



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

XIII JORNADES DE XARXES D'INVESTIGACIÓ EN DOCÈNCIA UNIVERSITÀRIA

Noves estratègies organitzatives i metodològiques en la formació
universitària per a respondre a la necessitat d'adaptació i canvi



JORNADAS DE REDES DE INVESTIGACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

XIII

Nuevas estrategias organizativas y metodológicas en la formación
universitaria para responder a la necesidad de adaptación y cambio

ISBN: 978-84-606-8636-1

Coordinadores

María Teresa Tortosa Ybáñez

José Daniel Álvarez Teruel

Neus Pellín Buades

© **Del texto: los autores**

© **De esta edición:**

Universidad de Alicante

Vicerrectorado de Estudios, Formación y Calidad

Instituto de Ciencias de la Educación (ICE)

ISBN: 978-84-606-8636-1

Revisión y maquetación: Neus Pellín Buades

Publicación: Julio 2015

Consecuencias conductuales derivadas del proceso atencional en el aula de aprendizaje: propuestas de detección.

C. González Gómez [1]; M. Menchén Aparicio [1], F. Fernández Carrasco [1], M.L. Sempere Tortosa [2], J. M. García Fernández [1], I. Navarro Soria [1], M. Vicent Juan [1] y C. Gonzálvez Maciá[1].

[1] *Departamento Psicología Evolutiva y Didáctica.*

[2] *Departamento de Ciencia de la Computación e Inteligencia Artificial*

Universidad de Alicante

RESUMEN

Uno de los factores fundamentales a tener en cuenta en el proceso de aprendizaje es la atención, máxime si consideramos que se trata del primer paso que debe darse en todo proceso de aprendizaje. Derivado de una falta de atención, inatención o dificultad para mantenerla o focalizarla, pueden surgir otros problemas con frecuencia asociados a ellos, como son un bajo rendimiento, problemas de comprensión, inadecuado desarrollo de las competencias esperadas e incluso conductas asociadas que dificultan el progreso del grupo-clase. Elevado al grado de trastorno nos podemos encontrar con el TDAH, se trata de un trastorno de origen biológico con base neurológica que afecta en gran medida al comportamiento, la atención y el aprendizaje, asociado con frecuencia a la impulsividad y/o hiperactividad. En nuestra propuesta apostamos por una intervención eficaz, que pasa por la evaluación de la situación completa y ajustada al contexto de aprendizaje, así como a las circunstancias que lo definen. Intervención que se planifica a partir del trabajo cooperativo de un equipo de profesionales de carácter multidisciplinar. Partiendo de esta perspectiva se pretende identificar, inicialmente, aquellos indicios que al menos en un primer momento, pueden ser descriptivos del alumno y la alumna con problemas de atención.

Palabras clave: atención, conductas inapropiadas, inatención, TDAH, contexto de aprendizaje.

1. INTRODUCCIÓN

El trabajo que se describe a lo largo de este artículo pretende asentar unas bases a partir de las cuales poder valorar, posteriormente, la relevancia que tienen las dificultades de atención en el proceso de enseñanza-aprendizaje y por consiguiente en las decisiones que se toman respecto a la información que debería manejar el docente en relación a su conceptualización, características observables en el aula, necesidades educativas que presenta el alumnado con dificultades de atención y el dominio de estrategias, técnicas, recursos y metodologías que el docente debería conocer para poder guiar de forma adecuada el proceso de aprendizaje, su adaptación, en definitiva, al entorno académico-social en el que va a trascurrir buena parte de su vida.

Si, además, el déficit de atención viene acompañado de excesiva impulsividad y/o hiperactividad, suele ser detectado con mayor facilidad, pero no siempre lo es adecuadamente. Aunque, con frecuencia, la hiperactividad enmascara las dificultades de atención que se justifican por falta de interés, poca motivación, falta de hábitos de trabajo o falta de disciplina.

Es por eso, que creemos, que nuestro primer paso debe empezar ahí, en delimitar qué es el déficit de atención y qué representa cuando ese déficit de atención acompañado de hiperactividad acaba derivando en una conducta problemática, inadaptada y, frecuentemente, incomprendida por el entorno académico y social de quien lo presenta.

Hablamos, por tanto, del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) que aunque en nuestra Comunidad no se diagnostica hasta los 6 o 7 años sí que empieza a ser detectado, al menos en algunas de sus manifestaciones, entorno a los 4 o 5 años, en la Etapa de Educación Infantil.

Iniciamos la andadura haciendo hincapié en la relevancia que la atención tiene en el proceso de aprendizaje académico-social, siendo el punto de partida para un adecuado funcionamiento no únicamente cognitivo.

