

CONVIVIR Y CONDUCTA

ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN DE ALUMNADO CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD TDA-H
OPTIMIZATION STRATEGIES FOR STUDENTS WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER ADHD

Carla González Gómez.
Ignasi Navarro Soria.
Salvador Grau Company.
Ana Galipienso Rico.
Francisco Fernández Carrasco.
Universidad de Alicante
carlota.gonzalez@ua.es

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v7.779>

Fecha de Recepción: 27 Febrero 2014

Fecha de Admisión: 30 Marzo 2014

ABSTRACT

The ADHD is a disorder of biological origin with neurological basis that greatly affects the behavior, attention, learning and that is often associated with impulsivity and/or hyperactivity. It is a developmental disorder that involves a behavioral alteration whose main symptom is neglect, a greater risk of school failure, behavior problems and difficulties in social and family relationships. Its prevalence is high, it is estimated between 3 and 7% of the school population (DSM-IV-TR, 2001). The diagnosis must be made by a physician with training and experience in the diagnosis of the ADHD and its comorbidities. The psycho-educational evaluation is essential, because it can assess the relational difficulties, emotional, academic, i.e. the psycho-educational needs arising, in order to establish goals of psycho-educational intervention that deaden the characteristic symptoms of the disorder. The most effective intervention, the most comprehensive assessment and diagnosis more accurate, in most cases, is the product of the cooperative work of a team of professionals of a multidisciplinary nature, in a close collaboration with the family of the child affected by ADHD. From the psycho-educative approach, intervention should be framed within the family context-social and educational.

Key words: Strategies, optimization, disorder of attention, hyperactivity.

RESUMEN

El TDA-H es un trastorno de origen biológico con base neurológica que afecta en gran medida al comportamiento, la atención, el aprendizaje y que se asocia con frecuencia a impulsividad y/o

ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN DE ALUMNADO CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD TDA-H

hiperactividad. Se trata 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. Su prevalencia es elevada, se estima entre un 3 y un 7% de la población escolar (DSM-IV-TR, 2001). Su diagnóstico debe realizarse por un facultativo con entrenamiento y experiencia en el diagnóstico del TDA-H y sus comorbilidades. La evaluación psicopedagógica es imprescindible, puesto que con ella se puede valorar las dificultades relacionales, afectivas, académicas, es decir, las necesidades psicoeducativas derivadas, con el fin de establecer objetivos de intervención psicoeducativa que amortigüen los síntomas característicos del trastorno. 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 menor afectado por TDA-H. Desde el enfoque psicoeducativo, la intervención debe encuadrarse dentro del contexto familiar-social y educativo.

Palabras clave: estrategias, optimización, trastorno de atención, hiperactividad.

CONCEPTUALIZACIÓN

Cuando se habla de TDA-H se hace referencia a una forma característica de funcionamiento neuronal que tiene como consecuencia un comportamiento particular en niños y adultos, que a lo largo de su desarrollo puede propiciar la aparición de posibles problemas en sus relaciones sociales, en su rendimiento académico, en la formación de su auto-concepto, por tanto en su autoestima, y en sus niveles de ansiedad/estrés.

Presentamos, una visión general del abordaje del TDA-H que va desde una conceptualización del término, a una explicación acerca de las conductas consideradas características del repertorio comportamental asociado al trastorno y finalmente se hace hincapié en la importancia para conseguir una intervención adecuada al hecho de que sea colegiada y de carácter multidisciplinar. Queda patente la relevancia de conocer en profundidad los aspectos determinantes para una correcta intervención, teniendo en cuenta todas las perspectivas y trabajando conjuntamente desde todos los ámbitos del desarrollo del niño afectado por TDA-H.

Se caracterizan por presentar serias dificultades para regular su atención sobre un mismo estímulo, una actividad motriz excesiva e impulsividad en sus acciones. 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.

Con objeto de aplicar la intervención más adecuada que posibilite la optimización de su desarrollo, es conveniente conocer en profundidad el trastorno al que nos enfrentamos y llegar a un diagnóstico después de un estudio profundo de la conducta del niño en el contexto familiar y escolar, aplicar pruebas neurológicas, cognitivas, de aprendizaje y emocionales, y conocer los antecedentes clínicos familiares.

