESTRATEGIAS FUERA Y DENTRO DEL AULA CON EL ALUMNO TDAH.

3.1.- Diagnóstico Precoz y Atención Temprana.

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo cuya principal sintomatología son la falta de atención, hiperactividad e impulsividad. Sus síntomas están bien descritos en el DSM y en la CIE – 10. Es un trastorno muy frecuente en Europa y USA (frecuencia del 4 – 10% de la población). Es el tercer problema crónico de salud en la infancia, después del asma y la obesidad, ocasionando múltiples consultas en Atención Primaria y Especializada. Constituye casi el 50% de toda la carga de trabajo en las consultas de Psiquiatría Infantil, y en menor proporción de neuropediatría. Conlleva grandes gastos económicos familiares y sociales afectando a la calidad de vida del niño y de la familia con un enorme desgaste emocional. Por ello, el Diagnóstico Precoz y la Atención Temprana son imprescindibles en el TDAH.

Se define *Diagnóstico Precoz*, como el sistema para detectar en una población determinada y asintomática una enfermedad con el objetivo de disminuir los daños a la salud física, psíquica o social (Martínez, 2013. p 134).

Por Atención Temprana, se entiende como el conjunto de acciones que desarrollan los diferentes servicios sanitarios, sociales y educativos que tienen como finalidad prevenir y compensar las desventajas permanentes y transitorias de niños/as de 0 a 6 años con discapacidad o riesgo de padecerla (Orden de 20 de enero de 2003. BOA nº 14, 5 de febrero de 2003).

En España el panorama asistencial es muy diverso y va en función de cada Autonomía, Región, Comarca y ciudad. En Aragón, la Atención Temprana se lleva a cabo principalmente en dos ámbitos de actuación:

- En Educación: Los Equipos de Atención Temprana (EATs) son equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica dependientes del Departamento de Educación del Gobierno de Aragón que desarrollan sus funciones en la Etapa de Educación Infantil (0 – 6 años). En Aragón, hay 4 EATs: 1 en Teruel, 1 en Huesca y 2 en Zaragoza. Estos Equipos atienden a las guarderías y Escuelas Infantiles públicas realizando Evaluaciones Psicopedagógicas de niños con sospecha de Necesidad Específicas de Apoyo Educativo para poder determinar la modalidad de escolarización más adecuada (tipo de centro escolar. Ordinaria, combinada, especial).
- En Servicios Sociales: El Programa de Atención Temprana lo lleva a cabo el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) con niños de 0 a 6 años que residen en la Comunidad Autónoma de Aragón con problemas o retraso den el desarrollo.

Estos Centros Base del IASS, realizan la valoración de los niños donde se decide la inclusión o no en el Programa de Atención Temprana. En el caso favorable, estos centros propondrán un programa de intervención, individualizada para cada uno de los casos-. Además de la función de recibir las solicitudes de valoración, los trabajadores sociales tienen las funciones de acogida, orientación y seguimiento familiar.

Los tratamientos se prestan en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) que dependen de entidades privadas sin ánimo de lucro, previamente acreditadas y concertadas por el IASS (Fundación Down, Fundación de Disminuidos Físicos de Aragón y Fundación Atención Temprana).

Los Centros de Base existentes en la Comunidad Autónoma de Aragón donde se lleva a cabo este Programa de Atención Temprana son:

- En Huesca: Joaquín Costa, 22. 22002. cbhuesca@aragon.es
- En Teruel: Avd. Sanz Gadea, 2. 44002 cbteruel@aragon.es
- En Zaragoza: Santa Teresa 19 – 21 50006 cbzaragoza@aragon.es

Poeta Luis Cernuda s/n 50015 cbactur@aragon.es

La historia clínica es la mejor herramienta para iniciar la sospecha de un TDAH. Y aunque con la tecnificación de la profesión médica, la historia clínica se utiliza menos, ésta es una fuente muy importante de información.

Dado que en España el 100% de los niños pasan por el pediatra, éste es uno de los profesionales que mejor puede realizar una detección precoz (Martínez Martín, M^a Ángeles, 2013. p 136-140).

Sin embargo, realizar un diagnóstico precoz antes de los 6 años no es tarea fácil ya que los niños hasta esta edad no presentan patrones de conducta fijos debido a la variabilidad del niño en sus respuestas al entorno. Tomado de Recuperado el 29 de julio de 2014, de <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/dificultad-en-el-diagnostico-del-tdah-en-la-edad-preescolar.html>

Entre los 4 y 6 años, los niños tienen un nivel de aceptación menor, rabietas frecuentes, más conflictos con sus compañeros, más competitividad e impulsividad. Suelen pedir muchas cosas con insistencia y son intrépidos sin ver el peligro porque además tienen una gran actividad motora y curiosidad por todo. En ocasiones en estas edades es normal que presenten precozmente una conducta disruptiva con variaciones en el temperamento y alteraciones de la regulación emocional para su edad. Esto

repercute en una limitada interacción social e incluso en una difícil relación con sus padres (Mulas, F. 2012).

Los TDAH menores de 6 años son difíciles de diagnosticar porque muchos síntomas pasan desapercibidos o se confunden, sin embargo, en la escuela podemos detectar dificultades y fijarnos en los siguientes aspectos:

- Desarrollo del lenguaje: retraso en la aparición del habla, retraso en la comprensión y expresión.
- Desarrollo motor: dificultades en la motricidad gruesa, dificultades en la motricidad fina (dispraxias).
- Aspectos Conductuales y Sociales: excesiva actividad motora, bajo umbral de frustración (irritabilidad), problemas para aceptar los límites, impulsividad y agresividad.

Pienso que ante cualquier sospecha o duda, ya sea por parte de los padres que sospechen del comportamiento de su hijo o por parte del maestro/a que detecte cualquier síntoma que llame su atención, es fundamental contrastar informaciones para ver si en ambos contextos presenta los mismos síntomas y comportamientos. Si esto fuera así, sería conveniente ponerse en contacto con profesionales que estudien el caso. Mena et al. (2006. p 19) en su Guía práctica para educadores explica que:

El Diagnóstico lo puede establecer un profesional conocedor del tema, bien desde el campo de la medicina (psiquiatría o neuropediatría) o de la Psicología (psicólogo clínico o neuropsicología).

Pienso que un diagnóstico precoz es fundamental, pero entiendo que es difícil hacerlo en edades tempranas por las dificultades que conlleva discriminar comportamientos en la infancia. Es función de todos los profesionales llevar a cabo un diagnóstico más acertado, por ello, es importante la colaboración estrecha de todos ellos.

Realizar un diagnóstico de TDAH es difícil ya que muchos niños en edad infantil son inquietos y arriesgados. Esto es debido al proceso neurológico de maduración normal

que se lleva a cabo en los niños a estas edades, y a la falta de control inhibitorio sobre la conducta que se produce durante los 4 primeros años de vida. Sin embargo, la intensidad de estos síntomas del TDAH en edad infantil, es la que determinan su persistencia en etapas posteriores. El diagnóstico depende del Conocimiento de estos síntomas, su intensidad y su gravedad (Martínez Martín, M^a Ángeles, 2013. p 164-165).

3.2.- Estrategias a desarrollar con el alumno TDAH dentro y fuera del aula.

Para comenzar la actuación es fundamental la coordinación y la comunicación entre el centro, orientador psicopedagógico, profesores, familia y/o profesionales externos.

Las dificultades de organización y planificación que tiene un alumno con TDAH provocan frecuentemente que las comunicaciones entre el centro y la familia no sean las esperadas.

La comunicación es de gran importancia para mejorar el rendimiento académico del alumno. Ayuda a mantener una adecuada supervisión del trabajo tanto en casa, como por parte de los profesionales que dan apoyo al alumno de acuerdo con las expectativas del centro educativo.

Reglas y rutinas claras, ayudan a los alumnos con TDAH, a enseñarle cómo usar un libro de tareas y un horario diario y a desarrollar destrezas y estrategias que le sirvan para aprender y reforzar los conocimientos vistos en clase. Igualmente, es fundamental darle instrucciones paso a paso, tanto de forma verbal como escrita. Es necesario también trabajar con los padres. Es bueno tener altas expectativas con él ya que esto aumenta sus oportunidades.