Continuamos con una breve explicación sobre la conceptualización acerca de lo que, hoy en día, se considera es el TDAH, así como su tipología, causas posibles, caracterología y necesidades educativas derivadas, diagnóstico multidisciplinar y tratamiento multimodal. Si bien es cierto que todavía queda mucho por averiguar acerca del trastorno y sus repercusiones, y lo que es más importante la mejor forma de atenderlo, por lo que respecta a nuestro campo, en el ámbito psicoeducativo.

Su estudio nos ha desembocado a una serie de consideraciones en torno al tipo de información que el docente del aula (Educación Infantil, Primaria, Secundaria, especialista en educación especial) debería conocer para poder identificar el comportamiento que el alumnado puede presentar, en el aula, asociado al TDAH, determinar conjuntamente con el especialista las necesidades educativas que posee y poder facilitar la atención educativa que le permita normalizar su proceso de aprendizaje, la adquisición de aquellas competencias que le lleven al éxito académico y social o lo que es lo mismo, posibilitar su mejor adaptación a su entorno.

2. DESARROLLO DE LA CUESTIÓN PLANTEADA.

No es preciso incidir sobre la relevancia del proceso atencional en toda actividad cotidiana, de aprendizaje, de relación, etc. Pero, con frecuencia, olvidamos que cuando hablamos de atención no siempre nos referimos a procesos voluntarios que el individuo puede controlar perfectamente. Aquí es donde se inicia el problema, esas dificultades en el proceso atencional, van a traer consigo, sin lugar a dudas, graves repercusiones en la adquisición, en la delimitación de tareas, en la ejecución de procedimientos y, en definitiva en el desarrollo global del alumno.

Los modelos atencionales han ido evolucionando, desde los modelos clásicos de selección estimular, a los modelos más actuales de activación. Estos modelos comparten la idea de que la atención, al actuar como un mecanismo activo y constructivo, se modifica con la práctica, generando cada sujeto un potencial atencional propio. Este potencial no solamente va a estar determinado por elementos cognitivos, sino también por elementos conativos y afectivos, cuya interacción se concreta en el primer modelo neoconexionista de la atención, el modelo *Slam*, el cual demuestra cambios en la capacidad de atención a través de la práctica continuada. Dichos cambios se producen, tanto en los procesos de atención selectiva como sostenida.

El proceso es de gran interés para la lectura, puesto que en este tipo de reconocimiento interesa no solamente la amplitud del campo periférico, sino también, la cantidad y la calidad de las fijaciones realizadas, lo que favorece el transporte estimular desde la retina al córtex visual (Álvarez et al., 2007).

Los estudiantes con déficit de atención sostenida suelen presentar problemas específicos en el aprendizaje de la lectura (entre 25-40) y de las matemáticas (entre 24-60%) que no se pueden superar exclusivamente con apoyo farmacológico, debido a

fallos en la red ejecutiva y de vigilancia. La red ejecutiva es responsable del control voluntario de la memoria operativa y de la selección e identificación estimular.

Los niveles de activación van a condicionar, por tanto, la capacidad de concentración, así lo determinan en su estudio Álvarez et al., (2007). Pero cuando esta inatención viene acompañada de hiperactividad, resulta evidente pensar que las dificultades aumentan y las consecuencias se multiplican. Por ello es imprescindible una temprana detección que disminuya todas esas consecuencias que de forma influyente van a obstaculizar el proceso de aprendizaje.

Conviene aclarar, en este punto, que el TDAH es un trastorno de origen neurobiológico, de inicio en la edad infantil y cuyos síntomas pueden perdurar con una presencia significativa durante la edad adulta. Si bien ha existido una cierta confusión terminológica y disparidad de criterios en lo que a la conceptualización del TDAH se refiere, actualmente hay consenso en considerarlo como un trastorno de probable base orgánica, influido por factores genéticos, hormonales y ambientales (Herranz y Argumosa, 2000).

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es uno de los problemas del neurodesarrollo más diagnosticados en los últimos años en la población infanto-juvenil (Barkley, 2011). Se estima que en España lo presentan uno o dos niños por aula, lo que equivale a una prevalencia del 5% (Cardo, Servera y Llobera, 2007), habiéndose destacado su vinculación con dificultades de rendimiento académico, adaptación personal, escolar y social (Barkley, 2011; Herrera-Gutiérrez, Sánchez, Peyres y Rodríguez, 2011).

Según el *Manual estadístico y de diagnóstico de los trastornos mentales, quinta edición*, (DSM-5), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) define a este trastorno como un trastorno neurológico que afecta tanto a adultos como a niños. Se describe como un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad e impulsividad. Los individuos con TDAH pueden presentar dificultades para mantener la atención, la función ejecutiva y la memoria de trabajo.