El TDA-H 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. 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. Los niños y niñas con este trastorno, presentan a lo largo de su desarrollo mayor riesgo de fracaso escolar, problemas comportamentales y dificultades en las relaciones sociales y familiares.

Los especialistas lo definen como un trastorno del desarrollo que conlleva una alteración conductual cuyo síntoma principal es la desatención, es decir, la dificultad para mantener y regular la

atención de forma continua en las actividades que se realizan, presentan déficits a nivel de auto-control, conductas impulsivas e hiperactivas.

Uno de los modelos descriptivos más completos sobre el TDA-H 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 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.

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. Por eso su diagnóstico está basado en la evaluación de una serie de conductas observables en los distintos contextos de desarrollo del sujeto. Aun así, es indudable que su etiología es de origen biológico, con base neurológica y con relevante peso de la herencia genética. 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 (Miranda-Casas, 2004; Barkley, 2006b; Lavigne y Romero, 2010; Orjales, 2011).

Entre los factores biológicos no genéticos se han apuntado diversas complicaciones prenatales y perinatales, por ejemplo el consumo materno de alcohol, drogas o tabaco, bajo peso al nacer, retraso en la madurez neurológica o las lesiones cerebrales que repercuten negativamente en el control cerebral de las actividades relevantes.

Aunque de origen orgánico, el entorno puede ayudar a mejorar los problemas que van surgiendo y la evolución de la persona afectada, previniendo la aparición de otros problemas o trastornos más graves. De ahí la importancia de la formación a padres y educadores.

CARACTEROLOGÍA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD

Tomamos como referencia aportaciones de profesionales en contacto educativo continuo con niños y niñas que presentan estas conductas.

Las personas afectadas de TDA-H componen un grupo de características muy heterogéneas, con una diversidad considerable en la intensidad en la que muestran los síntomas, la edad de inicio o a la que estos 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 TDA-H, pueden variar por factores situacionales como el momento del día, el cansancio, factores motivaciones, la posibilidad de supervisión, etc. (Barkley, 2006a).

El TDA-H se caracteriza por tres síntomas que determinan un gran número de comportamientos inadaptados:

Inatención, manifestada en escasa atención a detalles, y generando descuido en las tareas, dificultades para mantener la atención en actividades que requieren un esfuerzo mental sostenido, distrayéndose fácilmente por estímulos irrelevantes.

Hiperactividad, manifestada en movimientos excesivos de mano o pies, movimientos en el asiento y conductas de correr o saltar en situaciones inapropiadas, con dificultad para jugar o dedicarse tranquilamente a las tareas.

Impulsividad, caracterizada por respuestas rápidas, inapropiadas, prematuras y altamente cambiantes. El rasgo de impulsividad es el esencial en este tipo de trastorno, pues los anteriores son más bien manifestaciones de impulsividad en el área motora y el cognitivo-atencional.

ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN DE ALUMNADO CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD TDA-H

Muchos niños o niñas con TDA-H tienen dificultades para regular su comportamiento y ajustarse a las normas de 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 (APA, 2002).

Miranda-Casas y su equipo (2004, 2006), señalan como síntomas habituales que acompañan a las deficiencias atencionales, impulsividad e hiperactividad; escasa autorregulación, fallos motivacionales, respuesta demorada alterada, psicopatología desinhibitoria, disfunción en la respuesta motora, agresividad, deficitarias relaciones interpersonales, baja autoestima y dificultades de aprendizaje.

La combinación e incidencia característica en cada individuo de estos síntomas, derivan en un perfil o categorías de clasificación dentro del TDA-H, según de su manifestación más o menos acuciada de unos u otros síntomas (APA, 2002): Subtipo con predominio del déficit de atención, Subtipo con predominio hiperactivo/impulsivo y Subtipo combinado (con síntomas de déficit de atención, hiperactividad e impulsividad).

Los dos materiales básicos, considerados hasta el momento, referentes para la evaluación del TDA-H, DSM-IV-TR y CIE-10, recogen un listado similar de 18 conductas asociadas a los síntomas característicos, coincidiendo en la necesidad de que los síntomas persistan a través del tiempo y a través de las situaciones.

En contextos de aprendizaje, muchos de ellos presentan dificultades y, aunque en algunos casos posean una alta inteligencia, su rendimiento, aun siendo suficiente, no es el óptimo, debido a la falta de concentración que les imposibilita asimilar contenidos y discriminar lo que realmente es importante.