Relacionadas con la FAMILIA
Dentro del AULA
Para mejorar la LECTURA
Para mejorar la ESCRITURA

Para mejorar el CÁLCULO
Para mejorar su ORGANIZACIÓN
Para mejorar la REFLEXIVIDAD
Para mejorar su MOTIVACIÓN y ESTADO EMOCIONAL
Para mejorar la CONDUCTA

TIPOS DE ESTRATEGIAS A TENER EN CUENTA. Guía para docentes TDAH en el aula: “Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad”. 2009 Fundación CADAH. Recuperado el 29 de julio de 2014, de <http://www.fundacioncadah.org>

3.2.1. Estrategias relacionadas con la familia.

Tanto docentes como la familia han de tomar la misma actitud positiva. Ambas partes deben ser conscientes de que el niño padece un trastorno, lo que se traducirá en un sentimiento de ayuda hacia él.

Es importante mantener con el tutor citas regulares (cada 2 o 3 semanas). Acordar con él un seguimiento con el resto de profesores para ver cómo va evolucionando en el resto de asignaturas.

Planear conjuntamente unos objetivos que sean realistas, es fundamental tanto para los padres como para los profesores. Es mejor que al principio sean pocos pero alcanzables y poco a poco ir aumentando según se vayan cumpliendo. No se debe dudar del diagnóstico y se debe asumir que las características que demuestra el niño son debidas al trastorno y no a una mala educación por parte de los padres.

Es importante que todos los profesionales trabajen de forma conjunta y valorando el conjunto de todas las partes, y comunicando a los padres si se van a efectuar medidas de intervención, fechas, duración, lugar donde se va a intervenir, quien realizará la intervención, etc. El uso de la agenda es imprescindible. alguna de las dificultades más relevantes que presenta el alumno con TDAH es la organización y planificación de sus deberes, tareas, estudio, etc.

3.2.2. Estrategias dentro del aula.

Las primeras medidas dentro del aula, se deben orientar a realizar *adaptaciones ambientales y metodológicas* aplicables a toda la clase. Una vez estudiadas las posibilidades del grupo, será más fácil para el profesor diseñar sus clases adaptándose al ritmo de los niños con más dificultades, esto no significa que se reduzca el nivel de exigencia del alumno sino que se modifican las condiciones en las que se desarrolla la clase.

A) Adaptaciones ambientales

- Situar los pupitres de modo que se reduzca la dispersión

- Sentarle en un lugar tal que le podamos tener vigilado, lejos de distracciones y de las ventanas y junto a compañeros en las que se puede apoyar para copiar o completar las tareas, a realizar apuntes y no distraerle. Así se le facilita los procesos de atención, concentración, seguimiento en su trabajo.

B) Adaptaciones metodológicas generales

- Comprenderle, ayudarle y tener una relación positiva entre el alumno y el profesor. Hacerle participar en clase ya que para ellos es muy necesario que les presten atención.

- Mostrar interés cuando está trabajando en su mesa. Acercarnos habitualmente y preguntar si tiene dudas o necesita apoyo, animándole a que siga trabajando.

- Si la tarea es muy larga fragmentarla para facilitar su implicación en las tareas e incrementar el número de veces que se revisa su trabajo.

- Supervisarle de forma constante, mirarlo a menudo, encontrar una consigna como tocar su espalda, pasar por su lado para asegurarnos que realizar bien la tarea. Se pueden pactar consignas para mejorar su comportamiento y rendimiento, marcar las normas y los límites básicos dentro del aula.

3.2.3. Estrategias para mejorar la lectura.

Para mejorar la lectura podemos invitares a que lean en voz alta aunque tengan dificultades en la lectura, se equivoquen, etc. Podemos anticiparles actividades o lecturas que les vayan a proponer en el aula.

Podemos trabajar consolidar el conocimiento de las letras del alfabeto, desarrollar la habilidad de aislar fonemas en palabras y de omitir fonemas en palabras.

Además, el empleo de etiquetas visuales favorecerá la lectura de palabras. A la hora de trabajar la lectura de textos con niños con TDAH es importante utilizar formatos simplificados, pues favorecen la motivación del niño al no desanimarlo con una sobrecarga de información.

3.2.4. Estrategias para mejorar la escritura.

Se debe prestar especial atención en todas las áreas a los objetivos de expresión lingüística (ortografía, expresión, orden lógico...) de razonamiento lógico (reflexión, resolución, etc.) y a los hábitos de trabajo y de realización y presentación de tareas.

Podemos trabajar diariamente las palabras de uso frecuente en las que más errores suelen cometer.

Hay que evitar actividades poco valiosas como son la copia reiterada de las mismas palabras o frases. Es necesario que copie las faltas más de dos o tres veces. Si se le hace copiar más veces lo que podemos conseguir es el efecto contrario y reduzca su atención.

Es importante observar el proceso de ejecución, dónde están los déficits. Sentarse con el niño e ir preguntándole que va a escribir y darle pautas para la composición: “ahora léelo y mira si lo entiendes”, “entonces lo que tú quieres decir es...”

3.2.5. Estrategias para mejorar el cálculo.

Para mejorar el cálculo es recomendable utilizar los sentidos (a modo manipulativo) para facilitar su comprensión, primero deberá comprender las operaciones para después automatizarlas.

Los problemas y en consecuencia las operaciones aritméticas deben partir en la medida de lo posible de la experiencia diaria del alumno y para ello debe dominar el vocabulario presente.

3.2.6. Estrategias para mejorar su organización.

Mantener un ambiente estructurado, con rutinas, organizado, motivador y predecible. De esta forma se conseguirá que el alumno conozca que es lo que tiene que hacer en cada momento y le puede ayudar a sentirse seguro en el aula, de modo que el modelo al que se enfrenta el niño cada día sea lo más predecible posible.

Es importante recordarle, repetirle y avanzarle las tareas a realizar o entregar según se vaya aproximando la fecha.

A la hora de que el profesor dicte o escriba en la pizarra las tareas para realizar, debe hacerlo con el suficiente tiempo.

Es fundamental proporcionar pistas visuales que les ayuden a organizarse. Estas pistas junto con el apoyo visual que actúe de recordatorio de las reglas o normas de convivencia deberán estar en un lugar visible.

3.2.7. Estrategias para mejorar la reflexividad.

Debemos no exponer al niño a situaciones con límite de tiempo, favorece su impulsividad y su tendencia a improvisar respuestas para “salir del paso”.

Es bueno ayudar al niño a adquirir estrategias de tipo analítico para que las utilice durante el proceso de aprendizaje y entrenar el mantenimiento de la atención que requiere la comprensión detallada de cada parte de la tarea.

Es positivo enseñarles estrategias diferentes para un mismo problema con el fin de que aprendan a generalizarlas con otras actividades y amplíen sus posibilidades de no cometer los mismos errores.

Es fundamental fomentar el trabajo en grupo, dado que la cooperación ayuda a generar estrategias de tipo analítico necesarias para encontrar soluciones a los problemas.

3.2.8. Estrategias para mejorar su motivación y estado emocional.

Para mejorar la motivación es bueno incrementar el número de situaciones estimulantes dirigidas al alumno y, si es posible, resaltar ante el grupo, cualquier pequeño logro que tenga.

Debemos conocer su estilo de aprendizaje, sus preferencias y motivaciones, e introducir nuevos elementos metodológicos que le faciliten su motivación hacía el aprendizaje final. Dividir las tareas en partes, supervisarlas y felicitarle por la realización de cada parte, son estrategias que podemos seguir para mejorar su estado emocional. Al evaluar el trabajo realizado debemos resaltar siempre un par de cosas positivas.

Es aconsejable ayudar al niño a hacer una valoración más objetiva de sus errores sin hacerle sentir infravalorado y culpable. También pedirle que revise sus trabajos antes de entregarlos para que corrija los posibles errores y para estimularle positivamente si no los hubiera.

3.2.9. Estrategias para mejorar su conducta.

Es conveniente adelantarnos a sus llamadas de atención: recibirlos con agrado, llamarlos a menudo a la mesa del profesor, pasar por la clase y pararse a observar su trabajo, guiñar un ojo cuando levante la vista del trabajo realizado. Podemos utilizar el refuerzo positivo, elogiar el comportamiento que se desea con mayor frecuencia y utilizar puntos para conseguir premios colectivos para conductas que deben ser entrenadas en todos los niños (subir y bajar de forma ordenada, levantar la mano para hablar y respetar el turno de palabra, etc.).

Cuando el niño está fuera de control se puede utilizar la técnica del tiempo fuera en la que el niño es enviado a un lugar predeterminado, en un ambiente carente de estímulos y por un corto período de tiempo. No debe ser un lugar traumático, debe proporcionar al niño un período de enfriamiento.

4.- EXPERIENCIA DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA CON UN ALUMNO CON SÍNTOMAS DE TDAH

4.1.-Detección temprana de las dificultades del alumno y hoja de derivación.

A.C es un niño de 5 años que cursa tercero de Educación Infantil. Su conducta en el aula no es buena, al ser un niño muy intranquilo y nervioso, sus compañeros no pueden estar atentos ya se levanta continuamente, va de un sitio a otro de la clase sin ninguna finalidad y habla cuando no le corresponde. En general no es aceptado en el juego por sus compañeros porque es impaciente, mostrando una baja autoestima.

Si la maestra le pide calma, A.C se sienta moviendo los pies y las manos, tirando las cosas al suelo, y haciendo cosas raras sin esperarlas. Según la madre desde bebe su conducta ha sido problemática. Siempre ha dormido poco, se metía en todas partes y tocaba todo. En la actualidad está matriculado en un aula ordinaria, recibiendo apoyo de una maestra especialista en Pedagogía Terapéutica, dos días a la semana. Ha sido derivado al E.O.E.P por la tutora del aula por problemas de conducta y desfase curricular.

A.C presenta dificultades en tareas de: razonamiento, atención, memoria, metacognición, adquisición del lenguaje, ritmo lento de aprendizaje comparada a la de los otros niños, al igual que su rendimiento.

Medidas ordinarias e intervención educativa en el aula.

Cuando el profesor detecta alguna necesidad educativa adopta medidas de carácter ordinario para modificar aspectos del proceso de enseñanza, como adaptaciones en la metodología, estrategias didácticas, organización del aula, materiales y actividades.

Las utilizadas con este niño en clase fueron de tipo organizativas con agrupamientos individuales mediante apoyo especializado proporcionado por la P.T. Los contenidos que se trabajan son los mismos que en el aula, pero la metodología cambia.

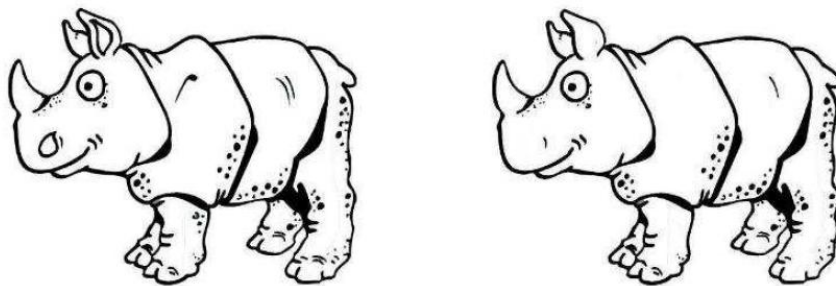
Dentro de las medidas ordinarias, en mi período de prácticas realice una serie de actividades con el niño relacionadas con la reflexividad, la conducta, motivación, organización, etc.

- Actividades para mejorar la REFLEXIVIDAD

1ª actividad

A través de esta actividad trabajamos la atención y la percepción de diferencias. El análisis de dos dibujos aparentemente iguales exige del niño una capacidad de atención y un método en su análisis y observación. Para que lograra hacerla de forma correcta le planteo las siguientes pautas:

- Observación general de la ficha.
- Comparación por partes: visión parcial de una ilustración e inmediatamente comparar la misma porción o parte con la otra ilustración.
- Seguir rastreando con la vista las partes de la ilustración siguiendo un orden establecido. Por ejemplo, de derecha a izquierda, de arriba hacia abajo.
- Señalar con una marca (una cruz o una raya) cada diferencia (ausencia de detalle) que se encuentre.
- Hacer un recuento final para asegurarse de que se han encontrado todas las diferencias.



Encuentra las seis diferencias






En segundo lugar lleve a cabo una dinámica sobre el enfado presentándole un cuento en forma de viñetas donde un niño estaba muy enfadado porque estaba el último de la fila esperando. Verbalizamos situaciones en las que nos enfadamos y elaboramos

estrategias para controlar estas conductas: respiraciones y ejercicios de tensión-relajación. La evaluación de esta sesión se llevó mediante esta ficha.

MANUAL DE HIPERACTIVIDAD INFANTIL

**FICHA DE AUTOEVALUACIÓN
DE LA SESIÓN**

¿Qué hemos hecho hoy?

1  2  3  4  5 

Me salió mal Pasable Bien Muy bien Genial

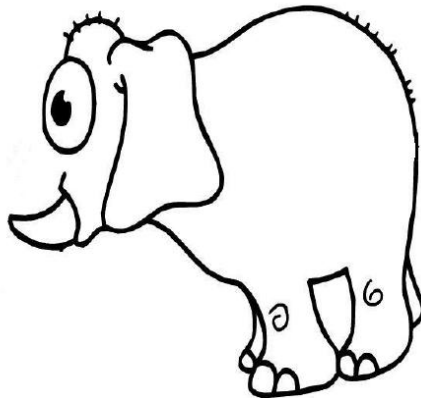
109

2ª actividad

Para trabajar la REFLEXIVIDAD lleve a cabo una actividad que se centraba en la mejora de la atención visual. El niño debía completar una imagen que estaba parcialmente borrada.

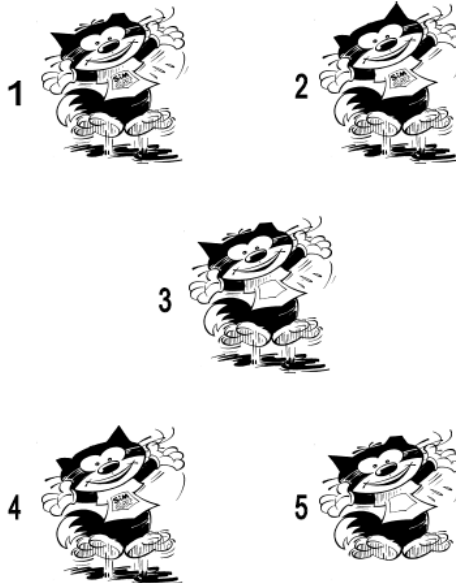
Por tanto, debía tener clara la imagen mental del objeto para poder hallar el elemento que falta.

QUE LE FALTA Y COMO SERÍA



Posteriormente lleve a cabo una actividad grupal con toda la clase, donde debían encontrar dibujos que eran completamente iguales y rodearlos. Después les pedí a quienes tuvieran el mismo dibujo que se reunieran en grupo y discutieran cuál era la respuesta correcta.

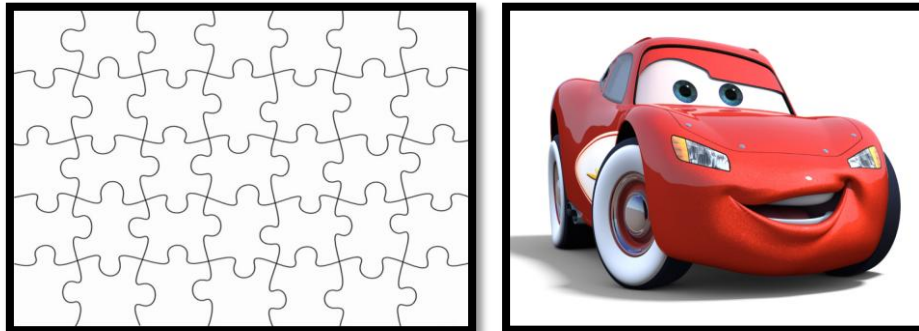
Rodea los dos dibujos iguales



3ª actividad

El puzzle o rompecabezas es un recurso educativo para niños con TDAH, que ejercita la mente y desarrolla sus capacidades cognitivas.

En cuanto al desarrollo de la actividad, es una actividad sencilla y con un tema muy motivante para A.C donde puede enseñarle a otro niño estrategias de búsqueda y observación, y viceversa.



- Actividad para mejorar la CONDUCTA.

El objetivo de la sesión pretende que el niño aprenda a incrementar la inhibición muscular, a relajar su cuerpo y a mantener el control sobre el mismo.

Debe ser dinámica y lúdica. Consiste en que los alumnos realicen una competición por parejas como si fueran tortugas, pero en este caso gana la carrera el que llega el último. Irán avanzando a cámara lenta controlando su impulsividad.

Con este juego pretendo que A.C. utilice estrategias para ser capaz de controlar su impulsividad.

- Actividades para mejorar la MOTIVACIÓN y ESTADO EMOCIONAL

1ª actividad

En primer lugar, en la asamblea hablamos de qué es la autoestima. Les explicamos que es la sensación que tenemos de nosotros mismos. Enunciamos las siguientes frases y ellos identificaron si se trataba de una buena autoestima o una baja autoestima.

- No voy a poder realizar bien esta actividad.

- Me ha quedado fatal el dibujo.
- No quiere jugar conmigo porque juego mal.
- Voy a intentar hacer la actividad aunque necesite ayuda.
- Mi madre piensa que no puedo hacer algunas cosas que sí puedo hacerlas.

La tarea consistía en que en grupos de tres, cada niño escribía en un papel algo que ese niño hacía bien. Les cité algún ejemplo de características que podían escribir (sonriente, serios, contentos, juega con los demás, enfadado) de forma que, cada niño recibía dos cualidades positivas de sí mismo.

La actividad terminó cuando en la asamblea, con todos los alumnos, se iba leyendo lo que habían puesto y se les preguntaba si les pasaba eso. Al finalizar cada alumno leía las cualidades positivas que había recibido de sus compañeros.

2ª actividad

La realización de un taller de teatro va a permitir a A.C imaginar, crear, memorizar pequeños textos, esperar turnos de palabra, en definitiva relacionarse socialmente y controlar su impulsividad.

El grupo de A.C eligió el cuento “Sarita, la rana saltarina”, que les resultaba muy atractivo. Los objetivos estaban centrados principalmente en el trabajo de la adquisición de responsabilidades, la mejora de relaciones sociales, autoestima, etc.

- *Medidas de carácter extraordinario.*

Si por el contrario las medidas adoptadas en el aula no resuelven las dificultades del niño, la tutora rellenará, un *cuestionario de derivación* facilitado por el E.O.E.P. al centro y posteriormente el Director/a o firmará y solicitará su intervención. En función de los datos reflejados en dicho cuestionario se decidirá el proceso de intervención.

El E.O.E.P. ateniendo a los datos obtenidos del cuestionario de derivación, puede elaborar:

Un *Informe de Compensatoria* por considerar que el alumno/a podría presentar Necesidades Educativas Especiales, por la que se establecen medidas de Intervención Educativa para el alumnado con necesidades educativas especiales, que se encuentre en situaciones personales sociales o culturales desfavorecidas o que manifieste dificultades graves de adaptación escolar. Si se concluye que el alumno o alumna presenta Necesidades Educativas Especiales, esta información se recogerá en un Informe normalizado de compensatoria, dando lugar a *medidas Extraordinarias*.

4.2.- Evaluación Psicopedagógica

- Datos personales

A.C es un niño de origen marroquí, que vive en municipio de la provincia de Teruel, tiene una hermana pequeña de tres años que va primero de educación infantil. Su padre de 35 años, con estudios primarios trabaja en la agricultura, y su madre de 32 años con estudios primarios incompletos trabaja de ama de casa.

En casa no hay un modelo claro de autoridad y las normas no están a veces lo suficientemente claras por parte de sus padres.

Le gusta jugar mucho en la calle o en el parque, además de ir con la bicicleta, también le gusta hacer recados y pequeñas tareas como ir a comprar el pan.

o Desarrollo evolutivo general.

Actualmente, su desarrollo físico y su estado de salud general son buenos. Presenta síntomas de déficit de atención y un componente conductual impulsivo-hiperactivo. No tiene adquiridas las conductas básicas de autonomía, sobre todo en los aspectos referidos a la vestimenta, acordes a su edad.

En cuanto a sus hábitos de alimentación y de sueño actualmente son adecuados, la madre cuenta que de pequeño comía casi de pie y había que entretenerle. Actualmente come más y mejor.

o Nivel de competencia curricular.(tablas recogidas en el ANEXO 3)

Tras analizar las tres áreas, la de identidad y autonomía es la que menos tiene interiorizada, ya que no ha adquirido aspectos como regular su conducta en actividades de la vida cotidiana. Además, no cumple las normas básicas en la convivencia, en las comidas, en los juegos y en los desplazamientos.

Motivo de la evaluación.

El principal motivo de la evaluación es que la maestra detecta problemas en la conducta del niño al ser muy intranquilo, impulsivo, nervioso en el aula.

Técnicas y procedimientos de evaluación.

La valoración del niño la realiza el EOEP mediante una primera entrevista a la madre, a la que se informa de que se va a realizar un proceso de evaluación psicopedagógica. Las técnicas y procedimientos de evaluación que se utilizaron con A.C. fueron los siguientes:

- Cuestionario de Connors para padres.

El día 13 de febrero de 2014 se le aplicó un cuestionario con la madre del niño. En el ANEXO 4 se pueden ver los resultados fueron de 25 puntos por lo que existe sospecha de TDAH. El día 30 de abril de 2014 se le aplicó el cuestionario (ANEXO 5) por segunda vez con la madre del niño donde la puntuación fue de 21 puntos.

Después de dos meses y medio en la realización del cuestionario, las diferencias que ha notado la madre de A.C son muy escasas en comparación con las que se dan en el ámbito escolar.

- Cuestionario Connors para profesores.

En cuanto a la escala de Connors revisada de 20 ítems por Farré y Narbona (1997), contestada por la tutora, el 13 de febrero de 2014, tenemos que la puntuación fue de 24 puntos (ANEXO 6).

El día 30 de abril de 2014 se le aplicó este cuestionario por segunda vez con la tutora del niño con un resultado de 17 puntos (ANEXO 7).

Los resultados obtenidos en la segunda entrevista con la tutora han sido significativos respecto a la primera ya que ha descendido en siete puntos los resultados, todo ellos debido a las medidas ordinarias que se han tenido con A.C. dentro del aula durante dos meses y medio. Todo ello después de aplicar las medidas ordinarias citadas anteriormente.

- Escala Wechsler (2005), para la medición de la inteligencia en preescolar y primaria (WPPSI).

El rendimiento intelectual medido a través de la Escala WPPSI corresponde a un promedio normal. Muestra en la escala verbal dificultad para prestar y mantener su atención, retener y reproducir conceptos en memoria a corto plazo, ansiedad ante las preguntas, respuestas impulsivas y evidente falta de información y vocabulario para poder estructurar y expresar lo que piensa, fallos en la percepción espacio-temporal

- Test de atención D2. (R. Brickenkamp, 1981)

Muestra baja velocidad de procesamiento y déficit de atención selectiva y concentración mental

- Test de la figura humana. (Karen Machover, 2007)

Cociente intelectual situado en la banda psicométrica de la inteligencia normal.

Se aprecian cuatro ítems emocionales que son la pronunciada asimetría de las extremidades, la figura pequeña, dientes y nubes, que apuntan a una personalidad insegura, con impulsividad y con problemas de coordinación psicomotriz fina. Vive a veces las figuras paternas como amenazantes. Estos datos también confirmarían su impulsividad motriz.

- Evaluación de la psicomotricidad.

Conductas motrices básicas: No presenta dificultades destacables. Tiene una coordinación dinámica general normalizada, así como su equilibrio estático y dinámico.

Su motricidad gruesa es adecuada a su edad. En cuanto a la motricidad fina tiene problemas para colorear de forma controlada y su letra es demasiado pequeña.

Conductas neuromotrices: No se detectan dificultades significativas. Presenta una lateralidad derecha afianzada (podálica, manual, auditiva y visual). No se encuentran problemas de audición ni de visión.

Conductas perceptivo-motrices: Presenta dificultades en grafomotricidad. Su coordinación perceptivo-motriz está por debajo a la que corresponde a su grupo de edad cronológica.

Esquema corporal: Lo tiene adquirido, en sí mismo y pero mal en otra persona. Reconoce derecha e izquierda en sí mismo pero no en otra persona situada en frente de él.

- Evaluación del lenguaje. Análisis por niveles lingüísticos.

Nivel fonológico: Normalizado.

Nivel semántico: Vocabulario adecuado a su grupo de edad. Fluidez verbal normalizada.

Nivel morfosintáctico: Elabora frases dada una palabra. Construye oraciones simples, construye oraciones cada vez más elaboradas y complejas.

Nivel pragmático: Su déficit de atención hace que sus habilidades sociales no sean adecuadas en determinados momentos. Manifiesta sus deseos y necesidades. Comprende órdenes complejas. Su discurso oral es elaborado y coherente.

4.3.- Conclusiones y orientaciones.

Es probable que el niño tenga TDAH ya que se le paso el DSM-IV y cumplía los criterios. Respecto a los resultados que se observan en el ANEXO 8, cumple 8 de los criterios de déficit de atención y 7 de 9 criterios de hiperactividad impulsividad.

Cumple todos los criterios esenciales: Algunos síntomas se iniciaron a principio de curso, persisten en los últimos meses, afectan a su vida cotidiana (casa, colegio, juegos)

y sus relaciones sociales y familiares, llaman mucho la atención en comparación con otros niños de su edad. Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental.

Teniendo en cuenta los resultados de la evaluación se proponen las siguientes medidas educativas, en primer lugar continuar con el apoyo de la especialista en pedagogía terapéutica como desdoble, en segundo lugar seguir las estrategias comentadas en el apartado 3.2 de este trabajo.

Para finalizar en el caso de que para A.C todas estas medidas no fueran suficiente, se elaboraría un escrito recogiendo los resultados de las pruebas de los diferentes tests, cuestionarios y una descripción de las conductas en el ámbito escolar y las recogidas del ámbito familiar, así como la sospecha fundada del riesgo que tiene este niño de padecer TDAH y el posible sub-tipo, así como los problemas que presenta en el ámbito escolar: en este caso dificultades de aprendizaje a nivel de lecto-escritura y trastorno de conducta de tipo oposicionista.

5.- CONCLUSIONES DEL TRABAJO

Con este trabajo he conseguido profundizar en el tema del TDAH, ya que he podido comprobar en primera persona las dificultades que entraña detectar con seguridad casos de TDAH en el aula. Cada niño es un mundo y a veces la sintomatología que manifiesta no clarifica al completo su problemática real. Además, existe mucha comorbilidad que dificulta su detección y clasificación.

La consecución de este trabajo ha resultado complicada en algunos aspectos, ya que se trata de un tema complejo y ampliamente estudiado en la actualidad por muchos investigadores que presentan a veces aspectos divergentes por lo no es fácil encontrar referencias que sigan una línea común. El tema tratado es muy complejo ya que todavía quedan muchos puntos por resolver. Existen muchos estudios sobre el TDAH, y aunque la mayoría de los investigadores creen que hay una base genética, esto no explica todo su funcionamiento, ni todos los casos, por tanto, todavía quedan muchos aspectos por aclarar. Sin embargo, mi sensación es que he aprendido mucho en cada apartado de este trabajo y al final me ha resultado un tema muy atractivo.

Cada vez se dan más casos de TDAH en las aulas, y desgraciadamente cada vez son menos, los recursos existentes en las mismas. Los continuos recortes afectan en mayor medida a estos casos particulares, que precisan de apoyos de la Administración. Si se reducen plantillas en los centros educativos y se recorta dinero destinado a los centros sanitarios, asociaciones, etc, la intervención hacia las personas con TDAH se verá afectada paulatinamente en mayor medida. Es importante, que el TDAH sea diagnosticado y atendido de forma temprana.

Los primeros síntomas se manifiestan tanto en el ámbito familiar como en la escuela. Por ello, los docentes deben tener los conocimientos necesarios para poder abordar esta problemática que cada día cobra más importancia por la gran cantidad de casos que se presentan. El docente no debe ser quien diagnostique este trastorno, pero en muchas ocasiones será quien observe los primeros síntomas junto a las familias, y quien inicie las actuaciones necesarias para ofrecer a niños y familias afrontar esta situación con éxito.

En cuanto al tratamiento, en la actualidad parece existir un consenso sobre la importancia de una intervención multidisciplinar, es decir, una combinación de tratamiento psicoeducativo, farmacológico y psicológico para el niño, así como una atención específica para padres, sin embargo como señalábamos anteriormente, es necesario obtener evidencia empírica de los efectos de cada uno de los componentes del tratamiento multidisciplinar. Donde puede existir una mayor discrepancia es en la utilización del tratamiento farmacológico ya que mientras para muchos especialistas este debe formar parte de la intervención multidisciplinar, para otros este debe separarse, alegando posibles efectos adversos, defendiendo que mediante la utilización combinada de terapias se pueden obtener los mismos resultados, es aquí donde todavía no se ha alcanzado un consenso.

A nivel de aula es importante aplicar técnicas de modificación de la conducta que sustituyen las conductas inadecuadas que habitualmente presentan estos niños por otras que les van a permitir mejorar sus habilidades sociales y adaptarse mejor en su entorno social en el colegio y en su ámbito familiar.

En mi opinión, los docentes debemos adoptar una actitud positiva con esta problemática, de forma que intentemos aprender de esta problemática en la interacción con este perfil de alumnado, a pesar de las dificultades que supone. Además, es muy importante establecer vínculos comunicativos entre la familia y la escuela con el fin de proporcionar una atención concreta a las necesidades y requerimientos que estos niños necesitan. La falta de atención, la impulsividad e hiperactividad, son síntomas que van a ir en detrimento del rendimiento escolar, siendo un desafío tanto para las familias como para los profesores que tienen la responsabilidad de intentar que estos niños puedan alcanzar una vida normalizada y en lo posible feliz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Artigas – Pallarés, J; García, K y Rigau, E. (2013). Cormobilidad en el TDAH. Recuperado de <http://www.cnimaresme.com/publicaciones/Cormobilidad%20en%20el%20TDAH.pdf>
- Balazs, J y Keresztesy, A. (2014). Subthreshold attention deficit hyperactivity in children and adolescents: a systematic review. *European Child Adolescent Psychiatry*, 23, 393-408.
- Calderón, C. (2003). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: programa de tratamiento cognitivo – conductual. (Tesis doctoral)*. Universitat de Barcelona. Barcelona.
- Castells, P. (2006). *Nunca quietos, siempre distraído. ¿Tendrá TDAH?*. Pozuelos de Alarcón; Madrid: Espasa Calpe
- Cuervo García, FJ. (coord.) (2009) *Déficit de Atención: Aspectos Generales. Protocolo de intervención, diagnóstico y tratamiento (Guía Práctica)* Edita: Gobierno de Aragón. Departamento de Educación, Cultura y Deporte.
- Cornella y Canals, J. (2007). *Origen y Perspectiva Histórica del TDAH*. Centro Médico y Psicopedagógico Vértex. Girona.
- Definición de Comorbilidad. Recuperado de <http://salud.kioskea.net/faq/15300-comorbilidad-definicion>
- Definición de trastorno bipolar. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000926.html>
- Definición de Trastorno distímico. Recuperado de <http://salud.uncomo.com/articulo/como-reconocer-un-trastorno-distimico-4565.html>
- Diamond. A (2012). Activities and Programs that improve children's executive functions. *Current directions in psychological science*, 21 (5), 335-341. Recuperado de Scopus.

- F.e.a.a.d.a.h. Federación Española de Asociaciones Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad. <http://www.feaadah.org/es/quienes-somos/asociaciones.htm?lng=es&p=1>
- Gerlinde Ortner. (1997) *Cuentos que ayudan a los niños*. Málaga: Sirio.
- Gomez, R y Corr, PJ. (2014). ADHD and personality: a meta-analytic review. *Clinical Psychology review* 34, 376-388. Recuperado de Scopus
- Grupo de trabajo de la *Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH en niños y adolescentes*. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. (2010). Edita Ministerio de Ciencia e Innovación. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Grupo de trabajo Hospital Miguel Servet. (2012) *Protocolo TDAH. Versión 10ª*. TDAH en consultas de pediatría de Primaria y Neuropediatría.
- Guía para docentes TDAH en el aula: “*Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*”. (2009). Elaborado por: Fundación Cantabria ayuda al déficit de Atención e Hiperactividad. Tomado de www.fundacioncadah.org
- <http://www.aateda.org/page11.php>
- <http://www.aprendiendocon-tdah.com>
- <http://www.hospitaldenens.com/docs/cat/Escalas%20de%20Connors.pdf>
- http://www.ite.educacion.es/formación/materiales/186/cd/m1/tratamiento_multidisciplinar.html
- <http://padresconalternativas.blogspot.com.es/>
- http://www.psicologoescolar.com/INFANTIL/aragon_orden_de_curriculo_de_la_etapa_de_educacion_infantil.htm
- Kellison et al. (2011). Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Atten Def Hyp Disord*.
- López Soler, C y Romero Medina, A (2013). *TDAH y trastornos del comportamiento e la infancia y la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Maluenda, A. (12 – 03 – 2012). Casi 12.000 niños padecen déficit de atención e hiperactividad. Heraldo de Aragón. Recuperado de http://www.heraldo.es/noticias/aragon/2012/03/17/casi_000_ninos_padecen_deficit_atencion_hiperactividad_180462_300.html
- Martínez et al. (2013). *Todo sobre el TDAH. Guía para la vida diaria*. Tarragona: Altaria

- Miranda, A. (2001). *Trastornos por déficit de atención con hiperactividad: una guía práctica*. Barcelona: Aljibe
- Mulas, F. (2012). *TDAH Preescolar: diagnóstico e intervención terapéutica. XIV Curso Internacional de Actualización en Neuropediatría y Neuropsicología Infantil*. Valencia.
- Orden de 20 de enero de 2003 del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, por la que se regula el Programa de Atención Temprana en la Comunidad Autónoma de Aragón. (Boa nº 14, 5 febrero de 2003). Recuperado de http://iass.aragon.es/adjuntos/discapacitados/BOA_Ord_20012003.pdf
- Real Academia de la Lengua Española. Dislexia. Recuperado de <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=dislexia.html>
- Sharma, A and Couture, J. (2014). A Review of the pathophysiology, Etiology, and Treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (Adhd). *Annals of Pharmacotherapy*, 48, 210-221.
- Soutullo, C y Diez. A. (2008). *Manual de Diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana.
- Vallés Arándiga, A. (2006). *Alumnos con inatención, impulsividad e hiperactividad*. Madrid: EOS.

ANEXOS

ANEXO 1. RESUMEN HISTORICO DE TDAH

Autores	Fechas	Características
Hoffman	1847	- Descripción síntomas del cuento de Phill F.
Still	1902	- Defectos de control moral.
Hohman, Kant y Cohen	1920–1930	- Lesión cerebral humana.
Clements y Peters	1962	- Disfunción cerebral mínima.
DSM – II	1968	- Reacción hiperkinética de la infancia.
DSM – III	1987	- Déficit de atención con hiperactividad.
DSM – IV	1994	- Introduce tres subtipos.
DSM - V	2013	- Trastorno del neurodesarrollo.

Tabla 1. Resumen histórico de criterios diagnósticos (Menéndez, 2001). Tomado de López Soler, C; Romero Medina, A. coords. 2013, p 99.

ANEXO 2. HISTORIA DE UNA TORTUGA

En una época muy remota vivía una tortuga joven y elegante. Tenía --- años de edad (se dice la edad aproximada del grupo) y justo entonces acababa de empezar el curso. Se llamaba Tortuguíta.

A Tortuguíta no le gustaba ir al colegio. Prefería estar en casa con su madre y su hermanito. No quería estudiar ni aprender nada de nada; sólo le gustaba correr y jugar con sus amigos o pasar las horas muertas viendo la televisión. Le aparecía horrible tener que hacer cuentas y más cuentas; y aquellos horribles problemas de matemáticas que nunca entendía. Odiaba con toda el alma leer, y de hecho lo hacía bastante mal, y era incapaz de acordarse de apuntar los deberes que le mandaban. Tampoco se acordaba nunca de llevar los libros al colegio.

En clase, jamás escuchaba a la profesora y se pasaba el rato haciendo ruidos que volvían locos a todos. Cuando se aburría, y sucedía muy a menudo, interrumpía la clase chillando o diciendo tonterías que hacían reír a todos. En ocasiones intentaba trabajar, pero lo hacía rápido para terminar cuanto antes y se volvía loca de rabia cuando, al final, le decían que lo había hecho mal. Cuando esto sucedía, arrugaba las hojas o las rompía en mil pedazos. Así trascurrían los días.

Cada mañana, camino del colegio, se decía a sí misma que iba a esforzarse todo lo posible para que no la castigasen en todo el día. Pero, al final, siempre acababa metida en algún lío. Casi siempre se enfurecía con alguien y se peleaba constantemente, aunque sólo fuera porque creía que el que le había empujado en la cola lo había hecho a propósito. Se encontraba siempre metida en dificultades y empezó a estar harta del colegio. Además, una idea empezó a rondarle la cabeza: “soy una tortuga muy mala”, se decía. Estuvo pensando esto mucho tiempo sintiéndose mal, muy mal.

Un día, cuando se sentía más triste y desanimada que nunca, se encontró con la tortuga más grande y más vieja de la ciudad. Era una tortuga sabia, tenía por lo menos 100 años y su tamaño era enorme. La tortuga sabia se acercó a Tortuguita y le preguntó qué le ocurría. Tortuguita tardó en responder, impresionada por semejante tamaño. Pero la vieja tortuga era tan bondadosa como grande y estaba deseosa de ayudarla. “¡Hola!, dijo con voz inmensa y rugiente, “voy a contarte un secreto. ¿No comprendes que llevas en ti la solución para los problemas que te agobian?”.

Tortuguita no sabía de qué le estaba hablando. “¡Tú caparazón, tú caparazón!”, exclamó la tortuga sabia, “¡para eso tienes una coraza!”. Puedes esconderte en su interior siempre que te des cuenta de que lo que estás haciendo o diciendo te da rabia. Entonces, cuando te encuentres dentro de tu concha, dispondrás de un momento de tranquilidad para estudiar tu problema y buscar la mejor solución. Así que, ya lo sabes, la próxima vez que te irrites, métete inmediatamente en tu caparazón”.

A Tortuguita le gustó la idea y estaba impaciente por probar su nuevo secreto en el colegio. Llegó el día siguiente y, de nuevo, Tortuguita cometió un nuevo error que estropeó su hoja de papel blanca y reluciente. Empezó a experimentar otra vez sentimientos de furia y rabia, y cuando estaba a punto de perder la paciencia y arrugar la hoja, se acordó de lo que le había dicho la vieja tortuga. Rápida como el rayo, encogió

sus brazos, piernas y cabeza, apretándolas contra su cuerpo, deslizándose hacia el interior de su caparazón. Permaneció así hasta que tuvo tiempo de pensar que era lo mejor que podía hacer para resolver su problema con la hoja. Fue estupendo para ella encontrarse allí tan tranquila y confortable dentro de su concha, donde nadie podía molestarla.

Cuando por fin salió de su caparazón, se quedó sorprendida al ver que su maestra la miraba sonriente. Tortuguita explicó que se había puesto furiosa porque había cometido un error. La maestra le dijo que estaba orgullosa de ella porque había sabido controlarse. Luego, entre las dos, resolvieron el fallo de la hoja. Parecía increíble que con una goma y borrando con cuidado la hoja pudiera volver a quedar limpia.

Tortuguita continuó aplicando su secreto mágico cada vez que tenía problemas, incluso en el recreo. Pronto, todos los niños que habían dejado de jugar con ella por su mal carácter descubrieron que ya no se enfurruñaba cuando perdía en un juego ni pegaba a todo el mundo por cualquier motivo. Al final de curso, Tortuguita aprobó todo y jamás le faltaron amigos. FIN.

ANEXO 3. TABLAS DE COMPETENCIA CURRICULAR.

SEGUNDO CICLO: ÁREA MEDIO FÍSICO Y SOCIAL			
*C: Conseguido/ N.C: No conseguido/ E.P: En proceso	C	N.C	E.P
<p>1.- Conocer las principales características de los hábitats más habituales y desplazarse por ellos:</p> <p>1.1.- Conocer las características y ubicación de la propia vivienda y de la escuela, así como de las funciones habituales en sus diferentes dependencias.</p> <p>1.2.- Orientarse en los espacios habituales:</p> <p>1.2.1.- Realizar desplazamientos dentro del colegio para ir a su clase, al WC, al comedor, a la biblioteca, al patio.</p> <p>1.2.2.- En su barrio, realizar desplazamientos a lugares habituales próximos a su vivienda.</p> <p>1.2.3.- Reconocer el itinerario de su casa a la escuela.</p>	X		
<p>2.- Conocer, sentir la pertenencia y participar en grupos sociales próximos, utilizando estrategias de actuación autónoma y a manifestar comportamientos socialmente ajustados:</p>		X	

<p>2.1.- Reconocer por el nombre a los compañeros de clase y a las personas significativas de los principales grupos sociales de los que es miembro e identificarse como miembros de éstos.</p> <p>2.2.- Identificar determinados espacios a partir de sus características y personas habituales, y relacionarlos con las acciones que se realizan en ellos.</p> <p>2.3.- Participar en la vida familiar y escolar con actitudes de: Cooperación con los compañeros. Afecto hacia sus adultos cercanos. Interés por asumir responsabilidades y cumplirlas. Respeto hacia los otros y uso adecuado de los objetos. Valoración y respeto hacia las normas que rigen la convivencia y participación en el establecimiento de ellas.</p>			
<p>3.- Conocer las características más destacada de su entorno y percibir relaciones elementales entre el mundo físico y social:</p> <p>3.1.- Conocer distintas actividades habituales que realizan las personas en su entorno.</p> <p>3.2.- Reconocer los animales domésticos de su entorno.</p> <p>3.3.- Identificar en el propio entorno y conocer la utilidad de algunos establecimientos y servicios comunitarios.</p> <p style="padding-left: 40px;">3.3.1.- Establecimientos relacionados con el consumo.</p> <p style="padding-left: 40px;">3.3.2.- Servicios públicos fundamentales.</p> <p>3.4.- Distinguir distintos tipos de paisaje: campo, mar, montaña.</p> <p>3.5.- Identificar y representar diversos espacios a partir de la observación de los objetos, personas y ambiente que los protagonizan: Paisaje natural, paisaje urbano y distintos tipos de paisajes, por la influencia del tiempo atmosférico.</p>	X		
<p>4.- Identificar los medios de comunicación más elementales.</p>			X
<p>5.- Relacionar el tiempo con distintos actividades relevantes de la vida social.</p>			X
<p>6.- Explorar e identificar objetos, clasificarlos atendiendo a sus características y planificar la acción en función de la información recibida o percibida:</p> <p>6.1.- Explorarlos a través de los sentidos, actuando</p>	X		

<p>sobre ellos y observando los resultados.</p> <p>6.2.- Identificando y clasificarlos en función de sus características.</p> <p>6.3.- Planificar la acción anticipando los efectos de las acciones propias y ajenas.</p>			
<p>7.- Mostrar curiosidad, respeto y cuidado en el uso de objetos y materiales y actitud positiva para compartirlos con los demás.</p>		X	
<p>8.- Manifestar conocimientos de los animales y plantas de su entorno y de otros paisajes.</p> <p>8.1.- Discriminación sus características más sobresalientes.</p> <p>8.2.- Clasificándolos estableciendo semejanzas y diferencias.</p> <p>8.3.- Estableciendo relaciones importantes entre los animales, las plantas y las personas</p>			X
<p>9.- Manifestar en las relaciones con su entorno:</p> <p>9.1.- Cuidado hacia los elementos y participación para su mantenimiento.</p> <p>9.2.- Valoración de los factores de riesgo de accidentes y cumplimiento de las normas más elementales de seguridad.</p> <p>9.3.- Interés y gusto por participar en distintas formas de organización social y actividades al aire libre y en la naturaleza.</p>		X	

Tomado el 9 de febrero de 2014, de

http://www.psicologoescolar.com/INFANTIL/aragon_orden_de_curriculo_de_la_etapa_de_educacion_infantil.htm

SEGUNDO CICLO: ÁREA COMUNICACIÓN			
*C: Conseguido/ N.C: No conseguido/ E.P: En proceso	C	N.C	E.P
1.- Utilizar un vocabulario sencillo referido a personas, acciones, objetos y cualidades de su entorno próximo.	X		
2.- Producir frases sencillas con pronunciación y estructuración adecuada:			
2.1.- Utilizar las variaciones morfológicas y términos más habituales que hacen referencia a género, número,	X		

<p>comparación, persona, posesión, proximidad o lejanía, tiempos y nexos.</p> <p>2.2.- Producir frases de distinto tipo: afirmativas, negativas, interrogativas y admirativas.</p> <p>2.3.- Expresarse con pronunciación, entonación y ritmo adecuados.</p>			
<p>3.- Evocar y relatar hechos, cuentos, situaciones y acontecimientos de la vida cotidiana ordenados en el tiempo.</p>	X		
<p>4.- Usar las formas socialmente establecidas para saludar, despedirse y solicitar.</p>		X	
<p>5.- Utilizar las normas que rigen el intercambio lingüístico</p>			
<p>6.- Comprender las intenciones comunicativas de adultos y de otros niños en distintas situaciones</p> <p>6.1.- Seguir órdenes que contienen un verbo.</p> <p>6.2.- Seguir órdenes que contienen dos verbos.</p> <p>6.3.- Seguir órdenes que contienen tres verbos.</p> <p>6.4.- Captar los detalles más relevantes de una narración cuando se le realizan las preguntas: ¿Quién?, ¿qué pasó? ¿Por qué?</p> <p>6.5.- Percibir los absurdos en relatos o razonamientos sencillos</p>			X
<p>7.- Manifestar interés por participar en situación de comunicación oral:</p> <p>7.1.- Expresar sus necesidades, deseos y sentimientos</p> <p>7.2.- Reproducir textos de tradición cultural.</p> <p>7.3.- Respetar las producciones de los otros.</p>		X	
<p>8.- Comprender y producir imágenes y símbolos sencillos como forma de comunicación:</p> <p>8.1.- Interpretar imágenes que acompañan a textos escritos estableciendo relaciones entre ambas.</p>			X

<p>8.2.- Comprender y producir imágenes debidamente secuenciados</p> <p>8.3.- Producir y utilizar sistemas de símbolos sencillos para transmitir mensajes simples, respetando algunos conocimientos convencionales de la lengua escrita.</p> <p>8.4.- Reconocer algunos símbolos, signos y palabras muy familiares.</p>			
<p>9.- Demostrar interés hacia la comprensión y expresión de símbolos como forma de comunicación escrita.</p>	X		
<p>10.- Manifestar habilidades perceptivo-motrices necesarias para elaborar producciones plásticas:</p> <p>10.1.- Punzar, recortar, colorear...</p> <p>10.2.- Uso adecuado de utensilios y materiales plásticos básicos</p> <p>10.3.- Sujetar adecuadamente el útil-</p> <p>10.4.- Adecuar el trazo a propuestas gráficas:</p> <p>10.4.1.- Realizar trazos sencillos en distintas direcciones, siguiendo una pauta.</p> <p>10.4.2.- Copiar formas sencillas de objetos de su entorno.</p> <p>10.5.- Distinguir los colores primarios y secundarios, así como el contraste claro/oscuro.</p>	X		
<p>11.- Producir elaboraciones plásticas para expresar hechos, sucesos, vivencias, fantasías...</p>			X
<p>12.- Manifestar cuidado por los materiales e instrumentos que se utilizan en las producciones plásticas, así como respeto por las producciones de los demás</p>		X	
<p>13.- Discriminar y reconocer sonidos y sus contrastes básicos:</p> <p>13.1.- Discriminar sonidos producidos por objetos y por instrumentos musicales</p> <p>13.2.- Discriminar cualidades del sonido: intensidad, duración, distancia, timbre.</p> <p>13.3.- Discriminar los sonidos</p>	X		

componentes de palabras			
14.- Interpretar canciones sencillas y conocidas, individualmente o en grupo, siguiendo el ritmo y la melodía.			X
15.- Manifestar cuidado por los instrumentos musicales, así como respeto a las indicaciones gestuales del cantar y las producciones de los compañeros		X	
16.- Utilizar las posibilidades expresivas del propio cuerpo para comunicar sentimientos, emociones, necesidades y deseos propios, así como para imitar y representar. 16.1.- Usando los recursos básicos de expresión del propio cuerpo. 16.2.- Interpretar nociones de direccionalidad 16.3.- Desplazarse por el espacio con movimientos diversos 16.4.- Mantener el equilibrio	X		
17.- Manifestar interés e iniciativa para participar en representaciones		X	
18.- Atribuir cualidades a objetos y establecer relaciones entre ellos, basándose en sus cualidades. 18.1.- Nombrar atributos de color, forma, tamaño, peso, grosor y longitud de objetos y figuras usuales. 18.2.- Indicar el criterio de semejanza o diferencia empleado en los grupos que se le presentan, usando los cuantificadores que más se adopten a cada caso			X
19.- Utilizar la serie numérica para contar hasta nueve objetos: 19.1.- Poner cardinales a conjuntos de hasta nueve elementos. 19.2.- Agregar elementos a un conjunto hasta llegar al cardinal que lo representa.	X		
20.- Resolver problemas que impliquen la aplicación de operaciones sencillas.	X		
21.- Utilizar las nociones espaciales básicas para situar y desplazar objetos y personas y para explicar su ubicación.			X

<p>21.1.-Situar y desplazar objetos en relación a sí mismo, en relación de uno con otro y de uno mismo en relación con los objetos</p> <p>21.2.- Ubicar actividades de la vida cotidiana en el tiempo: día, noche, mañana, tarde, laboral, festivo</p>			
<p>22.- Manifestar gusto y curiosidad por explorar, comparar y contar objetos, así como actividades que impliquen poner en práctica conocimientos sobre las relaciones entre objetos.</p>	X		

Tomado el 9 de febrero de 2014, de

http://www.psicologoescolar.com/INFANTIL/aragon_orden_de_curriculo_de_la_etapa_de_educacion_infantil.htm

SEGUNDO CICLO: ÁREA IDENTIDAD Y AUTONOMÍA			
*C: Conseguido/ N.C: No conseguido/ E.P: En proceso	C	N.C	E.P
<p>1.- Conocer global y segmentariamente el cuerpo humano, identificando sus características personales y diferenciales:</p> <p>1.1.- Conocer los segmentos y elementos del cuerpo:</p> <p>1.1.1.- Identificar las partes principales del cuerpo: cabeza, tronco, extremidades superiores, brazo y mano, extremidades inferiores: pierna y pie</p> <p>1.1.2.- Identificar las partes principales de la cabeza.</p> <p>1.1.3.- Identificar las partes principales del tronco</p> <p>1.1.4.- Identificar las partes principales de las extremidades: superiores e inferiores.</p> <p>1.1.5.- Identificar la columna vertebral.</p> <p>1.2.- Identificar y manifestar las características corporales y diferenciadas.</p>			
<p>2.- Distinguir y controlar las necesidades básicas del propio cuerpo en situaciones</p>	X		

ocasionales.			
3.- Identificar y manifestar distintas sensaciones y sentimientos propios y de los demás.	X		
4.- Valorar positivamente su propia identidad y las demostraciones de afecto de los adultos cercanos y demás niños.		X	
5.- Tener una actitud de respeto hacia las características y cualidades de otras personas, sin actitudes de discriminación en relación con cualquier rasgo diferenciador: 5.1.- Manifestar actitudes de aceptación hacia el otro sexo. 5.2.- Manifestar actitudes de aceptación hacia cualquier otro rasgo diferenciador		X	
6.- Mantener adecuada coordinación y control corporal en las actividades lúdicas y de la vida cotidiana que implican tanto el movimiento global como el segmentario: 6.1.- Realizar desplazamientos. 6.2.- Realizar saltos. 6.3.- Mantener el equilibrio. En desplazamientos y estático. 6.4.- Manifestar la coordinación viso-manual necesaria para lanzar, recibir y botar. 6.5.- Manifestar independencia de los brazos, de las manos y de los dedos entre sí		X	
7.- Realizar actividades que impliquen habilidades manipulativas de carácter fino utilizando correctamente los utensilios necesarios.			
8.- Manifestar, en situaciones de la vida cotidianas y lúdicas, el establecimiento de la propia lateralidad.	X		
9.- Usar adecuadamente las nociones espaciales, temporales y de cantidad básicas en actividades lúdicas o de la vida cotidiana.	X		
10.- Regular la propia conducta en las actividades de la vida cotidiana en función en sí mismo y de los otros, planificando acciones, colaborando con los demás y reconociendo los		X	

<p>errores y aceptando las correcciones:</p> <p>10.1.- Resolver las tareas cotidianas sencillas, ajustadas a sus capacidades y limitaciones, manifestando una planificación elemental de la acción.</p> <p>10.2.- Regular la propia conducta, demorando la satisfacción de sus necesidades, en función de las peticiones y explicaciones de otros niños y adultos, e influir en la conducta de los demás: pidiendo, dando, preguntando, explicando, etc.</p> <p>10.3.- Manifestar actitudes de ayuda y colaboración, así como el reconocimiento de errores y aceptación de las correcciones para mejorar las acciones.</p>			
<p>11.- Cumplir las normas básicas a tener en cuenta en las distintas situaciones de la vida cotidiana:</p> <p>11.1.- En la relación y convivencia</p> <p>11.2.- En las comidas</p> <p>11.3.- En los juegos.</p> <p>11.4.- En los desplazamientos</p>		X	
<p>12.- Comportarse con hábitos y actitudes relacionadas con el bienestar y la seguridad personal, el higiene y el fortalecimiento de la salud:</p> <p>12.1.- Realizar autónomamente, o con supervisión de los adultos si es necesario, tareas de higiene personal.</p> <p>12.2.- Manifestar los conocimientos elementales y practicar hábitos adecuados relacionados con el descanso.</p> <p>12.3.- Utilizar adecuadamente instrumentos e instalaciones para prevenir accidentes y evitar situaciones peligrosas.</p> <p>12.4.- Colaborar y contribuir al mantenimiento de la limpieza del entorno en que se desenvuelven las actividades cotidianas.</p>		X	

<p>12.5.- Manifestar los conocimientos elementales, y practicar hábitos adecuados para mantener una alimentación sana.</p>			
---	--	--	--

Tomado el 9 de febrero de 2014, de

http://www.psicologoescolar.com/INFANTIL/aragon_orden_de_curriculo_de_la_etapa_de_educacion_infantil.htm

ANEXO 4. CUESTIONARIO DE CONNERS PARA PADRES. 1º ENTREVISTA

<p align="center">ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PADRES</p>				
	<p align="center">Nada</p>	<p align="center">Poco</p>	<p align="center">Bastant</p>	<p align="center">Mucho</p>
1. Es impulsivo, irritable.				<p align="center">X</p>
2. Es llorón/a.				<p align="center">X</p>
3. Es más movido de lo normal.				<p align="center">X</p>
4. No puede estarse quieto/a.			<p align="center">X</p>	
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).			<p align="center">X</p>	
6. No acaba las cosas que empieza				<p align="center">X</p>
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.			<p align="center">X</p>	
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.		<p align="center">X</p>		
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				<p align="center">X</p>
10. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				<p align="center">X</p>
<p align="right">TOTAL.....25</p>				

Tomado el 9 de febrero de 2014, de:

<http://www.hospitaldenens.com/docs/cat/Escalas%20de%20Connors.pdf>

Instrucciones:

Se asigna puntos a cada respuesta de la siguiente forma:

NADA = 0 PUNTOS.

POCO = 1 PUNTO.

BASTANTE = 2 PUNTOS.

MUCHO = 3 PUNTOS

Puntuación:

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

ANEXO 5. CUESTIONARIO DE CONNERS PARA PADRES. 2º ENTREVISTA

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PADRES				
	Nada	Poco	Bastant	Mucho
1. Es impulsivo, irritable.				X
2. Es llorón/a.			X	
3. Es más movido de lo normal.			X	
4. No puede estarse quieto/a.			X	
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).			X	
6. No acaba las cosas que empieza				X
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.			X	
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.		X		
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.			X	
10. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				X
TOTAL.....				21

Tomado el 9 de febrero de 2014, de:

<http://www.hospitaldenens.com/docs/cat/Escalas%20de%20Connors.pdf>

ANEXO 6. ESCALA DE CONNERS PARA PROFESORES. 1º ENTREVISTA

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PROFESORES				
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Tiene excesiva inquietud motora.			X	
2. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.				X
3. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				X
4. Molesta frecuentemente a otros niños.			X	
5. Tiene aspecto enfadado, huraño.				X
6. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.			X	
7. Intranquilo, siempre en movimiento.			X	
8. Es impulsivo e irritable.				X
9. No termina las tareas que empieza.			X	
10. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.			X	
TOTAL: 24				

Tomado el 9 de febrero de 2014, de:

<http://www.hospitaldenens.com/docs/cat/Escalas%20de%20Connors.pdf>

Instrucciones:

Se asigna puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA = 0 PUNTOS.

POCO = 1 PUNTO.

BASTANTE = 2 PUNTOS.

MUCHO = 3 PUNTOS

Puntuación:

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

ANEXO 7. ESCALA DE CONNERS PARA PROFESORES. 2º ENTREVISTA

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PROFESORES				
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Tiene excesiva inquietud motora.			X	
2. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.		X		
3. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.			X	
4. Molesta frecuentemente a otros niños.		X		
5. Tiene aspecto enfadado, huraño.				X
6. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.			X	
7. Intranquilo, siempre en movimiento.			X	
8. Es impulsivo e irritable.			X	
9. No termina las tareas que empieza.		X		
10. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.		X		
TOTAL: 17				

Tomado el 9 de febrero de 2014, de:

<http://www.hospitaldenens.com/docs/cat/Escalas%20de%20Connors.pdf>

ANEXO 8. CRITERIOS DEL DSM- IV

DSM-IV:

1. CRITERIOS DE DÉFICIT DE ATENCIÓN	SI	NO
a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares.	X	
b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en los juegos	X	
c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente	X	
d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares,		

encargos u obligaciones.		
e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades	X	
f) A menudo evita, le disgusta o es reacio a dedicarse a tareas que requieran un esfuerzo mental sostenido		X
g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades	X	
h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.	X	
i) A menudo es descuidado en las actividades diarias	X	

2. CRITERIOS DE HIPERACTIVIDAD		
a) A menudo mueve en exceso manos y pies, o se remueve en su asiento.	X	
b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.	X	
c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.		X
d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.		X
e) A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.	X	
f) A menudo habla en exceso.	X	

3. CRITERIOS DE IMPULSIVIDAD		
g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.	X	
h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.	X	
i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros	X	

Tomado el 7 de febrero de 2014, de: http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc11417.pdf