En la actualidad, no se ha llegado a un consenso sobre las causas del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, es un trastorno neurobiológico heterogéneo complejo, que no se explica por una única causa, sino por un conjunto de condiciones genéticas en relación con otros factores ambientales.

Se considera, hasta el momento, que es ocasionado por un mal funcionamiento neurobiológico que afecta a la conducta, la atención y el aprendizaje del niño, se asocia

a patrones comportamentales de impulsividad y/o hiperactividad en diferentes ámbitos de su vida diaria. Hablamos de un trastorno del desarrollo que conlleva una alteración conductual cuyo síntoma principal es la desatención, un mayor riesgo de fracaso escolar, problemas de comportamiento y dificultades en las relaciones sociales y familiares. No existen estudios concluyentes que determinen una causa concreta que justifique la aparición y los síntomas del trastorno, no se ha descubierto un marcador biológico que permita identificar por sí solo el TDA-H, aunque se intuye que los síntomas del trastorno puedan estar relacionados con una alteración en el funcionamiento de los neurotransmisores cerebrales noradrenalina y dopamina. Al ser producido por diferentes factores interactuando entre sí (causas genéticas, orgánicas y los factores ambientales) puede ser multicausal.

Su prevalencia es elevada, se estima entre un 3 y un 7% de la población escolar. Ahora bien, este conjunto de síntomas no tienen por qué darse indivisos al mismo tiempo en un mismo niño, ni tan solo presentar el mismo nivel de gravedad en su alteración, lo que supone un grupo de afectados altamente diverso en sus características personales, exigiendo diversas estrategias de intervención y la individualización de las mismas en cada uno de los casos.

Uno de los modelos descriptivos más completos sobre el TDAH ha sido el propuesto por Barkley (1997), para quien el déficit en la inhibición de la conducta conlleva un retraso o deterioro en el desarrollo de cuatro funciones neuropsicológicas: la memoria de trabajo no verbal, la memoria de trabajo verbal, la autorregulación del afecto/motivación/activación y reconstitución.

En niños y niñas de edad escolar, los síntomas de inatención pueden afectar al trabajo de clase y a la actuación académica, mientras que los síntomas relacionados con la impulsividad pueden llegar a dificultar su capacidad para adaptarse a las reglas familiares, interpersonales e influir significativamente en el funcionamiento en su ambiente socio-familiar.

Su diagnóstico está basado en la evaluación de una serie de conductas observables en los distintos contextos de desarrollo del sujeto. Se trata, pues, de un trastorno intrínseco a la persona que lo padece que, en opinión de diferentes expertos, se debe a un retraso en el desarrollo neuropsicológico (Barkley, 2006, Lavigne y Romero, 2010, Miranda-Casas, Jarque y Soriano, 2004 y Orjales, 2011).

Al igual que ocurre en otros trastornos las personas afectadas de TDAH componen un grupo de características muy heterogéneas, que presentan una diversidad

considerable en la intensidad en la que muestran los síntomas, la edad de inicio o a la que estos síntomas empiezan a suponer dificultades, y en la presencia o no de estos en las distintas situaciones sociales. Además, todo apunta a que las consideradas conductas propias del TDAH, pueden variar por factores situacionales como el momento del día, el cansancio, factores motivacionales, la posibilidad de supervisión, etc. (Barkley, 2006).

A partir de los años 80 es cuando se llevan a cabo numerosos estudios e investigaciones que culminan en los sistemas actuales de clasificación de los criterios de diagnósticos, el recientemente publicado DSM-V (APA, 2013) y la CIE-10 (WHO, 1992). Además de la edad, los síntomas varían en función de diferentes variables (De la Gándara, García y Pozo, 2006), tales como el tipo concreto de TDAH, el sexo (los niños suelen presentar predominio de hiperactividad e impulsividad mientras que en las niñas predomina la inatención), la severidad del trastorno (leve, moderado o grave), la edad (conforme el niño se hace mayor la actividad física disminuye pero la impulsividad y los problemas de atención persisten), el entorno en el que está el menor y las personas que le atienden en cada momento (que se relacionan con variaciones de los síntomas y de su intensidad).