Las dificultades para mantener la atención, los problemas para autorregular su conducta y su falta de control e hiperactividad son, a menudo, incompatibles con un comportamiento ajustado a normas familiares y escolares y con un óptimo rendimiento académico. El clima del hogar suele estar afectado por la presencia de un niño o adolescente con TDA-H y abarca a todo el conjunto familiar (Polaino-Lorente, 2001). Las relaciones de los hijos con TDA-H con sus padres y hermanos son más negativas y estresantes para toda la familia que en las familias con hijos sin TDA-H, los padres y hermanos de niños con TDA-H pueden sufrir mayor angustia y psicopatología que en las familias con hijos sin TDA-H (depresión, baja autoestima en su papel como padre o madre, etc.) (Nicolau, 2013).

Es poco frecuente, añadimos, la aparición aislada del trastorno, presentando habitualmente comorbilidad con otros trastornos, dificultades o deficiencias (Miranda-Casas, 2001; Artigas-Pallarés, 2004 y Lavigne y Romero 2010) como pueden ser: Trastornos del lenguaje, Trastornos perceptivo-motores, dificultades específicas en el aprendizaje, trastorno de conducta., tics o trastorno de Gilles de la Tourette o trastornos generalizados del desarrollo.

Los comportamientos descritos por profesionales en contacto continuo, se ajustan principalmente a dos tipologías, más frecuentes y/o identificables:

El niño predominantemente inatento, que parece no escuchar cuando se le habla directamente, que sueña despierto, que le cuesta ponerse en marcha y que, a menudo, olvida o pierde cosas. Se suele distraer, valorar cualquier ruido o estímulo irrelevante, y puede dispersarse en actividades lúdicas o atractivas para él. En el aula generalmente se muestra pasivo, pasa desapercibido y no aprende al ritmo esperado. No anota los deberes en la agenda, olvidando entregar tareas y trabajos o lo hace con retraso, y cuando los entrega suelen estar incompletos. Evita, le disgusta o se resiste a realizar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido. La presentación de los trabajos es descuidada, olvida poner el nombre y la fecha y tiene dificultades para planificar los ejercicios. En los exámenes, sus respuestas son desorganizadas u ocupan espacios equivocados, pasa por un

niño poco inteligente (aunque no sea cierto), gandul o con un grado de desmotivación alarmante; es frecuente que acabe ubicado en las últimas filas de la clase y que nadie espere «más» de él o de ella.

El niño predominantemente hiperactivo-impulsivo se mueve de un lugar a otro en momentos inapropiados, mueve manos y pies en exceso, se balancea y se levanta a menudo de su silla. Acostumbra a interrumpir conversaciones y actividades, y suele inmiscuirse en los juegos de los otros. Responde precipitadamente, incluso antes de formularle la pregunta. Tiene dificultades para dedicarse a tareas o juegos tranquilos y habla en exceso. Su comportamiento resulta molesto y suele preocupar por las manifestaciones de agresividad tanto en el aula como dentro del marco familiar, lo que obliga a pedir ayuda profesional.

La teoría sobre una disfunción de las funciones ejecutivas en las personas con TDA-H ayuda a obtener algunas explicaciones a muchas de sus conductas. Por ejemplo:

El déficit en la autorregulación de las emociones, explicaría por qué a menudo las personas con TDA-H se desmotivan ante las tareas, son tan variables en su rendimiento o no atienden durante un periodo largo de tiempo (como les cuesta regular la motivación, no sostienen la atención, de modo que se despistan fácilmente).

El déficit en la memoria de trabajo, les genera dificultad para recurrir a sus experiencias pasadas para decidir la mejor actuación en el presente. El castigo, por ejemplo, no parece tener la misma utilidad en un TDA-H que en otros niños. Se les castiga varias veces por lo mismo: ¡parece que no aprenden de él! (Mena, 2011). A menudo actúan de cualquier manera, aunque pronto puedan mostrar arrepentimiento o incluso ser capaces a posteriori de verbalizar cuál hubiera sido la opción más correcta de actuación (dificultades de autorregulación) (Mena, 2013).