El TDAH se caracteriza por tres síntomas que determinan un gran número de comportamientos inadaptados (González y Fernández, 2014):

1. **Inatención**, manifestada en una escasa atención a los detalles, lo que incurre en errores de descuido en las tareas, en dificultades para mantener la atención en actividades que requieren un esfuerzo mental sostenido, distrayéndose fácilmente por estímulos irrelevantes.
2. **Hiperactividad**, manifestada en movimientos excesivos de mano o pies, movimientos en el asiento y conductas como correr o saltar en situaciones en que es inapropiado hacerlo, teniendo dificultad para jugar o dedicarse tranquilamente a las tareas.
3. **Impulsividad**, caracterizada por respuestas rápidas, inapropiadas, prematuras y altamente cambiantes. El rasgo de impulsividad es el esencial en este tipo de trastorno, ya que se considera que los anteriores son más bien manifestaciones de impulsividad en el área motora y el cognitivo-atencional.

Según Ordoñez y Álvarez-Higuera (2011), los trastornos del aprendizaje se pueden asociar al TDAH hasta en un 70%, sobre todo ante tareas de lectura, escritura, cálculo y matemáticas. En relación a la lectura, realizan omisiones (olvidan leer una

letra, sílaba, palabra o frase), adiciones (añaden letras, sílabas, palabras), sustituciones (leen una letra, sílaba, palabra por otra), presentan dificultades con algunos grupos consonánticos (tr, pr, bl), comprensión lectora deficiente (mala comprensión de los textos, de las instrucciones), desmotivación por la lectura (por fatiga, por ser tareas largas), lectura lenta, silabeada o precipitada, pérdida ante la lectura (sobre todo en lecturas en grupo). En cuanto a la escritura, realizan unión de palabras, fragmentaciones, omisiones, adiciones, sustituciones, presentan una caligrafía pobre y desorganizada, mayor número de faltas de ortografía. En las matemáticas presentan pobre comprensión de los enunciados, errores a la hora de utilizar signos, errores al escribir cifras y dificultad de abstracción de conceptos matemáticos. Por otro lado, presentan falta de organización, pérdida de material escolar, olvidos, retrasos, problemas de coordinación, comportamiento irritante y difícil de controlar.

Tienen dificultades para regular su comportamiento y ajustarse a las normas esperadas para su edad y, como consecuencia, presentan dificultades de adaptación en su entorno familiar, escolar y en las relaciones con sus iguales. Suelen rendir por debajo de sus capacidades y pueden presentar trastornos emocionales y del comportamiento.

De forma habitual el comportamiento de los niños con hiperactividad en la escuela se caracteriza por: desorganización (llega tarde, no sabe organizarse el tiempo, las tareas grandes le causan confusión); falta de atención (no escucha a los demás, se distrae fácilmente, pierde cosas); falta de concentración (se aburre fácilmente, empieza tareas y no las termina, tiene gran facilidad para dispersarse y pensar en otras cosas); baja intolerancia a la frustración (se disgusta con facilidad ante los fracasos); oposición a los cambios; hiperactividad (no permanece sentado, le gusta mucho hablar y hacer ruidos, siempre se está moviendo); impulsividad (no puede esperar su turno, no planea sus acciones, suele exponerse al riesgo, interrumpe constantemente, toma decisiones más apegadas a las emociones que a la razón).

Según Orjales (2012), los problemas que con mayor frecuencia suelen presentar los chicos con TDAH se podrían resumir en esta tabla.

Tabla 1 Dificultades del alumnado con TDAH en el aula, a partir de Orjales (2012)

| Dificultades del alumnado con TDAH en el aula | |
|--|---|
| ✱ | Atención insuficiente a las explicaciones en clase. |
| ✱ | Trabajo más lento, irregular, inconstante y con mayor número de errores durante la realización de las tareas. |

| |
|---|
| * Más dificultades para realizar dos tareas al tiempo y automatizar procesos y rutinas. |
| * Trabajo frecuentemente desordenado, sucio y desorganizado. |
| * Exámenes con más errores: por desatención. |
| * Menor aprovechamiento del trabajo en clase. |
| * Más dificultades para seguir instrucciones completas, hacer lo que se les pide y cuando se les demanda o recordar prohibiciones. |
| * Pérdida constante de material. |
| * Menor eficacia para enterarse y anotar en la agenda las tareas que debe realizar. |
| * Mayor probabilidad de olvidarse de realizar trabajos, incumplir con los requisitos de los mismos o equivocar las fechas de entrega. |
| * Más dificultades para organizarse y gestionar el tiempo. |
| * Más dificultades para automotivarse y mantenerse centrados en los objetivos a largo plazo. |
| * Mayor agotamiento y peor rendimiento a medida que pasa el curso. |
| * Atención insuficiente a las explicaciones en clase. |
| * Trabajo más lento, irregular, inconstante y con mayor número de errores durante la realización de las tareas. |
| * Más dificultades para realizar dos tareas al tiempo y automatizar procesos y rutinas. |
| * Trabajo frecuentemente desordenado, sucio y desorganizado. |
| * Exámenes con más errores: por desatención. |
| * Menor aprovechamiento del trabajo en clase. |
| * Más dificultades para seguir instrucciones completas, hacer lo que se les pide y cuando se les demanda o recordar prohibiciones. |
| * Pérdida constante de material. |
| * Menor eficacia para enterarse y anotar en la agenda las tareas que debe realizar. |

Una intervención adecuada en este trastorno exige una detección temprana, categorización de las dificultades en distintos ámbitos que presenta el niño y diseño de un programa de trabajo ajustado a todos los contextos con el fin de atenuar la expresión sintomatológica del TDA-H (Orjales, 2011).

Debe realizarse una evaluación comprensiva que incluya, además del examen médico, una minuciosa historia de los síntomas específicos del TDA-H, la utilización de escalas de estimación conductual, la evaluación psicoeducativa. Además, de cara a confirmar el diagnóstico, es necesario llevar a cabo observaciones directas del alumno en contextos naturales, es decir, en casa y en la escuela.

Resulta fundamental la detección y diagnóstico precoz del trastorno para paliar los síntomas y evitar problemas futuros de conducta y rendimiento escolar, autoestima y relaciones sociales. La detección puede tener lugar en el entorno familiar y/o escolar, pero es necesario que el diagnóstico lo lleve a cabo un profesional clínico especializado. Éste se basará principalmente en el cumplimiento de los criterios reconocidos internacionalmente –de la CIE-10 (WHO, 1992) y del DSM-V (APA, 2013)– y tendrá por referencia los protocolos de actuación regionales, ejemplo de ellos, es el existente

en la Comunidad Autónoma de Murcia (Consejería de Sanidad y Consumo y Consejería de Educación, Formación y Empleo, 2012).

En lo que respecta a la evaluación, no existe un acuerdo unánime sobre los diferentes procedimientos. No obstante, lo realmente importante es obtener una historia clínica (desarrollo evolutivo, sintomatología...) lo más amplia y detallada posible, completada por la información proporcionada por la evaluación psicopedagógica, por los profesores (a través de la observación y de los informes y escalas) y por los padres y demás personas en contacto con el niño (Herrera et al., 2011). Partiendo del hecho de que los test estandarizados son útiles aunque no definitivos, ya que ninguna prueba por sí sola lo es. Los componentes que debe englobar la evaluación del TDAH, deberían ser:

- ✓ Observación del niño en su medio natural (casa, escuela)
- ✓ Cuestionarios y escalas de contenido más amplio para evaluar el autocontrol, la socialización...
- ✓ Pruebas aplicadas al niño para detectar déficits perceptivos, cognitivos, de atención, etc.
- ✓ Entrevista clínica con los padres (ambiente familiar, social, problemas médicos...)
- ✓ Examen médico (cuando sea necesario)
- ✓ Escalas de evaluación de la hiperactividad
- ✓ Entrevista con el docente.

Por lo que respecta a la intervención adecuada, el tratamiento que muestra mayor efectividad y que está avalado por la comunidad científica (Herrera-Gutiérrez et al., 2003; Moreno, 2001; Valdizán, 2006) es el multidisciplinar, que combina:

- ✚ La intervención educativa en el contexto familiar y escolar, consistente en proporcionar información a los padres y docentes sobre el TDAH, así como en el entrenamiento en estrategias de comunicación y de manejo de la conducta que permitan mejorar la calidad de las relaciones y que el niño aumente su autocontrol.
- ✚ El tratamiento farmacológico (supervisado por un médico especialista) cuyo objetivo es reducir los síntomas básicos del trastorno, facilitando así la adaptación social y escolar del niño, sus progresos académicos y su desarrollo cognitivo.
- ✚ La intervención psicológica mediante técnicas cognitivo-conductuales, orientada a que el niño alcance una progresiva autonomía física (orden, hábitos,

colaboración...), cognitiva (autoevaluación, autocorrección, capacidad para seleccionar información, etc.), emocional (autoestima sana, relaciones satisfactorias, independencia) y en la regulación de su comportamiento (autocontrol, adaptación a normas...).

✚ Referente a las técnicas concretas para el trabajo en el aula recomendadas, podemos citar: Economía de fichas o sistema de puntos, Contrato de conducta, Tiempo fuera (timeout) o aislamiento entendido como tiempo de relajación y/o reflexión(cuando la maduración del alumno lo permita, Refuerzo positivo, Autoinstrucciones, Protagonista de la semana, Técnica de la tortuga (ayuda al autocontrol de la conducta impulsiva en el aula, siendo muy útil en situaciones de descontrol por carga emocional), y en general Técnicas de relajación que permiten inducir un estado de mayor tranquilidad como por ejemplo: el método de tensión y distensión de los músculos de Jacobson o los basados en la visualización, la respiración y la música; y diversos juegos de relajación (*La mecedora* o *Despertad al oso*) más propios de las primera etapas educativas.