El TDA-H suele asociarse con dificultades del aprendizaje ante las tareas de lectura, escritura, cálculo y matemáticas. Presentan dificultades en la lectura y escritura, tales como: comprensión lectora deficiente que se traduce en una mala comprensión de textos escritos (lecturas), o comprensión deficitaria de las instrucciones que acompañan a las tareas. Lectura lenta, «silabeada» o precipitada, uniones, fragmentaciones, adiciones, omisiones, sustituciones o repeticiones, caligrafía pobre y desorganizada. Suelen presentar mayor número de errores ortográficos que sus compañeros.

Presentan, también, dificultades en el cálculo y las matemáticas, y una pobre comprensión de enunciados, por una lectura impulsiva o falta de atención. Errores por descuido al aplicar el signo, dificultad de abstracción de conceptos matemáticos, dificultades en cálculo y matemáticas por una pobre comprensión de enunciados. En la resolución de problemas, presentan falta de organización, dificultades para identificar las partes importantes, dificultades para aplicar conocimientos previos, falta de una secuencia lógica para resolverlo y/o cálculos descuidados e imprecisos.

Los niños con TDA-H muestran dificultades de comportamiento dentro del aula (interrumpir, moverse, no acabar sus tareas, estar distraído o molestar) inevitables.

ACERCA DEL DIAGNÓSTICO DEL TDA-H

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 para atenuar la expresión sintomatológica del TDA-H (Orjales, 2011).

Para entender mejor de donde debe surgir la primera diagnosis del TDA-H, hay que acudir a su conceptualización y carácter neurobiológico. Pero como las repercusiones de su conducta tiene grandes repercusiones en su desarrollo global en el ámbito familiar y educativo-social, los especialistas deberían intervenir en estos contextos, determinando en qué medida y que áreas del desarrollo estarán más o menos afectadas y las necesidades educativas derivadas de ellas. Realizar una eva-

ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN DE ALUMNADO CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD TDA-H

luación comprensiva que incluya examen médico, una minuciosa historia de los síntomas específicos del TDA-H, la utilización de escalas de estimación conductual, la evaluación psicoeducativa y para confirmar el diagnóstico, realizar observaciones directas del niño en contextos naturales (casa y escuela). La calidad del diagnóstico psiquiátrico dependerá, según Cantó (2013) de lo veraz, adecuada y completa que sea la información recogida de todos los informantes (paciente, padres, escuela y otros profesionales).

La fuente principal de información es la entrevista del paciente y sus padres... Se requieren, además, datos: clínicos y no clínicos. Los primeros accesibles a través de la Historia Clínica electrónica (agudeza visual o auditiva, valoración del desarrollo psicomotor, etc.), y los restantes solicitados en la primera visita. Para conocer los segundos (problemática social o académica, por ejemplo) es frecuente utilizar cuestionarios estandarizados (que facilitan el rastreo de todas las facetas relacionadas con la enfermedad y obvian la necesidad de entrevistar personalmente, por ejemplo, a todos los profesores del niño).

La evaluación y diagnóstico, desde el contexto educativo, es una actividad habitualmente coordinada por el psicólogo escolar y desarrollada conjuntamente con un equipo amplio de profesores especialistas y tutores. Se debe recabar la información indispensable que puedan proporcionarnos padres, contexto familiar, y otros profesionales que interactúen en actividades, menos regladas que las de aula (comedor o actividades extraescolares).

Este trastorno y sus necesidades psicoeducativas se infieren de la aplicación de diversas pruebas psicotécnicas e inventarios, de la valoración del resultado de entrevistas con aquellos que comparten tiempo y actividades con el niño, y de la observación directa y registro de sus conductas. Se puede clasificar los ámbitos de evaluación en los siguientes:

- Nivel de desarrollo intelectual.

- Habilidades y aptitudes atencionales.

- Niveles de ansiedad y estrés en los contextos escolar y familiar.

- Características del desarrollo del autoconcepto y autoestima del niño en los contextos familiar y escolar.

- Desarrollo de habilidades personales en situaciones sociales y académicas.

- Estilos y hábitos educativos de padres y educadores.

Por lo tanto, la recogida inicial de información es obtenida mediante:

- Entrevistas estructuradas o semiestructuradas con los padres y docentes...

A continuación, pueden aplicarse escalas o inventarios de evaluación comportamental específicas para TDA-H.