Es fundamental, que este tipo de intervenciones sean desarrolladas por profesionales con los conocimientos adecuados. La intervención se lleva a cabo en los contextos habituales donde el niño se desenvuelve, por lo que es imprescindible para asegurar el éxito de la propuesta educativa que profesionales de la educación y familiares conozcan con precisión las características del trastorno, qué síntomas a modo de respuestas conductuales son las habituales, dificultades y trastornos asociados, tipos de tratamiento y herramientas psicoeducativas que pueden aplicar para ayudar al desarrollo del niño.

La intervención en el TDA-H no ha adoptado un modelo único sino que, se ha enfocado desde la perspectiva farmacológica y psicoeducativa conjuntamente. Los diferentes estudios apuestan por lo que denominan intervenciones *combinadas*, que integran la medicación con psicoestimulantes en los casos que lo demanden e intervenciones de carácter cognitivo-conductual en el contexto escolar y familiar (González, Navarro y Carrascosa, 2013).

Por lo que respecta al tratamiento psicoeducativo debe diseñarse a modo de plan de acción individualizado, en él se incluirán técnicas para la modificación de conductas, instrucción del alumno en estrategias de auto-control, adaptaciones curriculares y contextuales, entrenamiento en habilidades sociales y entrenamiento neurocognitivo. El programa debe contemplar; una adaptación de los objetivos y

contenidos curriculares más complejos, junto con la metodología de E/A, entrenamiento en aspectos relacionados con el control ejecutivo comportamental, memoria de trabajo, la atención, afecto, regulación de la motivación, control de impulsos y refuerzo de estrategias cognitivas para mejorar la capacidad de síntesis y reflexión.

Factores como el refuerzo de la autoestima y los mensajes positivos favorecen el éxito escolar. Los profesores tenemos la necesidad de introducir en nuestra metodología de clase, prácticas que favorezcan al desarrollo de técnicas y hábitos de estudio adecuados y eficaces, que estén integrados, además, en las distintas áreas del currículo. Estas técnicas de estudio podrían ser transformadas en estrategias de intervención a utilizar para la optimización del desarrollo académico del alumno/a con TDAH.

Es precisa una supervisión constante de la actuación del niño o niña, una tutoría individualizada con ellos, breve y focalizada, de unos diez minutos y la utilización de herramientas para el control del comportamiento y, muy importante, el establecimiento de límites. Éstas proporcionarán alrededor del niño un ambiente estructurado, le ayudarán a fomentar un mayor autocontrol, pues le indican qué se espera de él y las consecuencias que tiene no cumplir las normas, generándole mayor seguridad. Por ejemplo la utilización de refuerzos positivos en sus diferentes tipologías, la extinción de conductas inapropiadas y la utilización del tiempo fuera (espacio de relajación) como medio de relajación para el propio niño (Mena, 2013). En cuanto a las tareas escolares: en el trabajo con los textos escritos es preciso ayudarles a resaltar lo más significativo, dar instrucciones breves y concisas que focalicen su atención en lo más importante, dividir los párrafos en frases cortas, identificar lo más esencial del enunciado que explica la tarea que debe realizar, son algunas de las estrategias a utilizar en el trabajo cotidiano con ellos en el aula de aprendizaje.

Ahora bien para asegurarnos poder conseguir nuestro propósito no debemos olvidar que también ellos son personas excepcionales: divertidos, curiosos, intuitivos, imaginativos, espontáneos y creativos, con gran sentido del humor y una mayor capacidad de empatía, capaces de hacer varias cosas a la vez y normalmente dispuestos a hacer amigos, características positivas que conviene aprovechar y potenciar.

Es fundamental conocer y creer en las posibilidades de nuestros alumnos, buscar alternativas para adaptarnos a sus necesidades específicas y colaborar así en el desarrollo de su máximo potencial. Es importante que el diagnóstico precoz se acompañe de una respuesta educativa lo más ajustada posible a las características y necesidades del alumno. A este respecto, la figura del docente es clave. Puede influir

decisivamente en su evolución, no sólo en el sentido académico sino también en el emocional.

El contexto familiar desempeña un papel modulador importante en el curso de esta alteración (Montoya-Sánchez y Herrera-Gutiérrez, 2014). Si a los síntomas del TDAH se les une un entorno familiar de riesgo (familia desestructurada, con bajo nivel educativo, mala situación socioeconómica...), no cabe duda de que se agudizará el trastorno, si bien no será el responsable de su aparición.