- Escalas para evaluar la variabilidad que puede existir entre la presencia de los síntomas del TDA-H en diferentes contextos y situaciones.

- Inventarios de problemas o trastornos que pueden aparecer asociados al TDA-H.

Respecto a pruebas psicométricas estandarizadas, se deben aplicar las que ayuden a discernir entre un desarrollo dentro de la norma, respecto al desarrollo del sistema ejecutivo. Por nuestra experiencia práctica recomendamos como una de las pruebas estandarizadas que más información aportan al diagnóstico, el WISC-IV. (Navarro, Cantó y González, 2013).

PROPUESTAS PARA LA OPTIMIZACIÓN

Por experiencia sabemos que el mejor rendimiento en cuanto a la intervención, la evaluación, y el diagnóstico, surge en el seno del trabajo cooperativo de equipo profesional multidisciplinar, en colaboración con la familia del TDA-H. Es fundamental, que la intervención la desarrollen profesionales con conocimientos adecuados, y se lleve a cabo en los contextos habituales donde el niño se desenvuelve, así como el conocer con precisión (profesionales y familiares) las características del

trastorno, que 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 se ha enfocado desde la perspectiva farmacológica y psicoeducativa conjuntamente.

En el **enfoque clínico**, se apuesta por la medicación si se considera necesario. La medicación psicoestimulante (metilfenidato o atomoxetina) es el tratamiento más utilizado, y su eficacia ha sido comprobada en estudios comparativos.

El **enfoque psicoeducativo**, encuadra la intervención en los contextos en los que se desenvuelve el niño, e implica a aquellas personas que interactúan con él: padres y docentes.

La corriente conductual, cuyo objetivo principal de tratamiento es la formación de padres y profesores en conocimientos generales sobre el TDA-H y procedimientos, derivados de los principios del condicionamiento operante (técnica de modificación de conducta).

La corriente cognitiva, cuyo propósito principal de tratamiento es enseñar a los niños con TDA-H técnicas de autocontrol y metacognitivas... Las técnicas o procedimientos más utilizados son: entrenamiento autoinstruccional, estrategias de análisis y solución de problemas, planificación, autoevaluación reforzada, administración de autorrecompensas, habilidades sociales, desarrollo emocional y entrenamiento neurocognitivo.

Resultado de la coexistencia de ambos modelos de intervención, surge la corriente cognitivo-conductual, compartiendo y combinando objetivos y procedimientos de los dos enfoques anteriores (Arco, 2004). Hoy se apuesta por las *intervenciones combinadas*, integrando medicación con psicoestimulantes en casos que lo demanden e intervenciones de carácter cognitivo-conductual en el contexto escolar y familiar.

Los fármacos son eficaces en los síntomas esenciales del trastorno, pero no con el rendimiento académico o las relaciones sociales. Por eso, las intervenciones psicoeducativas, son una alternativa o complemento fundamental del tratamiento farmacológico (Barkley, 2007; Miranda-Casas, 2006).

La intervención familiar en los trastornos de conducta perturbadora tendrá como objetivos: moldear el estilo educativo de los padres hacia el estilo adecuado, favorecer la comprensión y manejo del trastorno o trastornos del hijo, y el entrenamiento en habilidades generales que favorecen la interacción positiva haciendo hincapié en estrategias para mejorar la comunicación.

Y en cuanto al tratamiento psicoeducativo debe diseñarse como plan de acción individualizado, en función de la información relevante destacada en la evaluación. Debe involucrar al niño, padres y familiares que convivan con él, profesores, compañeros de aula, etc., y trazar estrategias que se prevea pueden ayudar a mejorar el funcionamiento y adaptación a los contextos naturales de desarrollo del alumno. Además, debe contemplar programas de formación, para el menor, padres y docentes, donde todos jugaran roles tanto de instruidos como de instructores. Los ámbitos más desarrollados por los programas que forman parte de un plan de acción suelen ser (Miranda-Casas, 2010): Técnicas para la modificación de conductas, Instrucción del niño 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. El diseño del programa se hace colaborando psicólogos escolares y docentes, y su ejecución corresponde al profesor tutor con la colaboración de los especialistas en educación especial.