De los profesores depende en gran medida que sea detectado a tiempo el síndrome, la forma en que los padres van a entenderlo y aceptarlo, el control de sus efectos negativos y las posibilidades de mejora del comportamiento y rendimiento académico del niño (Martínez-Frutos, Herrera-Gutiérrez y Peyres-Egea, 2014). En este sentido, resulta imprescindible que conozcan bien el trastorno y la manera de organizar el trabajo en el aula.

Si bien es cierto, que la mayoría de las características que debe reunir el profesorado del alumnado con TDAH son las deseables en cualquier docente: disposición para ayudar, mantener una comunicación efectiva con los padres y compromiso de trabajar en equipo con ellos y con los profesionales que se relacionan con el niño o la niña, ser organizado y firme a la vez que sensible para apreciar cariño y comprender lo que sienten los demás; ser creativo, imaginativo y estimulante; saber ser estricto y flexible en función de la situación y ser capaz de estructurar adecuadamente el aula, es decir, de manera bien organizada, predecible y que las reglas y tareas a realizar estén visibles.

En definitiva, la forma de actuar del profesor en clase con estos alumnos debe estar fundamentada en el conocimiento del trastorno y atender a aspectos como las instrucciones, los materiales didácticos, la disposición del aula, el comportamiento, la participación activa, la colaboración con los padres, el apoyo personal y las tareas a realizar (Armstrong, 2001; Cruz y Yoldi, 2009, Herrera et al., 2011).

La experiencia práctica ha demostrado que la intervención más eficaz, la evaluación más completa y el diagnóstico más acertado, en la mayoría de los casos, es el producto del trabajo cooperativo de un equipo de profesionales de carácter multidisciplinar, en una estrecha colaboración con la familia del niño o la niña que presenta TDAH.

3. CONCLUSIONES

Como hemos visto, hoy en día el TDAH es uno de los trastornos más frecuentes en los niños. Si bien a lo largo de la historia se han sucedido varias teorías y ha habido cierta confusión en torno a su conceptualización, actualmente el énfasis recae en los aspectos cognitivos y tiende a aceptarse su etiología multifactorial.

Además de sus tres síntomas principales (hiperactividad, impulsividad e inatención) suele llevar otros trastornos asociados y para paliarlos se precisa la detección precoz del mismo y su posterior diagnóstico, evaluación e intervención tempranas.

Debido a la complejidad de este trastorno, resulta de gran utilidad adoptar un tratamiento multidisciplinar (educativo, farmacológico y cognitivo-conductual) y propuestas de intervención que incidan en los distintos contextos de desarrollo y se basen en la acción conjunta de docentes, padres y demás profesionales implicados. Asimismo, desde el marco conceptual de la Psicología Evolutiva y de la Educación cabe destacar el papel de la escuela y, sobre todo, del docente en la evolución y desarrollo global del niño con TDAH. Es justamente bajo esta perspectiva donde la etapa de educación infantil adquiere especial relevancia.

A la luz de todo lo anterior se deduce la necesidad de sensibilizar y formar al profesorado en las características del TDAH y en la manera de abordar esta problemática en las aulas. Los profesores deben recibir cierta formación e información para saber cómo relacionarse y actuar ante un niño con esta alteración y su familia, garantizando que reciba una respuesta educativa lo más ajustada posible a sus peculiaridades y necesidades, no sólo a nivel académico sino también en el terreno emocional (González y Fernández, 2014).

Igualmente, es importante que los equipos de orientación de los centros asesoren y colaboren con el profesorado en las medidas de atención a la diversidad adoptadas. En definitiva, se trata de lograr el desarrollo integral del niño y que el grupo aula avance y funcione adecuadamente, teniendo en cuenta la heterogeneidad que lo conforma y sus características y ritmos de aprendizaje individuales.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, L., González-Castro, P., Núñez, J.C., González-Pienda, J.A. Álvarez, D. y Bernardo, A.B. (2007). Programa de intervención multimodal para la mejora de los déficit de atención., *Psicothema* , 19, (4), 591-596.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V*. Washington, DC: Author.
- Armstrong, T. (2001). *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad ADD/ADHD: estrategias en el aula*. Barcelona: Paidós.
- Barkley, R.A. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. (1999). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.
- Barkley, R. (2006). *Déficit de atención con hiperactividad. Un manual para el diagnóstico y tratamiento* (3ª ed.). Nueva York: Guilford.
- Barkley, R.A. (2011). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Guía completa del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Barcelona: Paidós
- Cardo, E., Servera, M. y Llobera, J. (2007). Estimación de la prevalencia de déficit de atención con hiperactividad entre la población de la isla de Mallorca. *Revista de Neurología*, 44, 10-14.
- Consejería de Sanidad y Consumo y Consejería de Educación, Formación y Empleo, Región de Murcia (2012). *Protocolo de Coordinación de Actuaciones Educativas y Sanitarias en la Detección y Diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad TDA-H* (ed. rev.). Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Murciano de Salud. Subdirección General de Salud Mental. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/236108-protocolo_2012.pdf
- Cruz Ripoll, J. y Yoldi Hualde, M. (2009). *Alumnos distraídos, inquietos e impulsivos (TDAH). Estrategias para atender su tratamiento educativo en educación*. Madrid: CEPE.
- De la Gándara Martín, J.J., García Soto, X.R. y Pozo de Castro, J.V. (2006). *Despistado, acelerado e inquieto: ¿es hiperactivo?: el libro para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta.