Hay una serie de consideraciones a tener en cuenta (Mena, 2011) en el tratamiento psico-edu-

ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN DE ALUMNADO CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD TDA-H

cativo dentro y fuera de la escuela: supervisión constante de la actuación del niño o niña, tutoría individualizada con ellos de unos diez minutos, y 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, indicando qué se espera de él y las consecuencias de no cumplir las normas, generándole seguridad (utilización de refuerzos positivos en sus diferentes tipologías; extinción de conductas inapropiadas; utilización del tiempo fuera como medio de relajación para el propio niño;...).

El maestro es un modelo para el alumno y sus compañeros. Mostrando una actitud tolerante, flexible y paciente, y comprendiendo las características propias del TDA-H (no castigarle por moverse en exceso por no poder evitarlo), conseguirá un mejor comportamiento por parte de su alumno.

La importancia del docente en la intervención del trastorno le obliga a estar informado y saber trabajar con estrategias específicas aplicables en el aula; conocer y creer en las posibilidades de sus alumnos; buscar alternativas para adaptarse a sus necesidades específicas, colaborando así en el desarrollo de su máximo potencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Artiagas-Pallarés, J. (2004). *Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad*. En Mulas, F. (ed.), *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad* (pp. 3-18). Barcelona: Viguera.
- Barkley, R.A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2001). The inattentive type of ADHD as a disorder. What remains to be done *Clinical Psychology. Science and Practice*, 8, 489-493..
- Barkley, R. A. (2006a). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Nueva York. Guilford Press
- Barkley, R. A. (2006b). *Attention deficit hyperactivity disorder: Advances in nature, diagnosis and treatment*. Conferencia presentada en el II Simposio para profesionales sobre actualizaciones en el TDA-H. Barcelona.
- Barkley, R. A. (2007). School Intervention for Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Where to From Here? *School Psychology Review*, 36 (2), 279-286.
- Casajús, A. (2009). *Didáctica escolar para alumnos con TDA-H*. Barcelona: Horsori.
- 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 González, C. y Navarro I. (coord.) *El TDA-H desde una perspectiva multidisciplinar*. Alicante: Limencop. 9-32.
- Lavigne, R. y Romero, J. (2010). *El TDA-H ¿qué es?, ¿qué lo causa?, ¿cómo evaluarlo y tratarlo?* Madrid: Pirámide.
- Mena, B (2011) *El alumno con TDAH. Guía práctica para educadores*. Barcelona: Mayo Ediciones.
- 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 González, C. y Navarro I. (coord.) *El TDA-H desde una perspectiva multidisciplinar*. Alicante: Limencop.145-159
- 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 Mulas, F. (ed.), *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad* (pp. 3-18). Barcelona: Viguera.
- Miranda-Casas, A., Jarque, S. y Tàrrega, R. (2006). Interventions in school setting for students with ADHD. *Exceptionally*, 14, 36-52.
- Nicolau, R. (2013). Formación de la familia desde el contexto clínico para la intervención en tras-

- tornos por comportamiento perturbador. En *Introducción al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA-H) desde las perspectivas psicopedagógica y clínica*. En González, C. y Navarro I. (coord.) *El TDA-H desde una perspectiva multidisciplinar*. Alicante: Limencop.127-144
- Navarro, I, Cantó, T. y González (2013). Protocolo de actuación desde el contexto escolar y clínico en la intervención en el TDA-H. En *Introducción al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA-H) desde las perspectivas psicopedagógica y clínica*. En González, C. y Navarro I. (coord.) *El TDA-H desde una perspectiva multidisciplinar*. Alicante: Limencop.256-280
- Orjales, I (2011). *Claves para afrontar la vida con un hijo con TDA-H*. Madrid: Pirámide.
- Polaino-Lorente, A. (2001). Actitudes educativas en el seno de la familia y manejo de conducta. / *Jornadas sobre déficit de atención e hiperactividad*. Bilbao: Asociación AHIDA
- Roselló, B., Mulas, F. y Jarque, S. (2004). *Efectividad del metilfenidato sobre las variables cognitivas en los subtipos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. En Mulas, F. (ed.), *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad* (pp. 3-18). Barcelona: Viguera.
- Sánchez-Carpintero, R. y Narbona, J. (2001). Revisión conceptual del sistema ejecutivo y su estudio en el niño con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Neurología*, 33, 47-53.