- González, C., Navarro, I y Carrascosa, N. (2013) Introducción al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA-H) desde las perspectivas psicopedagógica y clínica. En C. González y I. Navarro (Coord.) *El TDA-H desde una perspectiva multidisciplinar* (pp.9-32). Alicante: Limencop..
- González-Gómez, C. y Fernández-Carrasco, F. (2014). El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), conocerlo para optimizarlo. *Investigación y Ciencia*, 24, 28-29.
- Herranz, J.L. y Argumosa, A. (2000). Trastorno con déficit de atención e hiperactividad. *Boletín de Pediatría*, 40 (172), 88-92.
- Herrera-Gutiérrez, E., Sánchez Mármol, D.J., Peyres Egea, C. y Rodríguez Dorantes, J.M. (2011). Hiperactividad, problemas de adaptación y rendimiento académico. En J.M. Román, M.A. Carbonero y J.D. Valdivieso (Comps.), *Educación, aprendizaje y desarrollo en una sociedad multicultural* (pp. 8225-8239). Madrid: Ediciones de la Asociación Nacional de Psicología y Educación.
- Herrera-Gutiérrez, E., Calvo-Llena M.T y Peyres-Egea, C. (2003). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad desde una perspectiva actual. Orientaciones a padres y profesores. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 56(1), 5-19.
- Lavigne, R. y Romero, J. (2010). *El TDA-H ¿qué es?, ¿qué lo causa?, ¿cómo evaluarlo y tratarlo?* Madrid: Pirámide.
- Martínez-Frutos, M.T., Herrera-Gutiérrez, E. y Peyres-Egea, C. (2014). Los conocimientos del profesorado sobre TDAH y su relación con el rendimiento del alumnado. En J. Maquilón Sánchez y N. Orcajada Sánchez (Eds.), *Investigación e innovación en formación del profesorado* (pp. 369-380). Murcia: EDITUM.
- Mena, B. (2013) Intervención desde el ámbito escolar en TDA-H. En Introducción al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA-H) desde las perspectivas psicopedagógica y clínica. En C. González y I. Navarro (Coord.) *El TDA-H desde una perspectiva multidisciplinar*. (145-159). Alicante: Limencop.
- Miranda-Casas, A., Jarque, S. y Soriano, M. (2004). Trastorno de hiperactividad con déficit de atención: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención. En F. Mulas. (ed.), *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad* (pp. 3-18). Barcelona: Viguera.

- Miranda, A. y Soriano, M., (2010). Tratamientos psicosociales eficaces para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Información Psicológica*, 100, 100-114.
- Montoya-Sánchez, E. y Herrera-Gutiérrez, E. (2014) Manifestaciones del TDAH en la etapa de educación infantil y cómo afrontarlas. En: Navarro, J.; Gracia, M^a. D.; Lineros, R. y Soto, F.J. (Coords.). *Claves para una educación diversa*. (pp.) Murcia: Consejería de Educación, Cultura y Universidades.
- Moreno, I. (2008). *Hiperactividad infantil. Guía de actuación*. Madrid: Pirámide.
- Ordóñez, M.J. y Álvarez-Higuera, R. (2011). *No estáis solos. Un testimonio esperanzador sobre el trastorno de déficit de atención e hiperactividad*. Barcelona: Libros Cúpula.
- Orjales, I. (2002). *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores* (7^a ed.). Madrid: CEPE.
- Orjales, I (2011). *Claves para afrontar la vida con un hijo con TDA-H*. Madrid: Pirámide.
- Orjales, I. (2012). *TDAH. Elegir colegio, afrontar los deberes y prevenir el fracaso escolar*. Madrid: Pirámide.
- Valdizán, J.R. (Coord.) (2006). *Consenso multidisciplinar en TDAH. Infancia y adolescencia*. Zaragoza: Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo.