



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL



E. U. EDUCACIÓN Y TURISMO

TRABAJO DE FIN DE GRADO EN MAESTRO DE EDUCACIÓN INFANTIL

PORTADA

ESCUELA UNIVERSITARIA DE EDUCACIÓN Y TURISMO Y DE ÁVILA

TRABAJO FIN DE GRADO EN MAESTRO DE EDUCACIÓN INFANTIL

TDA-H EN EDUCACIÓN INFANTIL

AUTOR: Xenia San Pedro Merinero

Ávila, 30 de Junio de 2015

TDAH EN EDUCACIÓN INFANTIL

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA ELEGIDO	2
2. OBJETIVOS	4
3. MATERIALES Y MÉTODOS	4
4. MARCO TEÓRICO	4
4.1. Introducción	4
4.2. Antecedentes históricos y definición del TDA-H	6
4.3. Etiología del TDA-H	10
4.4. Clasificación y características que presentan los niños con TDA-H	14
4.5. Dificultades asociadas y comorbilidad	18
4.6. Análisis de la situación actual del TDA-H en la etapa de Educación Infantil	26
5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA	30
5.1. Introducción	30
5.2. Propuesta de intervención familiar	32
5.3. Propuesta de intervención escolar	35
6. CONCLUSIONES	41
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
8. ANEXOS	51

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA ELEGIDO

El Diccionario de la Real Academia Española define la palabra “diversidad” como variedad, semejanza, diferencia. Atendiendo a esto y extrapolándolo al ámbito social, nos damos cuenta de que la diversidad forma parte de la realidad en la que nos encontramos actualmente. Cada persona es un ser único e irrepetible que tiene una forma concreta de ser y de pensar, así como unas características propias que lo diferencian de los demás.

En el ámbito educativo ocurre lo mismo, cada alumno tiene unos intereses, motivaciones y necesidades propias y diferentes que la escuela deberá identificar y tratar de dar respuesta. Cada niño es diferente pero todos tienen derecho a ser atendidos en igualdad. Cuando aludimos al término atención a la diversidad, hacemos referencia tanto a las necesidades educativas de todos los miembros de la comunidad educativa con independencia de sexo, raza, cultura, religión, etc., como también a las necesidades educativas especiales.

Como docentes o futuros docentes involucrados en el aprendizaje de nuestros alumnos, debemos identificar y dar respuesta a las diferentes necesidades que presenten, proporcionándoles las ayudas y apoyos requeridos y ofreciéndoles una enseñanza de calidad. A su vez, debemos obtener el máximo aprovechamiento de todos los recursos de que disponemos para llevar a cabo una educación inclusiva.

El tema central del presente Trabajo Fin de Grado gira en torno a la dificultad del TDAH (Trastorno por déficit de atención e hiperactividad) en niños pertenecientes a la etapa de Educación Infantil. He decidido abordar el estudio de esta dificultad por el impacto académico y social que está cobrando en los últimos años, así como por las controversias que giran en torno a él.

Me centro en la etapa de Educación Infantil porque, además de ser la base de mis estudios, es una etapa un tanto olvidada en lo que a necesidades educativas especiales se refiere. La mayoría de los alumnos con TDAH son diagnosticados a partir de los seis o seis años y medio por especialistas, de tal manera que la etapa de Educación Infantil queda postergada y no se prestan las ayudas necesarias.

Tal y como nos informa Castells (2006) es relativamente fácil detectar la hiperactividad infantil a la edad de cinco o seis años, justo cuando inicia la Educación Primaria. Hacerlo antes resulta ser una tarea más complicada aunque hoy en día se insiste en que este trastorno puede ser identificado antes de los seis años, con lo cual se evitan y previenen futuros problemas tanto emocionales, como conductuales y cognitivos.

La finalidad de esta propuesta es centrarnos en cómo trabajar con niños que presentan este trastorno, tanto en el ámbito familiar como desde el aula de Educación Infantil, ya que es conocido que los niños que tienen cualquier trastorno experimentan mayores posibilidades de mejora si se actúa desde edades tempranas. Además, el aumento de los niños menores de seis años con presencia de síntomas de hiperactividad hace que nos demos cuenta de la necesidad de actuar desde el mismo momento en el que se produce y se detecta la dificultad.

He elegido trabajar sobre el TDA-H en la etapa de Educación Infantil porque considero que los que son o vamos a ser educadores no debemos esperar a tener en nuestras aulas un niño con una determinada dificultad para investigar sobre ella. Mi interés por los niños con necesidades educativas especiales ha sido mi principal motivación para escoger este tema. Cada vez es más frecuente en las aulas de los centros escolares, encontrarnos con alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo que requieren ayudas específicas y apoyos concretos por presentar una determinada dificultad o indicios de la misma. Afrontar de forma adecuada esta nueva realidad, hace necesario que los docentes adquieran una formación adecuada en atención a la diversidad (y sobre todo en estos ámbitos) que les permita, al menos, tener una visión general acerca de cuál es la problemática, los síntomas, la evolución, etc., de la dificultad en cuestión para poder buscar las estrategias más adecuadas y contribuir a un correcto desarrollo del alumno así como a su inclusión en el aula.

Este trabajo se articula en torno a tres puntos o capítulos. En el primer capítulo, se realiza una contextualización acerca del TDA-H en general, lo cual nos va a permitir acercarnos a él: qué es el TDA-H, qué características presenta y en qué consiste, principalmente. Una vez hecho esto, efectuaremos un breve análisis sobre la situación actual de este trastorno en la Educación Infantil. Tanto la contextualización como el análisis me parecen dos aspectos primordiales a tratar puesto que nos ayudarán a saber algo más sobre esta dificultad y a no dejarnos guiar por simples creencias o teorías implícitas, algo muy común entre la población en general. Después del ámbito familiar, el colegio es el primer núcleo de contacto que tienen los niños con el mundo y por ello me parece fundamental que haya una coordinación y cooperación entre estos dos agentes para trabajar con los niños y especialmente con los que presentan alguna dificultad como el TDA-H. Por este motivo, lo que pretendo es plantear en un segundo capítulo, una propuesta de intervención tanto familiar como escolar, desde un punto de vista pedagógico, proponiendo una serie de orientaciones que nos puedan servir de guía tanto a padres como a educadores. Para finalizar, en el tercer y último capítulo,

presentaré las conclusiones a las que he llegado y la importancia que supone una intervención temprana para poder así compensar posibles dificultades futuras.

2. OBJETIVOS

El principal objetivo de mi trabajo es conocer cómo se presenta el TDA-H en los niños de Educación Infantil y proponer pautas de intervención pedagógica para el entorno tanto familiar como escolar.

Este objetivo general se concreta en los siguientes objetivos específicos:

- Establecer unas bases teóricas acerca del TDA-H y sus características.
- Valorar la importancia de una intervención temprana en los niños con TDA-H.
- Desechar falsas teorías y creencias sobre el TDA-H.
- Plantear estrategias y pautas específicas de actuación para la familia y para los profesores con el fin de lograr el progreso del niño.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un trabajo de investigación bibliográfica, de carácter teórico donde la metodología que he llevado a cabo para su elaboración y para la consecución de los objetivos planteados se ha basado, principalmente, en la revisión de bibliografía acerca del TDA-H especialmente en la etapa de Educación Infantil, utilizando para ello las principales fuentes y bases de datos educativas (Dialnet, ERIC, ISOC, REDINED, BIBLIOMECA, ...). Por último, he reflexionado sobre las conclusiones a las que he llegado y sobre mi propio proceso de aprendizaje a lo largo de la elaboración de dicho trabajo.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA-H) es uno de los problemas del neurodesarrollo más diagnosticados en los últimos años en la población infanto-juvenil (Amador, Forns y Martorell, 2001; Mediavilla-García, 2003; Guzmán Rosquete y Hernández Valle, 2005; Soutullo, 2008; Barkley, 2011, citado por Montoya-Sánchez y Herrera-Gutiérrez, 2014, p.1). Según Vaquerizo-Madrid y Cáceres Marzal (2006, p.22) entre el 3% y 8% de la población infantil en edad escolar lo presentan. Se ha descubierto que el TDA-H existe independientemente del área geográfica, nivel socioeconómico o raza, por lo que se trata de un trastorno mundial (Green y Chee, 2001; Van-Wielink, 2005). En España se están llevando a cabo varios estudios de

incidencia del TDAH de los que todavía no se han obtenido datos concluyentes, pero los primeros resultados se acercan a los estudios americanos y alemanes. Si esto es así, este trastorno afectaría al 4 por 100 de los niños en edad escolar, por lo que en una clase de 25 niños, podría haber al menos un niño con TDA-H (Cardo, Servera y Llobera, 2007, p.10; Orjales, 2009, p.75). Además, su incidencia es mayor en niños que en niñas, en una proporción de cuatro niños por cada niña (Moreno, 2005, p.36; Pujol, Palou, Foix, Almeida y Roca, 2006, p.3; Barbarroja, 2009, p.4). Se trata de un trastorno crónico, los síntomas persisten a lo largo de la vida, pero existen variaciones en su manifestación (Moreno, 2007). En general, existe un amplio acuerdo en definir el TDA-H como “un trastorno del comportamiento infantil de amplio sustrato biológico con base genética, en el que se encuentran implicados diversos factores neuropsicológicos que provocan alteraciones en la atención, impulsividad y la sobreactivación motora” (Cardo y Servera, 2005, p.11; citados por Vallés, 2006 p.97). Además, este trastorno se caracteriza por tener importantes repercusiones en el desarrollo del niño en los distintos contextos (familiar, social y académico) en los que se desenvuelve en su vida cotidiana (Miranda, Jarque y Soriano, 1999; Amador, et. al., 2001; Garde, 2011). Por otro lado, Moreno (2007), caracteriza el TDA-H por cuatro aspectos principales, “heterogeneidad conductual, variación sintomatológica, etiología multifactorial y naturaleza crónica” (p. 26).

Normalmente su diagnóstico no suele realizarse hasta los seis años, edad en la que el niño comienza la Educación Primaria. Sin embargo, la mayoría de los síntomas están presentes en edades más tempranas, es decir, durante la etapa de Educación Infantil. El incremento de casos con presencia de síntomas de este trastorno en niños menores de seis años en al menos un 75% de los niños (Vaquerizo-Madrid, 2005, p.26), nos hace percatarnos de la necesidad de una intervención temprana que compense mayores dificultades en edades más avanzadas. Para ello, es fundamental tener un conocimiento básico de la dificultad. Para lograrlo, en esta primera parte del TFG realizaremos un sucinto recorrido por los antecedentes históricos, definición, etiología, clasificación, características, trastornos asociados y situación actual del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA-H). De tal manera que mi propósito principal al haber finalizado este recorrido será aclarar, sintetizar y organizar los aspectos más importantes de este trastorno, así como alcanzar una visión global pero a su vez más específica y concreta del mismo que nos ayude a superar creencias u opiniones infundadas a través de las cuales no contribuimos para nada al beneficio del niño.

4.2 Antecedentes históricos y definición del TDA-H.

De un tiempo a esta parte, nos encontramos con muchos incrédulos ante el TDA-H puesto que se habla de este tema como si fuese una “moda” que ha surgido en los últimos años y que cada vez va a más. Buena parte de la población considera que tiempo atrás no había apenas niños que presentaran esta dificultad y que, por lo tanto, es un trastorno contemporáneo. Sin embargo, esto no es así. Según Green y Chee (2001) y Soutullo y Díez (2007), el TDA-H tiene una larga trayectoria y posiblemente antes no se detectaban tantos casos porque había un gran desconocimiento y una escasa formación por parte de médicos, profesores, padres, pedagogos, etc. Por lo general, estos niños eran definidos como torpes, malcriados, malos, vagos, desobedientes, gamberros, etc. (Orjales, 2009, p.76). Hoy en día tenemos una gran información sobre este trastorno aunque ha sido algo controvertido desde sus orígenes y ha tenido múltiples y confusas denominaciones a lo largo del tiempo. Aún hoy existen dificultades para encontrar una postura común.

La primera descripción rigurosa sobre el TDA-H data de principios del siglo XX, cuando Still y Tredgold (1902 y 1908, respectivamente) dieron a conocer la definición de este trastorno. Será concretamente en 1902 cuando el pediatra Still acuña el término “defecto del control moral” atribuyéndolo a una conducta desordenada caracterizada por una “elevada agresividad, conducta desafiante, resistencia a la disciplina, exceso de actividad, labilidad emocional, dificultad para concentrarse y una reducida capacidad de control inhibitorio” (Navarro y García-Villamisar, 2010, p.27), llegando a esta conclusión a partir de una serie de casos similares que él mismo había tratado. Estos niños “mostraban arrebatos violentos, travesuras sin motivo, espíritu de destrucción y eran insensibles al castigo” (Taylor, 1990, p. 27). Actualmente se considera que la definición de Still es la primera descripción científica sobre TDA-H pero en realidad, existen referencias históricas de este trastorno que datan de 1845 y que fueron descritas por el médico alemán Heinrich Hoffman en una de las historias infantiles (“Zappel-Philipp”) de su libro “Struwwelpeter”. Este médico no consideraba estos comportamientos como un trastorno, sin embargo muchas de sus descripciones han servido más adelante a la hora de elaborar un diagnóstico preciso (Thome y Jacobs, 2004; Navarro y García-Villamisar, 2010). Tal y como señala Spencer (2002), a partir de este momento y hasta la actualidad, comenzaron a surgir diferentes denominaciones asociadas a distintas teorías que trataban de explicar este trastorno desde diferentes orígenes. Por un lado, nos encontramos con teorías basadas en lesiones cerebrales y otros problemas médicos (Strauss, 1947; Still, 1902; Tredgold,

1908;); y, por otro lado, con aspectos más de tipo comportamental o psicológico (Bourneville, 1897; Demoor, 1901; Boncour, 1905; Kramer y Pollnow, 1930). Asimismo, según Navarro y García-Villamizar (2010) en la conceptualización y evolución de lo que actualmente conocemos como TDA-H siempre se han observado dos frentes, aunque la explicación de la historia del TDA-H en dicho trabajo es genérica. Por un lado, el frente europeo, con una línea mucho más pedagógica; y, por otro lado, el anglosajón (incluyendo a todos los países de habla inglesa), que sigue una línea mucho más médica (p.23). Por su parte, Soutullo y Díez (2007, p.7) indican que el TDA-H también fue descrito por el doctor español Gonzalo Rodríguez-Lafora a principios del siglo XX. En un principio, la mayor parte de las definiciones se centraban en el exceso de activación motora de los niños. Sin embargo, con el tiempo, fueron comenzando a atribuirle a este trastorno, otros aspectos asociados como la impulsividad y el déficit de atención, hasta el punto de dejar en un segundo plano la sobreactivación motora (Herrera-Gutiérrez, Calvo-Llena, Peyres-Egea, 2003, p.6). Entre 1917 y 1918 tuvo lugar una epidemia de encefalitis y entre los niños que sobrevivieron se observó que presentaban unos síntomas muy similares a los que Still había descrito en 1902. En esta época el TDA-H recibiría el nombre de “daño cerebral” (Navarro y García-Villamizar, 2010, p.28; Soutullo y Díez, 2007, p.7). Más adelante, en las décadas de 1950 y 1960, se observó que niños que no poseían ningún antecedente de daño cerebral, también presentaban síntomas de TDA-H, por lo que se supuso que el daño sería mínimo, casi indetectable y se modificaron los términos a “daño cerebral mínimo” y “disfunción cerebral mínima” (Soutullo y Díez, 2007; Navarro González y García-Villamizar, 2010). En 1934, Kahn y Cohen describieron a algunos pacientes cuyo estado se caracterizaba por presentar “hipercinesia, incapacidad para permanecer quietos, torpeza y explosividad en la actividad voluntaria” (Taylor, 1990, p.30). Los trabajos de Strauss y sus colaboradores entre 1947-1955 merecen ser destacados puesto que proporcionaron apoyo a la etiología orgánica del TDA-H ya que la dividieron en lesiones físicas por un lado, y en antecedentes familiares, por otro. Además, sus investigaciones influyeron en la creación de varios programas de educación especial en América y proporcionaron las bases para la creación posterior de la Asociación para Niños con Problemas de Aprendizaje (Taylor, 1990, p.33). Ya a finales de los 50, se logró desviar el centro de atención de disfunción cerebral a la característica más destacada del trastorno, la hiperactividad, y pasó a denominarse “Trastorno hiperactivo”. Así lo recoge la Asociación Americana de Psiquiatría, que publica, en 1968 la segunda edición de su Manual Diagnóstico y Estadístico de los

Trastornos Mentales (DSM-II) donde aparece el TDA-H descrito como “Reacción Hiperkinética de la infancia” (Soutullo y Díez, 2007, Siegenthaler y Marco, 2011). Virginia Douglas en 1972 acuñó el término de Trastorno por Déficit de Atención (TDA) con o sin hiperactividad y sus trabajos han tenido gran repercusión en la actualidad. Esta autora argumenta que la deficiencia básica no era el excesivo grado de actividad sino su incapacidad para mantener la atención y su impulsividad.

Los criterios diagnósticos que sistematizó Douglas fueron “inquietud motora, escasa atención, incapacidad para permanecer sentados y dificultades para controlar sus impulsos. Estos problemas deben presentarse desde la primera infancia [...]. Quedaban excluidos los niños con psicosis, lesión cerebral, retraso mental o deficiencias sensoriales. Además, estas conductas tenían que manifestarse tanto en el hogar como en la escuela” (Siegenthaler y Marco, 2011, p.18). En esta definición encontramos la primera especificación de edad de inicio de los síntomas y su naturaleza en varias situaciones; por ello, aunque no proporcionara indicadores claros para delimitar los síntomas, fue una definición muy rigurosa en su momento. Con mayor experiencia e investigación sobre el tema, este concepto acuñado por Douglas comienza a cobrar relevancia y tal y como afirman Navarro y García-Villamizar (2010, p.30) y Amador, et. al., (2001, p.10-11) fue introducido posteriormente en las distintas ediciones de los dos sistemas de clasificación más destacados hoy en día. La clasificación establecida por la OMS (1992) en su Clasificación Internacional de Enfermedades que actualmente va por su décima edición (CIE-10) y la clasificación mencionada anteriormente establecida por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1980) en su Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III), que en 2013 ha publicado su quinta edición. De acuerdo con la CIE-10 los Trastornos hiperkinéticos se describen como

Grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas y porque estos problemas se presentan en las situaciones más variadas y persisten a lo largo del tiempo. (OMS, 1992; Citado por Vallés, 2006, p.97)

Por otro lado, atendiendo al DSM-V, el TDA-H aparece caracterizado como

Un trastorno de neurodesarrollo definido por niveles problemáticos de inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad. [...] En la infancia el TDA-H frecuentemente se solapa con trastornos que a menudo se consideran “trastornos exteriorizadores” como el trastorno negativista

desafiante y el trastorno de conducta. El TDA-H a menudo persiste hasta la edad adulta, con consecuentes deterioros del funcionamiento social, académico y ocupacional. (DSM-V, 2013, p. 59)

En el DSM-V (APA, 2013), el TDA-H aparece ubicado en el apartado de Trastornos del Desarrollo Neurológico (Montoya-Sánchez y Herrera-Gutiérrez, 2014, p.2). Por otro lado, en la CIE-10 (OMS, 1992), el TDA-H, denominado “Trastorno de la actividad y la atención”, está encuadrado dentro de la sección de Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, en el subgrupo de “Trastornos hiperkinéticos”, donde encontraríamos otras categorías más (Lavigne y Romero, 2010, p.17; Montoya-Sánchez y Herrera-Gutiérrez, 2014, p.2).

Como indicábamos al inicio de este epígrafe, hoy en día sigue habiendo cierto desconcierto en cuanto a la denominación y la organización de síntomas y características de este trastorno puesto que desde que la Asociación Americana de Psiquiatría lo incluyó en su manual, ha habido muchas revisiones y modificaciones referidas tanto a la terminología como a la clasificación y a los criterios de diagnóstico (McBurnett, Lahey y Pfiffner, 1993). A esto se añade el hecho de que nos podemos encontrar con especialistas de opiniones muy diferentes puesto que hay algunos que lo consideran un trastorno, otros lo llaman síndrome (Sandberg, Shafer), hay algunas entidades que lo denominan enfermedad (OMS) e incluso nos encontramos con otros autores que se abstienen de definirlo con alguno de los términos mencionados como Turecki, Armstrong o Stein (Colonna-Prete Suito, 2005). He de aclarar que la OMS lo denomina enfermedad, considerando la misma “no estrictamente por sus resultados biológicos” (p.26), puesto que si fuera así no podríamos considerar que el TDA-H lo fuera (Parellada, 2009a).

Actualmente en Europa se ha aceptado ampliamente el concepto de TDA-H (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) descrito por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1994), en la cuarta edición de su manual DSM-IV por lo que he decidido acogerme a él y utilizar dicha denominación a lo largo del trabajo.

De la información recopilada de autores como Taylor (1990); Green y Chee (2001); Guzmán Rosquete y Hernández Valle (2005); Vallés (2006); Soutullo y Díez (2007); Parellada, (2009a); Navarro González y García Villamizar (2010); Pelayo, Trabajo y Zapico (2012) he elaborado un cuadro-referencia en el que podemos observar de un modo sencillo y sintético la evolución histórica general del TDA-H desde sus inicios hasta llegar a la conceptualización actual (Anexo 1).

4.3 Etiología del TDA-H

Actualmente, la etiología del TDA-H sigue siendo un tanto enigmática y confusa y aún no hay un acuerdo entre los investigadores sobre cuáles son las causas exactas que lo provocan. Lo que sí se sabe es que se trata de un trastorno neurobiológico ocasionado por una amplia variedad de factores biológicos y genéticos. El ambiente no es un elemento detonante en la aparición de este trastorno pero sí juega un papel fundamental en el pronóstico y evolución del mismo ya que puede minimizar o agravar los efectos negativos que el TDA-H pueda tener en la persona. Por lo tanto, probablemente sea el resultado final de varios factores que interactúan entre sí (Herranz y Argumosa, 2000; citados por Montoya-Sánchez y Herrera-Gutiérrez, 2014, p.2; Ramos-Quiroga, Ribasés-Haro, Bosch-Munsó, Cormand-Rifà y Casas, 2007; Hinojo Lucena, Cáceres Reche y Aznar Díaz, 2007; Graell, 2013).

Atendiendo a la clasificación realizada por Hinojo Lucena et. al (2007, p.151) distinguimos entre factores biológicos (genéticos o no genéticos) y factores ambientales. Entre los factores biológicos no genéticos nos podemos encontrar con complicaciones prenatales, perinatales y postnatales, consumo materno de alcohol y drogas en el embarazo, mala alimentación de la madre durante el embarazo, bajo peso al nacer, anoxia o hipoxia prolongada, etc. (Moreno, 2005; Hinojo Lucena et. al, 2007). De acuerdo con el DSM-V (APA, 2013, p. 61) el bajo peso al nacer, inferior a 1500g, multiplica el riesgo de TDA-H de dos a tres veces. Sin embargo, la prevalencia en este tipo de niños es baja, de un 7%, según afirman Cardo y Servera (2005, p.13). Estas complicaciones no son predictores específicos pero la interacción con factores de riesgo o vulnerabilidad genética, podrían dar lugar a diferentes trastornos (Garrido, Martínez, Rodríguez y Sacristán, 2013, p.144). Green y Chee (2001), Quirós y Joselevich (2003), Beltrán (2003, citado por Vallés, 2006, p.159) e Hinojo Lucena et. al., (2007), entre otros, postulan que las investigaciones realizadas llevan a pensar que el TDA-H podría estar provocado por una desregulación del neurotransmisor noradrenalina y una disfunción en el neurotransmisor dopamina y que ambos generarían una alteración en la corteza prefrontal. En la misma línea podemos encontrar también a Bauermeister (2002), Polaino-Lorente y Ávila (2004) y a Castroviejo (2009), entre otros. Este desequilibrio en los neurotransmisores tiene implicaciones en la regulación de la atención y actúan en la zona prefrontal, lo que conlleva problemas en la planificación y regulación de la conducta (Polaino-Lorente y Ávila, 2004). Green y Chee (2001), consideran, por su parte, que los niños con TDA-H se distraen debido a un exceso de estímulos e informaciones apenas filtrados que

hacen que los niños actúen antes de su integración, sin reflexionar. Se han hecho estudios de neuroimagen de los que se ha obtenido como resultado que existen alteraciones en cuanto a la estructura y función en las regiones del cerebro implicadas en la función ejecutiva (Graell, 2013). “Los niños con TDA-H tienen una corteza prefrontal más pequeña y con menos actividad funcional”. (Soutullo y Díez, 2007, p. 23) La corteza prefrontal se encarga de la función ejecutiva (planificar una acción, ejecutarla y ser capaz de terminarla, controlar si se está haciendo bien o mal, darse cuenta de dónde está el fallo y corregirlo, evitar distracciones con estímulos poco relevantes, etc. En la misma línea, Siegenthaler y Marco (2011), consideran que los niños con TDA-H tienen afectada la corteza prefrontal, los ganglios basales, el cuerpo calloso y el cerebelo pero que las afectaciones en estas áreas “pueden ser de diversa índole destacando su volumen reducido, patrones de activación anómala de los circuitos neuronales o anomalías neuroquímicas” (p. 27). En la mayoría de los estudios se encuentra una disminución del volumen cerebral total, especialmente en el hemisferio derecho, entre un 3-5% en los pacientes con TDA-H respecto de la población control sin TDA-H (Graell, 2013, p.56).

Adentrándonos en la carga genética, como señala Mediavilla-García (2003, p.557), la heredabilidad del TDA-H se encontraría entre un 0,5 y 0,9%, situándose en la alteración mental más heredable en niños. Además se han hecho estudios de adopción, de familias y gemelos en los que se ha llegado a la conclusión de que, en gemelos monocigóticos es mayor la aparición de este trastorno que en dicigóticos (Gillis, Gilger, Pennington y DeFries, 1992; citados por Mediavilla-García, 2003, p.557; Bauermeister, 2002, p. 66; Siegenthaler y Marco, 2011); y en los estudios llevados a cabo por Faraone (1998) y Biederman,(1999) encontraron que los familiares adoptivos de niños con TDAH lo presentan con menor frecuencia que los familiares biológicos (citados por Vallés, 2006, p.154). Según señalan Miranda, et. al. (1999, p.185) los estudios hechos en familias demuestran que los hijos de personas con TDA-H pueden llegar a tener hasta un 50% de posibilidades de manifestar el mismo trastorno. Otros estudios realizados también con gemelos, nos indican que los factores genéticos explican entre un 50 y un 70% los síntomas del TDA-H (Barkley, 2002, p.91).

Cuando hablamos de que el TDA-H tiene un claro componente genético, es propio preguntarnos qué es exactamente lo que se hereda. Desde hace algún tiempo, numerosos científicos están realizando estudios con los familiares de los niños que presentan este trastorno. El doctor Cook y sus colaboradores de Chicago reconocieron en 1995 un gen relacionado con la dopamina que podría tener algo que ver en el TDA-

H (Miranda, et. al., 1999; Barkley, 2002). Tiempo después, en 2011, investigadores del Instituto Avanzado de Ciencia y Tecnología (KAIST) en Daejeon (Corea del Sur) han identificado también una versión específica de un gen que podría estar vinculada con este trastorno (Nature Medicine, 2011). El patrón genético es de herencia multigénica compleja y la mayoría de los genes candidatos pertenecen a las vías dopaminérgicas, noradrenérgicas y serotoninérgicas (receptores o transportadores del neurotransmisor), aunque también se ha encontrado relación con genes de otros sistemas de transmisión neuronal (Graell, 2013, p.53). Se han hecho pocas investigaciones acerca de los subtipos del TDA-H pero en los estudios efectuados, se han hallado pequeñas discrepancias en la influencia de distintos genes respecto a los distintos tipos de TDA-H considerados, aunque no son diferencias muy determinantes (Smoller, Biederman, Arbeitman, Doyle, Fagerness, Perlis, Sklar y Faraone, 2006, citados por Moreno, 2007, p.173).

Respecto a los factores socioambientales, no se consideran etiológicamente primarios. Algunos autores como Barkley (2002, p.90) indican que hay estudios que afirman la relación existente entre determinadas sustancias como el plomo o el aluminio y el TDA-H. Sin embargo, según señala Vallés (2006), “sus evidencias empíricas y experimentales no se encuentran suficientemente demostradas” (p.164). En la misma línea, Taylor (1990) o Moreno (2007) a través del análisis de diversos estudios creen que la exposición a toxinas ambientales como el plomo no es causa ni principal ni suficiente del TDA-H.

El primer y principal núcleo de contacto donde los niños se desenvuelven es el familiar. Por lo tanto, es evidente que éste jugará un papel importante en el desarrollo de cualquier niño, cuanto más en el desarrollo de un niño que presenta ciertas dificultades. Si el ambiente familiar se caracteriza por el caos, éste afectará a todos los niños, tengan o no TDA-H (Green y Chee, 2001). Hechtman (1996, citado por Herrera-Gutiérrez, et. al., 2003, p.10), revisó una serie de estudios centrados en este aspecto, llegando a la conclusión de que el ambiente, sobre todo el familiar, es influyente en el desarrollo del niño hiperactivo. La conflictividad familiar, falta de comunicación, relaciones negativas padres-hijos, niños que viven en instituciones, adopciones, ambiente estresante, desarrollo inadecuado del apego, etc., pueden considerarse factores de riesgo familiar, así como el estilo educativo y de crianza. Se han encontrado estilos educativos especialmente perjudiciales como aquellos en los que hay una excesiva estimulación, los permisivos y los demasiado coercitivos (Garrido, et. al., pp.145-152). Existen factores familiares que promueven el manejo positivo del

trastorno, entre ellos la integridad familiar o el ambiente estructurado, la relación entre padres e hijos o la interacción con los hermanos. Por otro lado, como mencionan Hinojo Lucena et. al (2007, p.151) también hay otros factores negativos como la problemática familiar, la desestructuración e inestabilidad familiar, ausencia de normas, pobre ejercicio de la paternidad, relativismo cultural,..., a los que pueden sumarse el consumo de drogas, alcohol o la violencia familiar, que no favorecen el desarrollo del trastorno. En definitiva, en el TDA-H se considera que en un 70-80% es heredable, pero tanto su evolución como el modo en el que se manifiesta no se entenderían sin tener en cuenta los distintos contextos en los que el niño se desarrolla, destacando la familia como núcleo principal de socialización (Faraone, Perlis, Doyle, Smoller, Goralnick, Holmgren y Sklar, 2005, citados por Presentación, Pinto, Meliá y Miranda, 2009; Rodríguez Ruiz, 2010).

Lo que sí se sabe certeramente, puesto que ha sido demostrado, es qué elementos no producen el TDA-H. Existen muchos mitos y falsedades absolutas que han estado circulando por nuestra sociedad durante cierto tiempo pero, tal y como señalan Barkley (2002, pp.93-100), Bauermeister (2002, p.75) y García y Magaz (2004, p.42) hay una serie de estudios que han demostrado que este trastorno no está producido ni por alergias o alimentos que los niños hayan ingerido, ni por pasar demasiado tiempo ante el televisor, ni por sustancias ambientales, tampoco existe relación entre cualquier hormona y TDA-H, ni por supuesto el origen se encuentra en una mala educación o una vida caótica. Éste último quizá haya sido el más oído. Ciertamente es que los modelos educativos y la situación o ambiente familiar influyen en el desarrollo del trastorno, pero en ningún caso el origen radica aquí y como dice Barkley (2002) “ni siquiera la existencia de esta relación implica que la manera que tienen los padres de educar y manejar a su hijo con TDA-H sea la causa del aumento de la severidad o de la persistencia del trastorno” (p.105).

En conclusión, atendiendo a las aportaciones realizadas por los diferentes autores estudiados, podemos decir que la etiología del TDA-H sería multifactorial al no detectar un factor causal único, pero teniendo en cuenta que el aspecto neurobiológico es el más determinante. Hasta el momento, observamos cómo el factor genético tiene un peso mayor que el ambiental, pero la severidad y manifestación de los síntomas puede verse influida por la interacción gen-ambiente.

4.4 Clasificación y características que presentan los niños con TDA-H

Efectuada la revisión histórica y etiológica del TDA-H, debemos conocer en qué consiste esta dificultad.

Siguiendo a Miranda, Amado y Jarque (2001), Miranda, Roselló y Soriano (1998, citados por Herrera-Gutiérrez, et. al., 2003, p.7) y Moreno (2005, 2007) podemos concluir que a pesar de las controversias aún existentes sobre el trastorno de TDA-H, hay un acuerdo general acerca de las características o la sintomatología primaria del mismo: inatención, impulsividad e hiperactividad.

La *inatención* se podría definir como la “poca capacidad que tiene el niño para mantenerse concentrado en una tarea durante un tiempo determinado” (Barbarroja, 2009, p.3). También puede definirse como la debilidad de aquellos núcleos con los que los niños regulan sus intereses hacia el ambiente (Taylor, 1990). El hecho de que los niños con TDA-H se distraigan con facilidad no quiere decir que sean niños con una menor capacidad atencional, sino que “difieren en la forma en que focalizan y dirigen su atención” (Orjales, 1998 p.46), tal y como piensan muchos especialistas actualmente y además, suelen ser “más vulnerables a los estímulos ambientales” (Polaino-Lorente y Ávila, 2004, p.13).

Waslick (1897, citado por Bielsa, Igual, Sánchez y Tomàs, 2003, p. 30) considera que la *impulsividad* significa que “el niño actúa sin prever las consecuencias, de tal modo que no parece ser consciente del peligro o de la relación causa-efecto”. El niño es consciente de lo que está bien y mal pero se da cuenta una vez ha actuado, cuando ya no hay remedio (Green y Chee, 2001). Tal y como señala el DSM-V (APA, 2013) “la impulsividad puede reflejar un deseo de recompensa inmediata o la incapacidad de retrasar la gratificación” (p.61). Al hablar de impulsividad debemos tener en cuenta dos aspectos según Cabanyes y Polaino-Lorente (1997). Por un lado, la impulsividad comportamental, donde los niños no reparan en las consecuencias de sus acciones sino que se centran en recibir una gratificación inmediata; y, por otro lado, la impulsividad cognitiva, haciendo referencia a una forma precipitada de afrontar las tareas. Por lo tanto, podríamos decir que tendrían dificultades para reflexionar, por lo que seguirían el lema desear-actuar en lugar de desear-pensar-actuar (Orjales, 1998, p.41). Son niños que tienen problemas para esperar su turno de palabra, para seguir instrucciones, tampoco respetan los turnos del juego porque tienen escasa paciencia, tienen poca tolerancia a la frustración, etc. (Barbarroja, 2009, p.3). También ocurre que pueden comenzar a realizar una actividad nueva con mucho entusiasmo pero no

llegan a concluirla porque cualquier pensamiento que pasa por sus cabezas durante la misma, tratan de ejecutarlo de inmediato (Polaino-Lorente y Ávila, 2004, p.13).

La *hiperactividad* podría definirse como “un aumento exagerado de la actividad motora (Van-Wielink, 2005, p.42) o verbal” (Quirós y Joselevich, 2003, p.27). O, según Tomàs, Raheb y Bielsa (2003), “es una intranquilidad excesiva cuando se requiere tranquilidad relativa” (p.173). Este exceso de actividad motora se manifiesta por un “no parar quieto ni un segundo”. Se trata de un trastorno en las funciones psicomotrices que tiene repercusiones más allá del comportamiento del niño (Cabanyes y Polaino-Lorente, 1997, p.72). De ahí que presenten problemas, por ejemplo, en la motricidad fina, teniendo dificultades para realizar actividades en las que sea necesaria una coordinación manual (Moreno, 2002). Además, este exceso de movilidad que acabo de comentar “contrasta con la rigidez en sus movimientos y con su falta de flexibilidad, aspectos que influyen en los accidentes y caídas que sufren estos niños de forma frecuente” (Moreno, 2002, p.31). El niño manifiesta un exceso de movimiento, se columpia en la silla, se balancea, salta, corre,..., pero con todos estos movimientos no pretende alcanzar ninguna meta, sino que carecen de sentido (Polaino-Lorente y Ávila, 2004, p.14). Este exceso de actividad incluso puede llegar a mantenerse en las horas nocturnas, provocando ciertos problemas de sueño (Barbarroja, 2009). Su sobreactivación motora es excesiva y se hace más evidente sobre todo en momentos en los que la situación es estructurada u organizada y se requiere un mayor autocontrol (Tomàs, et. al., 2003, 173).

Debemos tener en cuenta, que estas tres características de inatención, hiperactividad e impulsividad, suelen ser propias de los niños, principalmente si estamos hablando de niños que se encuentran en la etapa de Educación Infantil, por lo que, debemos prestar atención a si estos síntomas se manifiestan de un modo mucho más intenso que lo esperado para la edad del niño, tanto cronológica como mental (Orjales, 2009). En el Anexo 2 expongo los criterios diagnósticos de los dos principales sistemas de clasificación internacional. Con estos criterios diagnósticos lo que se pretende es establecer las condiciones y los síntomas que se deben dar en los pacientes para realizar un diagnóstico. No voy a profundizar en exceso en este aspecto porque considero que solo un profesional especializado puede hacer un diagnóstico con precisión. Padres y profesores sólo podremos contribuir al mismo aportando datos de nuestra observación ya que pasamos mucho tiempo con los niños, pero nada más. La razón de presentar estos criterios es poder conocer más a fondo algunas de las características y síntomas de este trastorno.

En cuanto a la clasificación del TDA-H realizada por la APA en el DSM-V (2013, p.61) distinguimos entre: (i) Presentación combinada (si se cumplen el criterio inatención y el criterio hiperactividad-impulsividad durante los últimos 6 meses); (ii) Presentación predominante con falta de atención (si se cumple el criterio inatención pero no se cumple el criterio hiperactividad-impulsividad durante los últimos 6 meses); (iii) Presentación predominante hiperactiva-impulsiva (si se cumple el criterio hiperactividad-impulsividad y no se cumple el criterio inatención durante los últimos 6 meses), y, (iv) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado (cuando el niño presenta síntomas de desatención o de hiperactividad-impulsividad pero sin cumplir todos los criterios anteriores).

A pesar del acuerdo al que se ha llegado sobre las características primarias del TDA-H, este no es un trastorno que se defina únicamente por dicha triada. De hecho, es difícil que se presenten en exclusiva los síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad. Copeland y Love (2006) describen su sintomatología en “diez características no siempre coincidentes: inatención y distrabilidad, hiperactividad, impulsividad, desobediencia, necesidad continua de atención por parte de los padres, inmadurez, dificultades académicas, dificultades emocionales, pobreza de competencias y habilidades sociales y problemas de interacción familiar” (citados por Vaquerizo-Madrid y Cáceres Marzal, 2006, p.24). En la misma línea, Amador, Forn, Guàrdia y Però (2006, p.696), consideran que cada caso es diferente y que no en todos los niños diagnosticados con TDA-H estarán presentes todas las características al mismo tiempo, ni tampoco las mismas. Muchos estudios determinan que los síntomas van cambiando a lo largo del desarrollo de la persona en función de la edad y del sexo. En estudios llevados a cabo por ellos y por otros autores como Vaquerizo-Madrid (2005) se obtienen como resultado que los niños pertenecientes a la etapa de Educación Infantil obtienen puntuaciones más altas en los síntomas de hiperactividad-impulsividad que en los de inatención, y estas puntuaciones son mayores que las de los niños de más edad.

Centrándonos en la primera infancia, según señala Barbarroja (2009, p.4), los pequeños comienzan a sufrir este trastorno casi desde el nacimiento. Por este motivo es fundamental conocer los síntomas de la hiperactividad infantil. Para ello, Barbarroja ha elaborado unos indicadores por edad de la etapa correspondiente a la Educación Infantil: (i) De 0 a 2 años, indica que deberíamos observar si los niños presentan descargas mioclónicas durante el sueño, problemas en el ritmo del sueño y durante las comidas, periodos cortos de sueño y despertares con sobresalto, resistencia a los

cuidados habituales, irritabilidad y reactividad elevada a los estímulos auditivos; (ii) De 2 a 3 años podríamos encontrar una inmadurez en el lenguaje expresivo, sobreactivación motora, escasa conciencia de peligro y además pueden ser propensos a sufrir muchos accidentes; (iii) De 4 a 5 años, problemas para adaptarse al medio social, problemas para seguir las normas y desobediencia constante; y, (iv) A los 6 años y de esa edad en adelante, comportamientos antisociales, elevada impulsividad y déficit de atención.

En la misma línea, Vaquerizo-Madrid y Cáceres Marzal (2006, p. 26) plantean nueve signos de alerta evolutivos del TDA-H en niños de 3 a 5 años pertenecientes a la etapa de Educación Infantil: (i) rabietas y frecuentes accidentes en casa o en la escuela; (ii) escaso juego social asociativo y cooperativo con el resto de iguales; (iii) refieren juegos de ejercicio y deporte antes que juegos educativos; (iv) tienen actitud destructiva hacia los juguetes y un escaso interés por el juego con ellos; (v) presentan un cierto retraso en el lenguaje; (vi) torpes a nivel motor con cierto retraso en el desarrollo de la motricidad fina adaptativa; (vii) dificultades en el aprendizaje de colores, números y letras; (viii) dificultades en el desarrollo de la capacidad de dibujo y problemas en la comprensión de la figura humana a través del dibujo; y, (ix) inmadurez emocional y alteraciones en la manifestación de la afectividad, con llantos y risas inapropiadas y unas respuestas emocionales desproporcionadas.

Miranda, et. al., (2001); Green y Chee (2001); Bauermeister (2002); Polaino-Lorente y Ávila (2004); Van-Wielink (2005); Vallés (2006); Vaquerizo-Madrid y Cáceres Marzal (2006); Lavigne y Romero (2010); Marco, Grau y Presentación (2011) también nos informan de cuáles son los primeros signos de TDA-H en la primera infancia. En los tres primeros años de vida, los niños con TDA-H presentan dificultades para dormir y para comer y suelen ser bebés muy irritables, siendo muy difícil consolarlos puesto que se resisten al afecto. Hasta los dos años pueden demostrar tener ciertos retrasos en el desarrollo del lenguaje y en el desarrollo motor. A los tres años comienzan a presentar conductas inadecuadas a su edad, con una notable desobediencia y escasa tolerancia a la frustración y a los cambios. No suelen reflexionar antes de actuar y la impulsividad también comienza a manifestarse en mayor medida por lo que estos niños tienen una mayor tendencia a sufrir accidentes. Además empiezan a presentar un cierto retraso en la motricidad fina adaptativa y en la coordinación, que continúan. Antes de los 3 años suelen aparecer los primeros síntomas de este trastorno (Green y Chee, 2001, p.216) y de 3 a 5 años, tal y como señala Van-Wielink (2005, p.45), pueden ser identificados de 60% a 75% de los niños con TDA-H. A estas edades los

niños ya presentan problemas para adaptarse socialmente y tienen dificultades para comportarse en público. De 4 a 6 años, ya en edad escolar se producen grandes cambios. El TDA-H empieza a interferir en su aprendizaje. Los problemas en la conducta se agravan, siendo un niño cada vez más desobediente e impulsivo. Muchos padres describen a sus hijos con “un temperamento explosivo, no sabe jugar solo, no se entretiene con nada durante más de diez minutos y las relaciones con sus compañeros no son buenas, se caracterizan por peleas y discusiones continuas” (Polaino-Lorente y Ávila, 2004, p.38). Suelen tener rabietas muy frecuentes por cosas sin importancia y los castigos no suelen ser muy eficientes porque a estas edades no asocian que el castigo se deba a su mala conducta y culpan a los otros. Comienzan a desarrollar problemas de adaptación social e inmadurez en el lenguaje a la hora de expresarse. Durante esta etapa preescolar, autores como Vaquerizo-Madrid y Cáceres Marzal (2006) señalan que “el retraso en el lenguaje oral está presente en casi el 30% de los niños con TDA-H” (p.26). También tendrán dificultades para adquirir hábitos correctos de higiene (lavarse los dientes después de cada comida, lavarse las manos, ducharse...) y académicos. A la hora de jugar, además de no saber jugar solos como he mencionado anteriormente, su juego es muy poco constructivo y simbólico y hacen un uso estereotipado y monótono de los juguetes (Miranda, et. al., 2001; Vallés, 2006), tienden a tener una conducta destructiva con los juguetes, no saben seguir las instrucciones y normas del juego, tratan de imponer su voluntad a los demás, tampoco toleran perder y su conducta durante el mismo suele ser más violenta que la de sus compañeros, lo que genera cierto rechazo.

Como podemos observar, el TDA-H no es un trastorno que aparezca repentinamente a los 6-7 años sino que sus síntomas ya están presentes en edades anteriores, siendo necesarios una correcta observación de los mismos y un diagnóstico temprano que permita una intervención eficaz.

4.5 Dificultades asociadas y comorbilidad

Como he mencionado en el punto anterior, a pesar de la triada de síntomas más característicos del TDA-H, estos niños presentan de un modo general, una serie de problemas asociados que, no se consideran criterios diagnósticos y en ocasiones son resultado de los síntomas primarios de dicho trastorno, pero conviene tratarlos y conocerlos. La gravedad de este trastorno no solamente se debe a sus síntomas más conocidos sino también a su influencia para aumentar la vulnerabilidad del niño hacia otras dificultades (Taylor 1990). En este sentido, Moreno (2007) considera que es

imposible elaborar un único perfil que abarque a todos los niños con TDA-H, tal y como mencionaban algunos de los autores anteriores, puesto que se trata de un grupo muy heterogéneo. A pesar de ello, las áreas en las que se concentran las dificultades que presentan son: problemas a nivel cognitivo, conductual, escolares, sociales y emocionales, principalmente. Por su parte, a nivel cognitivo, Lavigne y Romero (2010) mencionan a Barkley quien “parte de la base de que el déficit en la inhibición comportamental producirá un impacto adverso sobre la autorregulación y cuatro funciones ejecutivas” (p.20), que son, “la memoria de trabajo verbal, la memoria de trabajo no verbal, el control de la motivación, las emociones y el estado de alerta y la función de reconstitución, que consiste en diseñar acciones eficaces a partir de conductas aprendidas” (Orjales, 2009, p.100). Entendemos, por lo tanto, que del problema inhibitorio de la conducta se derivan todos los demás.

Respecto a la atención y memoria, van prácticamente unidas. Los niños con TDA-H tienen dificultades para captar la idea principal o mantener la atención en una tarea durante cierto tiempo, lo cual afectará a la memoria. Tienen dificultades para recordar por ejemplo, instrucciones, normas y también para retener información (Green y Chee, 2001). De acuerdo con Orjales (2005, 2009), los niños suelen tener dificultades para recordar determinadas cosas aprendidas antes y utilizarlas en el momento actual, lo cual genera problemas también a la hora de aprender de los errores, actuar de manera impulsiva, adelantarse a los acontecimientos, planificar tareas, etc. Parece que viven únicamente en el presente. Cuando hablamos de hábitos y rutinas, hablamos de automatización de conductas, y los niños con TDA-H tienen muchas dificultades para ello, algo que está relacionado con el retraso en el desarrollo del lenguaje interno. Este lenguaje es una guía que nos ayuda a controlar la conducta y realizar por ejemplo, tareas que constan de varios pasos (Aller, 2013). Barkley (1997, citado por Bielsa, et. al., 2003, p.33) y Orjales (2009), demuestran que los niños con TDA-H presentan ciertas dificultades en el sentido del tiempo. Por lo tanto, tienen problemas en todas aquellas tareas relacionadas con él. Esto les lleva a dificultades en la planificación y la espera. Apenas hacen mención a hechos del pasado o del futuro. Las dificultades que tienen en relación a la noción temporal afectan muchas de las actividades de la vida cotidiana de los niños con TDA-H, quienes según señala Parellada, (2009c), aprenden a utilizar el reloj, la agenda o el calendario, más tarde que el resto de niños con su misma edad. Son muy impulsivos lo que hace que no reflexionen antes de actuar, que no se autocontrolen y no respeten las reglas. Esta impulsividad y el deseo de obtener las cosas de inmediato les puede llevar a tener una baja tolerancia a la frustración.

Además no son objetivos al analizar los acontecimientos, tienen dificultades para motivarse a sí mismos, etc. Suelen utilizar mucho el lenguaje externo acompañando a la tarea que estén realizando en ese momento, normalmente expresan emociones negativas acerca del éxito de la actividad y frustraciones. Todo lo que se les pasa por la cabeza, lo verbalizan al momento (Orjales, 2009). Los niños con TDA-H suelen presentar un comportamiento totalmente imprevisible y además no es un comportamiento apropiado para su edad. Su impulsividad hace que quieran llevar a cabo todo lo que se les pasa por la cabeza y esto continuamente les lleva a meterse en "líos". En ocasiones pueden parecer desafiantes con los adultos, tienen dificultad en aquellos comportamientos que exijan reglas poco flexibles y tienen una cierta tendencia a destruir los juguetes y a tratar de ser el centro de atención en todo momento. He de mencionar que estos niños se comportan mejor de manera individual que en situaciones grupales (Bielsa, et. al., 2003, p.31) lo cual causa dificultades con los demás niños. Parellada (2009c, p.141) calcula que prácticamente todos los niños con TDA-H llevan asociados problemas de comportamiento (faltas de disciplina, poco respeto hacia las normas y cierta desobediencia) y un 15% de ellos reciben un diagnóstico propio como puede ser un trastorno disocial o de conducta, como veremos más adelante.

En cuanto a las dificultades en el ámbito escolar, la frecuente inatención, los problemas de reflexión, el exceso de actividad motora o la poca capacidad de memoria, entre otras dificultades, interfieren a menudo en el aprendizaje del niño, provocando un rendimiento escolar no muy satisfactorio si no se trabaja en ello (Quirós y Joselevich, 2003; Pujol, et. al., 2006). Aunque no todos los niños cumplan los criterios de diagnóstico de un trastorno de aprendizaje, la mayoría presentarán dificultades académicas, concretamente, alrededor de un 60-80% (Barkley, 1982, citado por Orjales, 1998, p.57). Con frecuencia, solemos escuchar comentarios como "podría hacer más de lo que hace", "es un vago", "cuando quiere, hace las cosas bien" referidos a los niños con TDA-H. Realmente, lo que ocurre, es que suelen ser un tanto irregulares en su rendimiento y éste suele ser inferior a su capacidad, como afirma Parellada (2009c, p.143). Hay ocasiones en las que para realizar determinados juegos o actividades, es necesario un gran nivel de concentración y de perseverancia que choca con la impulsividad e inatención propia de los niños con TDA-H.

A pesar de que estos niños disponen de un lenguaje suficiente, pueden tener dificultades en su integración y cuando realizan tareas lingüísticas su rendimiento suele ser inferior al de aquellos niños que no tienen TDA-H. Presentan, con frecuencia,

una pragmática peculiar, experimentan problemas para reconocer el turno de palabra, tienen dificultades para adaptar su lenguaje al interlocutor, por lo que se dirigen igual cuando hablan con profesores, padres o compañeros de clase, muestran dificultades en la comprensión y fluidez lectora (Orjales, 1998; Miranda, et. al., 2001). Las dificultades de atención, de control motor, la torpeza motora influyen en la comprensión del lenguaje y la falta de agilidad y fluidez, cuestión que condiciona desde edades inferiores a los 5 años, el aprendizaje pragmático-comunicativo (Love y Thompson, 1988; citados por Vallés 2006, p.151). El área de las matemáticas también puede encontrarse afectado (Orjales, 1998, Green y Chee, 2001).

A nivel motriz, los niños con TDA-H suelen tener movimientos torpes, rígidos y sin flexibilidad, sin ritmo, necesitan tiempos mayores de reacción motriz a un estímulo. Respecto a la motricidad fina, tienen un escaso control de la fuerza y el movimiento, afectando a la escritura, ejercicios de ensartado, atar cordones, etc. (Orjales, 1998; Miranda, et. al., 2001; Vallés, 2006). En ocasiones, esta torpeza motriz se debe a una escasa atención a los estímulos del entorno y no es más que una manifestación de las dificultades para autorregular el comportamiento, de ahí que realicen los movimientos de un modo brusco y con falta de precisión. De todos modos, cuando los niños llevan a cabo tareas motrices bajo un sistema de incentivos y motivaciones, proponiéndoles su realización con cuidado, consiguen hacerlo con eficacia, pero si la tarea se alarga, comienza a aparecer cierta fatiga e inquietud (García y Magaz, 2004).

En cuanto a su desarrollo socioemocional, presentan un nivel de madurez inferior al que les correspondería por su edad. Su forma de relacionarse suele ser intensa y descontrolada, tienen problemas para seguir las normas, son mandones y a veces entrometidos, lo cual puede causar cierto rechazo (Quirós y Joselevich, 2003) entre sus compañeros. Las relaciones familiares tienden a ser, en cierto modo, conflictivas (Orjales, 2009). Su labilidad emocional hace que los niños con TDA-H presenten con frecuencia cambios bruscos de humor fuera de tono, se irritan con facilidad, poca tolerancia a la frustración, no aceptan sus errores, etc. Las personas que conviven con ellos describen su situación emocional como, un temperamento variable, con “explosiones”, así como un estado de ánimo decaído. Los cambios de humor pueden irse de repente, tal y como llegaron, pueden enfadarse de un modo desproporcionado pero al cabo de poco tiempo actuar como si nada hubiera pasado (Bielsa, et. al., 2003; Orjales, 2005). Muestran a menudo sensibilidad a los estímulos externos, tanto el sentido positivo como negativo, lo cual puede manifestarse en cambios de ánimo bruscos, gritos y lloros desproporcionados, etc. (Parellada, 2009c), es decir, tienen

dificultades para regular las emociones y mantenerlas en una correcta intensidad (Aller, 2013). Además presentan una escasa capacidad de ponerse en el lugar de los demás (Vallés, 2006). Normalmente la valoración de uno mismo se va construyendo en parte a partir de la valoración que los demás le transmiten y a estos niños siempre suelen llegarles mensajes de inadecuación en el comportamiento social, mal comportamiento, maldad, etc., que van alimentando la idea de sí mismos (Parellada, 2009c, p. 148).

Al niño con TDA-H se le describe con frecuencia como una persona alegre, entusiasta, etc. Sin embargo, en su vida diaria en el aula puede estar sometido a pequeñas situaciones frustrantes como por ejemplo, olvidar el bati, empujar en la fila..., que irán generando efectos negativos en él como la sensibilidad a la frustración (Orjales, 2005). También influye en su baja autoestima la impopularidad que pueden tener en el colegio por no respetar las normas del juego, los turnos o ser más agresivos a la hora de jugar (Bielsa, et. al., 2003). Los niños con TDA-H tienen dificultades de interacción y cooperación con otros niños, no aceptan ser dirigidos por otros niños ni el seguimiento de normas. Según Bielsa, et. al. (2003) y Orjales (2009) muchos padres se quejan de que sus hijos con TDA-H nunca son invitados a jugar a las casas de sus amigos. Todos estos pequeños fracasos acumulados, los intentos por hacer amigos, el rechazo de sus compañeros las críticas y reproches de los adultos le afectan emocional y afectivamente. (Orjales, 2009).

En definitiva, según Brown (2006,2009, citado por Aller, 2013, p. 194) las emociones en el TDA-H son muy rápidas e intensas, lo que hace que los niños sean muy reactivos. Los pequeños retrasos en el desarrollo lingüístico, motor y social, no son problemas específicos del TDA-H pero suelen concurrir de manera frecuente. Al igual ocurre con los problemas en el aprendizaje. Además, no es necesaria la existencia de un trastorno de aprendizaje para que el niño con TDA-H presente dificultades a nivel académico (APA, 2013).

Dentro del TDA-H, nos encontramos también con niños que presentan TDA-H ampliado, o complicado con comorbilidad, en el que aparecen síntomas de otros procesos que, separados del TDA-H constituyen otros trastornos independientes que reciben el nombre de “trastornos comórbidos” (Soutullo y Díez, 2007, p.58) o “trastornos exteriorizantes” (APA, 2013, p.32). Atendiendo a las aportaciones de Brown (2003, citado por Moreno, 2007, p.30) existe un gran consenso en lo que se refiere a asociación y comorbilidad del TDA-H con otros trastornos. La comorbilidad no es una situación excepcional sino que es muy frecuente (APA, 2013; Biederman, 1996, citado

por Bielsa, et. al., 2003, p.51). Según Barkley (2006, citado por Vaquerizo-Madrid y Cáceres Marzal, 2006, p.25), el 75% de los preescolares y el 80% de los escolares poseen un trastorno asociado al TDA-H. Muchos niños con TDA-H presentarán un trastorno añadido, pero tal y como afirman Pujol, et. al. (2006), “se calcula que alrededor del 32% tendrán asociados dos trastornos y un 11% tres o más” (p.8). Hay ocasiones en las que las dificultades que muestran los niños con TDA-H pueden llegar a convertirse en trastornos y, por consiguiente, si no intervenimos tempranamente y con un tratamiento adecuado, aumentarán las complicaciones. Parellada (2009c), dice que “algunos trastornos se asocian al TDA-H desde su comienzo y otros se asocian porque uno, con alguna frecuencia, lleva al otro” (p.152).

A continuación, vamos a estudiar algunos de los trastornos comórbidos con el TDA-H más frecuentes y en qué consisten (Anexo 3).

4.5.1. Trastornos de la conducta

Según el DSM-V (APA, 2013), el trastorno negativista desafiante concurre con el TDA-H en la mitad de niños con presentación combinada y en una cuarta parte de niños con presentación predominantemente inatenta. Otro trastorno asociado frecuente, es el trastorno de conducta que afecta a al menos una cuarta parte de los niños con presentación combinada. El trastorno oposicional, o negativista desafiante, se presenta entre el 30-50% de niños con TDA-H aproximadamente (Soutullo y Díez, 2007, p.59; Green y Chee, 2001, p. 57; Biederman, 1991, citado por Bielsa, et. al., 2003, p.51). Los niños que lo manifiestan suelen ser hostiles, suelen discutir mucho las órdenes que se les dan y hacen lo contrario a lo que se les manda. Además tienden a tener actitudes desafiantes, pero no llegan a la violación de los derechos de los demás ni de las normas sociales, como ocurre con el trastorno de conducta (Green y Chee, 2001; Soutullo y Díez, 2007; Scandar, 2003a; Parellada, 2009; Lavigne y Romero, 2010; Álvarez, Soutullo, Díez, Figueroa, 2013).

El trastorno de conducta es la forma más grave de trastornos del comportamiento y algunos autores como August (2006) y Ferguson (2007, citados por Álvarez et. al., 2013, p.91), consideran que el paso de niños con TDAH a consumir sustancias en el futuro, está mediado por el trastorno de conducta.

4.5.2. Trastornos emocionales

Según estudios de Riddle y Rapoport (1976, citados por Taylor 1990, p.206), alrededor de un 20% de niños con TDA-H merece un diagnóstico de trastorno emocional. En cuanto a los trastornos que tienen a la ansiedad como eje central (fobias, pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, etc.), se ha encontrado una asociación de comorbilidad

con el TDA-H de aproximadamente el 25-50% (Bielsa, et. al., 2003). La ansiedad, la tristeza, miedo a dormir solos, miedo a separarse de los padres o la baja autoestima suelen estar presentes en los niños hiperactivos pero en muchas ocasiones, estos problemas se agravan y pasan a convertirse en un trastorno adicional. Son más frecuentes en niñas y en el subtipo de TDA-H con predominio inatento (Álvarez et. al., 2013). Dentro de los trastornos del estado del ánimo, podemos encontrar la depresión y los trastornos bipolares (Lavigne y Romero, 2010; Álvarez et. al., 2013). Los niños con TDA-H y depresión, son niños que parecen siempre cansados, se sienten solos, son irritables, no tienen hambre, tienen problemas para dormir, sensación de culpabilidad, pierden interés hacia las cosas, etc. (Scandar, 2003a; Lavigne y Romero, 2010; Álvarez et. al., 2013). Se da, sobre todo, en la adolescencia y su prevalencia en niños y adolescentes con TDA-H es de 6-38% (Álvarez et. al., 2013, p. 97). Atendiendo a Parellada (2009c), la comorbilidad real entre TDA-H y trastorno bipolar (en el que se alternan o se asocian episodios depresivos con episodios de manía, Soutullo y Díez, 2007) es probablemente muy baja, aunque no existe un consenso sobre este tema. En la misma línea, autores como Costello (1996, citado por Bielsa, et. al., 2003, p.58) describen que la relación TDAH-Bipolaridad es bastante extraña.

4.5.3. Trastornos del aprendizaje

Alrededor del 50% de los niños con TDA-H presenta un trastorno de aprendizaje (Green y Chee, 2001, p.56). Según Parellada (2009c) y Álvarez et. al., (2013), lo que ocurre con estos trastornos es que las adquisiciones evolutivas tienen un desarrollo más lento o inadecuado de lo que correspondería por la edad cronológica o mental del niño. Los trastornos específicos de aprendizaje que acompañan con más frecuencia a los niños con TDA-H son: trastornos del lenguaje, lectura (Dislexia), escritura (Disgrafía), matemáticas (Discalculia) (Parellada, 2009c). Esto tendrá gran repercusión en el rendimiento académico y en la autoestima del niño.

La Dislexia tiene una prevalencia en niños con TDA-H del 8-38%, la Discalculia entre un 12-30%, y la Disgrafía, entre el 12-27% (Scandar, 2003a, p.72; Álvarez et. al., 2013, pp.107-108).

En cuanto a los trastornos en el lenguaje, abarcan las dificultades de lenguaje expresivo, receptivo, dificultades de comprensión y producción, trastornos fonológicos y disfluencias (Scandar, 2003a). Las dificultades fonológicas y los retrasos en el lenguaje, pueden derivar en dificultades en el aprendizaje de la lectoescritura (Álvarez, et. al., 2013).

4.5.4. Trastornos de la coordinación

Los trastornos en el desarrollo de la coordinación son habituales en los niños con TDA-H. Estudios realizados por Kadesjo y Gillberg (2001, citados por Vallés, 2006, p.142) demuestran que un 47% de estos niños presentan disfunciones motoras que afectan a la coordinación, la escritura y otros aspectos psicomotores afectando a las actividades cotidianas (DSM-IV, citado por Bielsa, et. al., 2003, p.61). Barkley (1997, citado por Bielsa, et. al., 2003, p.61) asegura que las dificultades que tienen los niños con TDA-H en la inhibición afectan a las habilidades motoras.

4.5.5. Trastornos de tics

Los tics suelen ser frecuentes y transitorios en niños en edad escolar, afectando entre un 4-14% (Moyano, 2003, p.85). Según Parellada (2009c), se trata de “movimientos o producciones vocales bruscos, repetitivos y estereotipados”, (p.164), de contracciones “nerviosas e involuntarias” (Miranda, et. al., 2001, p.39). Como tics motores podemos encontrar, parpadear, hacer muecas, encogerse de hombros, etc. Y respecto a los tics vocales, carraspear, resoplar, emitir ruidos, etc. (Lavigne y Romero, 2010).

Se calcula que un 60% de los niños con tics tienen TDA-H (Spencer, 1998), mientras que sólo el 10% de los niños con TDA-H tienen tics (MTA, 1999, citado por Álvarez et. al., 2013, p. 109). El caso más extremo de tics es lo que se conoce como Síndrome de la Tourette, donde los tics son motores y vocales (Álvarez et. al., 2013).

4.5.6. Trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual

En cuanto a la discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista, son menos frecuentes. Según Vaquerizo-Madrid (2005) y Vallés (2006), hay niños con TDA-H que pueden manifestar rasgos del espectro autista como esterotipias motoras, alteraciones en el lenguaje, en el ámbito social y comportamental, etc. Según el DSM-V (APA, 2013), se pueden diagnosticar los dos trastornos de manera simultánea. Actualmente se reconoce la importancia de diagnosticar y tratar los dos trastornos si se dan de manera simultánea aunque los expertos consideran en que si se dan los síntomas de TEA, el tratamiento de éste debe prevalecer con respecto al del TDA-H (Álvarez et. al., 2013). Autores como Faraone (2007) o Yoshimasu (2012), afirman que las personas con TDA-H tienen un riesgo cuatro veces mayor de uso de sustancias (citados por Álvarez et. al., 2013). Según Álvarez et. al. (2013) entre un 20-25% de niños con TDA-H presentan problemas de sueño previos a cualquier tratamiento farmacológico, por lo que este problema no se podría atribuir a esta causa.

Antes de proceder a abordar el siguiente punto me gustaría puntualizar que tanto las características y dificultades de los niños con TDA-H como los trastornos comórbidos

que hemos tratado a lo largo de estas páginas, son aspectos generales. No todos los síntomas o dificultades se manifiestan en todos los niños con TDA-H, y tampoco de la misma manera. Aún existen muchos interrogantes sobre este trastorno pero, hay una serie de factores de protección, como el apoyo social, la estabilidad familiar o el apoyo de personas importantes para el niño que unidos a pautas educativas adecuadas contribuyen a un menor deterioro, en cuanto a los síntomas y dificultades conocidas (Bauermeister, 2002; Moreno, 2005).

4.6 Análisis de la situación actual del TDA-H en la etapa de Educación Infantil

Todo el marco teórico expuesto en los epígrafes anteriores sustenta la actualidad del tema escogido para este Trabajo Fin de Grado y lo convierte en relevante en el ámbito educativo, sanitario y social. El trastorno ha despertado un gran interés social en los últimos años debido, entre otros aspectos, a su alta prevalencia, las consecuencias negativas que tiene en el ámbito personal, familiar, social y escolar y su frecuente asociación con otros trastornos (Brown, 2003, citado por Presentación, et. al., 2009, p.19, Moreno, 2013). Como hemos podido observar, el TDAH es un trastorno que comienza en edades tempranas. Los datos aportados por Vaquerizo- Madrid (2005, p.26) y éste junto con Cáceres Marzal (2006, p.25) demuestran que el TDA-H ocupa el primer lugar en la psicopatología infantil con un 86% de consultas atendidas. Más de un 30% de los casos (cifra en crecimiento), consultan antes de los 7 años de edad y sólo un 10% después de los 14, lo que evidencia claramente la importancia que tiene la etapa preescolar en este trastorno. Tanto familias como profesionales piden que el diagnóstico sea lo más precoz posible, en la etapa de Educación Infantil, para así intervenir y paliar las dificultades existentes y prevenir las futuras, evitando de esta manera que los síntomas del TDA-H se agraven, ya que en esta etapa las posibilidades de mejora son enormes.

Actualmente, siguiendo los criterios del DSM-V y la CIE-10, se pone como límite de edad los 12 y 6 años para pensar en el diagnóstico. Sin embargo, esta edad en muchos casos es excesiva, ya que los problemas familiares y escolares son suficientemente graves como para intervenir y diagnosticar antes, a pesar de que el diagnóstico en la etapa de Educación Infantil sea complicado. Además, las academias americanas de psiquiatría, neurología y pediatría consideran posible el diagnóstico de TDA-H a partir de los tres años. En los últimos años, distintos organismos internacionales (OMS, Red Europea de Promoción de la Salud Mental, U.S. Department of Health and Social Services, etc.) se han pronunciado en este sentido

destacando la importancia de la promoción y protección de la salud mental infantil, especialmente en menores de 6 años y de la detección precoz de todo aquello que afecte a la misma, por su trascendencia y cronicidad (Garrido et. al., 2013). El debut del 75% de los casos de TDA-H se produce antes de los 5 años y la mayoría de las veces entre los 3 y los 4 (Garrido et. al., 2013). En el tramo de edad comprendido entre 3-4 años, ya la mitad de los padres (aproximadamente un 53%) empiezan a observar y a darse cuenta de los primeros síntomas de TDA-H en sus hijos (Calderón-Garrido, 2003, citado por Vallés, 2006, p.102). Montoya-Sánchez y Herrera-Gutiérrez (2014, p.5) nos aportan algunos de estos síntomas destacados del TDA-H en la Educación Infantil, que nos pueden servir de indicadores (Anexo 4). Tal y como señala Artigas-Pallarés (2004, citado por Vallés, 2006) “en el tramo de edad comprendido entre los 3 y los 5 años los rasgos de inquietud e hiperactividad [...] son una manifestación frecuente de muchos trastornos del desarrollo y de alteraciones conductuales y socioafectivas e incluso de normalidad” (p.102), por ello debemos tener especial atención.

En estas edades, por tanto, puede resultar complicado, que no imposible, diferenciar entre las características y el comportamiento propio de los niños de esta edad y los síntomas del TDA-H. La diferencia radica en si las conductas del niño le dificultan su adaptación al entorno y además interfieren en su desarrollo de manera negativa. Si esto es así se deben empezar a valorar (Vallés, 2006).

En la actualidad, la detección precoz, el desarrollo de instrumentos precisos de diagnóstico, el análisis de los factores implicados o la identificación de factores genéticos y neurológicos implicados, constituyen líneas abiertas de investigación (Moreno, 2013, p.27).

En definitiva, el TDA-H es un trastorno muy conocido del que existe un flujo muy extenso y cada vez mayor de información entre profesionales, padres y la sociedad en general (Moreno, 2013, p.26). Sin embargo, a pesar de este desarrollo científico alcanzado en los últimos tiempos, existe otra cara acerca de la actualidad del TDA-H: la de las especulaciones acerca del trastorno y la errónea concepción del mismo que se extiende entre buena parte de nuestra sociedad y que generan cierta confusión (Anexo 5). Como decía al inicio de este trabajo, el TDA-H no es un “boom” actual, sino que fue descrito de manera rigurosa ya hace más de 100 años. El interés que hay hoy día por él, puede hacernos pensar que se trata de una “epidemia”. Pero lo que ocurre no es que ahora haya más niños con TDA-H sino que hay una mayor información, investigación y formación de profesionales para su diagnóstico. Hace unos años lo que

ocurría es que, o pasaba desapercibido, o se encubría bajo la etiqueta de “niños malcriados”, o no se diagnosticaba de una manera correcta. Sin embargo, a pesar de que ahora sepamos más sobre este trastorno, sigue habiendo muchos niños que no son diagnosticados de forma adecuada y aún podemos encontrarnos algunos profesionales que no han tomado conciencia de la gran importancia que supone este problema (Green y Chee, 2001) y las repercusiones que tiene en la vida del niño y de sus familiares.

Desde mi escasa experiencia en este ámbito, muchas veces por el desconocimiento que tenemos sobre este trastorno, tendemos a guiarnos por falsas creencias y encasillar a los niños sin un previo diagnóstico. Por ejemplo, colocándoles la etiqueta de niños hiperactivos a aquellos que simplemente son niños inquietos y atribuyéndoles la etiqueta de vagos y perezosos a aquellos que realmente lo que presentan es un déficit de atención. Solemos asociar esta dificultad con niños maleducados, desobedientes, vagos, traviesos y en muchas ocasiones se culpabiliza a los padres por una inadecuada educación desde el hogar o a las escuelas, sin tener culpa alguna. En definitiva, cargamos al niño de pesadas etiquetas sin fundamento y lo único que conseguimos con esto es, no solo no brindarle ayuda para afrontar el problema sino ponerle trabas y zancadillas para su mejora.

A continuación vamos a tratar de despojarnos del lastre que suponen algunos de los mitos sobre este trastorno del que se habla mucho pero se sabe poco.

Los doctores Caballero, Costarelli e Izquierdo (2015), responsables del programa de Trastornos de Conducta Infantil, tratan de responder a una pregunta muy sonada en los últimos tiempos, “¿un niño movido, ya es un niño con TDA-H?”. El TDA-H se caracteriza principalmente por inatención, impulsividad e hiperactividad, aunque no son estos sus únicos síntomas y no se dan de manera homogénea. Un aspecto esencial para el diagnóstico de TDA-H es que los síntomas se manifiesten en todos los ámbitos de la vida del niño y que afecten tanto a la adaptación social como al rendimiento académico. De igual modo, el TDA-H puede cursar con otros trastornos psiquiátricos. Por otro lado, un niño inquieto es solo eso, un niño nervioso que no presenta dificultades en ninguno de los ámbitos mencionados anteriormente, se relaciona bien con los demás, también en el entorno familiar. Por tanto, la diferencia principal entre un niño con TDA-H y uno inquieto es que este último no presenta un malestar psicológico significativo ni su inquietud le provoca repercusiones graves en el resto de ambientes en los que se desenvuelve (Diario Vasco, 2015). Los niños con TDA-H tampoco son niños malcriados que hayan recibido una educación equivocada o

vivan en un ambiente familiar poco adecuado, como podemos observar en la figura del Anexo 5. El origen del TDA-H no se encuentra en estos factores, pero sí que pueden influir en el desarrollo de los síntomas y su evolución sin ser determinantes ni originarios del trastorno (Green y Chee, 2001; Orjales, 2009; Montoya Sánchez y Herrera-Gutiérrez, 2014). Otras personas, cuando se habla de TDA-H enseguida lo identifican y equiparan con “esos niños que se mueven mucho”, pero esto no es del todo cierto. Aunque haya muchos niños con este trastorno que muestren síntomas claros de sobreactividad motora, muchos de ellos no la presentan, porque como bien hemos comentado anteriormente, las manifestaciones y síntomas del TDA-H son muy variadas y no se reducen únicamente al exceso de actividad (Green y Chee, 2001; Moreno, 2013).

En ningún momento el TDA-H se trata de una simple “inmadurez”. Este es un adjetivo muy utilizado por madres y sobre todo por profesores, para referirse a los niños con este trastorno. Es cierto que en innumerables ocasiones estos niños tienen comportamientos típicos de edades inferiores, pero no se trata de aspectos que con el paso del tiempo mejoren y permitan al niño alcanzar el nivel de rendimiento y adaptación de los demás, sino que es necesario un tratamiento específico en algunas áreas de su desarrollo. Por lo tanto, el adjetivo “inmadurez” no debería usarse bajo ningún concepto (Orjales, 2009). Muchos padres se muestran incrédulos al diagnóstico de TDA-H porque ven a sus hijos durante horas jugando al ordenador o a las maquinitas. Realmente no es incompatible pasar horas frente al ordenador o televisión con tener inatención. El niño con TDA-H no es que tenga menor capacidad de atención, es que tiene problemas para regularla (Orjales, 2009, p.51). Normalmente tienen problemas de atención continua a un estímulo monótono y lento y además la motivación influye mucho. Las tareas que presentan los ordenadores son muy cambiantes, dinámicas, atractivas y variadas.

Otros mitos desmentidos por García y Magaz (2004, p.42) son aquellos que aseguran que el TDA-H está originado por factores sociales de la época actual como pueden ser las exigencias del colegio, las excesivas actividades extraescolares a las que los niños están apuntados hoy en día o la influencia de la televisión o los videojuegos.

Para llevar a cabo un diseño de intervención adecuado es necesario que nos libremos de estas invenciones y fábulas y comencemos a guiarnos por informaciones veraces y argumentadas.

5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

5.1 Introducción

El TDA-H es un trastorno que afecta a todas las áreas del desarrollo del niño si no se emplea un tratamiento adecuado (a la edad y características del niño) en el momento adecuado. Además, puede provocar un gran deterioro en todos los ambientes en los que el niño se desarrolla. Esto es lo que Orjales (1998, 2009) ha denominado como “el efecto bola de nieve” (p.23 y p.191). De ahí que sea fundamental una detección temprana y una intervención que además prevenga dificultades futuras (Orjales, 2009). Actualmente, la mayor parte de los diagnósticos de TDA-H se realizan a partir de los 6-7 años. Sin embargo, muchos de estos niños ya precisan apoyos educativos desde la etapa de Educación Infantil. Las intervenciones dirigidas a alumnos con TDA-H en esta etapa resultan más efectivas que en edades posteriores puesto que las conductas inadecuadas y disruptivas aún no están muy consolidadas (Miranda, Uribe, Gil-Llario y Jarque, 2003, citados por Vallés, 2006, p.102). Además, la Educación Infantil es una etapa crucial para los niños, donde se producen grandes cambios muy significativos para su desarrollo.

El tema de la detección de TDA-H en niños de Educación Infantil (de 3 a 6 años) es controvertido y complicado. Pero a medida que los padres van estando más informados, demandan evaluaciones de sus hijos entre los 2 y los 6 años de edad. En muchas ocasiones, cuando acuden con 3 años a distintos médicos, éstos les dicen que es demasiado pronto para poder realizar un diagnóstico fiable. Sin embargo, el problema ya está ahí, el niño tiene un comportamiento que no se ajusta a lo esperado para su edad, es difícil de educar, los profesores se quejan y los padres son criticados sistemáticamente por malcriar a sus hijos (Orjales, 2008). De ahí que en muchas ocasiones, en esta etapa de la vida, sin tener confirmación o diagnóstico definitivo sobre un déficit concreto, simplemente con tener una mera sospecha, ya puede realizarse una cierta intervención para modular los síntomas del TDA-H, orientada a mejorar las competencias de los padres y crear un ambiente cálido, promover hábitos saludables, identificar conductas perturbadoras, conocer pautas educativas adecuadas, no sobreestimar al niño sino ofrecerle una cantidad y calidad de estímulos adecuada al momento y adaptar las exigencias a la capacidad de autocontrol emocional y comportamental (Garrido et. al., 2013, p.153). En ocasiones hemos de esperar para recibir un diagnóstico final, pero la intervención pedagógica no debe demorarse nunca.

El tratamiento que ha demostrado mayor efectividad con los niños con TDA-H es el multimodal, que combina componentes psicológicos, farmacológicos y pedagógicos con orientaciones para padres y profesores (Salas, Prieto, Simón, Blanco, Cagigal, Sandoval, Uroz, Serrano, Asensio, 2003, p.51; Herrera-Gutierrez et. al. 2003, p.14; Pujol, et. al 2006, p.12; Vásquez, Cárdenas, Fera, Benjet, Palacios, de la Peña, 2010 p.19; Lavigne y Romero 2010, p.177; Montoya-Sánchez y Herrera-Gutiérrez, 2014, p.5). El informe de consenso de la NIH (National Institute of Mental Health) publicado en el año 2000 insiste no solamente en la demostrada eficacia de los tratamientos farmacológicos sino que le otorga a los tratamientos multimodales un papel relevante (Jensen, 200, citado por Martínez, 2008, p.8). Se trata de una labor en equipo entre padres, profesores, pedagogos, médicos, psicólogos, etc., donde cada especialista tiene su propia zona de trabajo y su cometido, pero donde también es necesaria una coordinación puesto que todos luchan por un objetivo común (Bonet y Soriano, 2013). Según Salas et. al. (2003, p.102), la intervención deberá ser: (i) *Planificada*: debe ser diseñada específicamente para cada niño de forma individual y además deberá incluir momentos de evaluación para, en su caso, aplicar las modificaciones necesarias; (ii) *Proactiva*: no solo debe ir orientada a afrontar las dificultades presentes sino que deberá ir encaminada a prevenir problemas futuros; (iii) *Multiparticipativa*: en ella deberán intervenir distintos profesionales (médicos, psicólogos, psicopedagogos, profesores, padres, etc.); (iv) *Coordinada*: pues entre todos los agentes implicados deberá haber una coordinación y cooperación; (v) *Desarrollada en escenarios naturales*: en ambientes en los que vive habitualmente el niño (colegio, casa, barrio, parque, etc.) y en actividades cotidianas; y, (vi) *Orientada a un objetivo primordial*: la mejora de la calidad de vida del niño y su familia.

A esto se une, que debe ser totalmente individualizada (Herranz y Argumosa, 2000, p.89) y adaptada a cada niño y su familia.

En la actualidad, tiende a haber limitaciones para el tratamiento farmacológico en preescolares, ya que no suele estar indicado. Por ello, a estas edades la intervención psicopedagógica suele ser la primera actuación (Garrido et. al., 2013). Mediar o no mediar a un niño es una gran responsabilidad, y exige tiempo y medios necesarios para poder valorar en cada momento si es adecuado o no recurrir a ello (Orjales, 2009). Es por este motivo que en el presente trabajo he decidido prestar especial atención en la intervención pedagógica familiar y escolar puesto que son los primeros y principales núcleos de contacto con los que el niño pasa la mayor parte de su tiempo y además son un importante marco de referencia para él. Resulta fundamental llevar a

cabo una intervención pedagógica de manera conjunta entre familia y escuela, generando un ambiente adecuado, de comprensión y apoyo con el objetivo de evitar algunos obstáculos y superar otros de manera satisfactoria.

Por lo tanto, a partir de las aportaciones de autores como Orjales (1998), Green y Chee (2001), Bauermeister (2002), Joselevich (2003), Scandar (2003b), Salas et. al., (2003), Polaino-Lorente y Ávila (2004), Moreno (2005, 2007), Gargallo (2005), Colonna-Prete Suito (2005), Vallés (2006), Soutullo y Díez (2007), Parellada (2009b), Lavigne y Romero (2010), Ruiz Barquilla (2011), Aller (2013), Bonet y Soriano (2013), Abad-Mas, Ruiz-Andrés, Moreno-Madrid, Herrero y Suay (2013), propongo una serie de pautas y estrategias de apoyo que pueden orientar a los padres y los profesores sobre cómo actuar con niños pertenecientes a la etapa de Educación Infantil, especialmente en el último curso, que presenten TDA-H.

5.2 Propuesta de intervención familiar

La familia se considera el primer y más importante entorno social en el que se desarrollan los niños. Es el núcleo destinado a cubrir las necesidades que tienen en cada etapa evolutiva, lo cual conlleva una gran responsabilidad. Esta responsabilidad de proporcionarle a su hijo una respuesta adecuada a sus necesidades, es aún más compleja cuando se trata de niños con necesidades educativas especiales, como es el caso de los niños con TDA-H. En la mayoría de las ocasiones, los padres, se sienten aliviados cuando conocen el diagnóstico del niño, pues es mucho el tiempo que llevan percibiendo que algo no va bien, aunque no supieran qué era exactamente. La identificación de los problemas les permite tomar decisiones y disponer de los medios adecuados para ayudar a sus hijos (Moreno, 2007, p.72). Una vez hecho el diagnóstico, el siguiente paso es la aceptación y normalización del problema, lo que ocurre es que muchas veces los padres no saben, y no tienen por qué saber, cómo actuar ante una situación así y por ello sería conveniente que recibieran unas orientaciones o recomendaciones que luego ellos puedan llevar a cabo con sus hijos en sus hogares. Aceptar la realidad que supone el trastorno no es fácil y es frecuente que los padres se pregunten: ¿qué debo hacer o qué no debo hacer? (Anexo 6).

El camino a recorrer puede ser largo y con obstáculos pero debemos ser constantes y perseverantes en el trabajo diario, se trata de “una carrera de fondo, no de velocidad” (Aller, 2013, p.177). En definitiva, tanto el niño como los padres deben tener como principal objetivo “prevenir, mejorar y/o aprender a convivir con las dificultades” (Aller, 2013, p.182). Siguiendo a Moreno (2005, p.95; 2007, p.81) voy a centrar la

intervención familiar y las pautas y recomendaciones a las familias en tres grandes focos: habilidades personales y de comunicación, iniciativas ambientales para fomentar la inhibición y autocontrol del niño y actuaciones dirigidas al niño.

5.2.1. Habilidades personales y de comunicación

1. Tener una actitud positiva ante el trastorno y tratar de explicárselo al niño y a sus hermanos si tiene, en función de su edad, y que lo acepte, mostrándole lo que necesita saber sobre sus dificultades.
2. A estas edades los niños aprenden por observación e imitación, por lo tanto, los padres son un modelo para los niños y sus conductas fuente de imitación. Deben tener cuidado con su comportamiento y sus reacciones.
3. Deben fortalecer su vínculo con los niños, mostrarles confianza, que creen en ellos y en sus capacidades.
4. Deben ser empáticos y tener en cuenta el punto de vista y la perspectiva de sus hijos, comprender sus sentimientos y emociones y estar atentos a los mismos, así como motivarlos para que aprendan a tener en cuenta los sentimientos de los demás, por ejemplo a través de cuentos o títeres.
5. Tienen que entender que su comportamiento a veces desobediente no es voluntad suya, no es que pretendan desafiarnos ni saltarse nuestras normas.
6. Deben ser pacientes y tolerantes, mantener un ambiente familiar estable y cálido, que sea consistente (con normas y reglas), predecible (que el niño sepa qué es lo que va a pasar) y explícito (que el niño conozca las normas y reglas).
7. No crear un ambiente estresante ni activar al niño, no deben gritarle puesto que con ello lo único que lograrán será alterarle.
8. No deben ser demasiado exigentes ni intransigentes. Deben enfadarse por lo verdaderamente importante. En cuanto a lo académico, tampoco deben exigirles demasiado. Los niños han de tener también tiempo para el ocio.
9. Conviene establecer metas y objetivos razonables y no muy numerosos.
10. No deben hacer juicios de valor sobre el niño ni criticar su funcionamiento ni resultados.
11. Los padres tienen que aprender a gestionar la motivación de sus hijos.
12. Hay que apoyar y fortalecer la autoestima del niño.
13. Los padres tienen que prestarle una atención positiva a su hijo a través, por ejemplo, de momentos de juego dedicados exclusivamente a compartir con él, y planificar actividades de ocio en familia.

14. Los padres han de enseñar a su hijo que es normal cometer errores pero que no tienen que rendirse, sino seguir intentándolo hasta conseguirlo.
15. Cuando se porta bien o hace alguna tarea correcta (recoger los juguetes, comer sentado, etc.) tienen que hacérselo saber en el momento (feedbacks positivos, Anexo 7).
16. Los padres deben escuchar a su hijo cuando habla y opina, preguntarle, estimularle para que proponga y elija, etc.
17. Se debe evitar comparar al niño con los demás e infravalorarlo y en el caso de que tengan que corregirle, hacerlo de tal manera que no se sienta humillado.
18. Los padres tienen que encontrar las virtudes de su hijo y darle todas las posibilidades para que las desarrolle y exprese.
19. Pueden ayudarle a mejorar su autoestima y autoconcepto favoreciendo su autonomía personal de manera progresiva, asignándole pequeñas responsabilidades, y planteándole actividades y contactos sociales exitosos.
20. Separar al niño como persona de sus conductas, habilidades, logros y dificultades, lo que ayudará a no debilitar su autoestima.
21. Los secretos para comunicarnos con un niño con TDA-H son: contacto visual, palabras sencillas, entusiasmo e instrucciones paso a paso.

5.2.2. Iniciativas ambientales para fomentar la inhibición y autocontrol del niño

1. Antes de intentar modificar la conducta del niño con TDA-H, los padres deben comprobar cuál es su comportamiento y si es necesario hacer modificaciones en las pautas educativas que se desarrollan habitualmente (Anexo 8).
2. Es necesario poner límites.
3. Establecer normas y reglas claras y estables pero no demasiadas, de forma positiva.
4. Es conveniente que no haya contradicciones entre los padres, deben trabajar conjuntamente.
5. Deben evitar los castigos desproporcionados o aquellos que se fijan para tiempo después del incumplimiento de la norma o conducta inadecuada.
6. Hay veces que la mejor solución para eliminar una conducta no deseada o una llamada de atención a través de esta conducta, es que tratemos de ignorarla siempre y cuando no sea grave.
7. Ante situaciones novedosas, los padres deben anticiparse y antes de que se produzca dicha situación explicarle al niño las reglas, cómo se debe comportar y reforzarle para ello, tratando de asegurarnos de que le ha quedado claro.

8. Es conveniente fijar un ambiente estructurado, con rutinas.
9. Deben dar órdenes e instrucciones de una manera breve, clara y precisa, de una a una, así como asegurarse de que les ha quedado claro la tarea que tienen que realizar.
10. Cuando los padres les manden realizar una tarea, deben supervisar con frecuencia su realización y si lo hacen bien, proporcionarles de manera inmediata una recompensa o refuerzo.
11. Deben supervisar el comportamiento de sus hijos cuando jueguen con los demás niños.

5.2.3. Actuaciones dirigidas al niño

1. Deben aprovechar las experiencias sociales con otros niños para después hablar de ellas en casa y del comportamiento que hay que tener cuando se juega con los demás.
2. A la hora de realizar actividades con el niño, deben plantearlas de manera novedosa y atractiva. Resultan adecuadas actividades de progresiva dificultad, asociar figuras iguales entre otras, mostrarle imágenes sobre cosas y preguntarle para que hable de ello, juegos de construcciones, laberintos, practicar ejercicios de secuencias, escuchar algo y repetirlo, construir a partir de modelos, etc. Pueden proponerles también actividades con las que descarguen, compensen y equilibren energías, aumenten su autoestima y garanticen la motivación para el aprendizaje y cultiven un interés como por ejemplo actividades deportivas, en grupo, de ejercicio... Pero hay que evitar actividades escolares extras para insistir en logros académicos.

Teniendo en cuenta todas estas pautas planteadas, en el Anexo 9 ofrezco el desarrollo de algunas actividades que podrían ser útiles para llevar a cabo con niños que presentan TDA-H.

5.3 Propuesta de intervención escolar

“Educar es sembrar” (Campos, 2006; citado por Pujol, et. al., 2006 p.6). Cuando se trabaja con niños que presentan ciertas dificultades, se tiene la sensación de que la semilla no va a agarrar bien, no va a echar raíces y va a tener dificultades para crecer. Sin embargo, observaremos que con paciencia, tranquilidad, confianza, ganas y fuerza, la semilla crecerá, florecerá y dará fruto.

El papel de la escuela y los profesores resulta fundamental para la evolución de cualquier niño, tanto desde el punto de vista académico como personal. Además,

desempeñan un rol parecido al de un segundo padre o madre. Desde el contexto escolar, la demanda de atención a alumnos con TDA-H ha crecido significativamente en estos últimos años (Moreno, 2013, p.32) generando nuevas necesidades educativas. Por ello, es fundamental intervenir tempranamente, porque la escuela cuenta con los mecanismos necesarios para detectar, atender e intervenir en aquellos niños que tienen o están en riesgo de padecer algún trastorno del desarrollo. Como hemos comentado anteriormente, sabemos a ciencia cierta que cuando se interviene de forma temprana, los beneficios son mayores y ocurren más rápido en el tiempo. En primer lugar, debemos tener en cuenta cuatro aspectos fundamentales para una correcta intervención en el ámbito escolar (Joselevich, 2003, pp.122-128). Previo a ello, es fundamental que el profesor se forme y trate de empaparse de toda la información posible acerca de este trastorno y de sus posibilidades de actuación desde el marco escolar. Es indispensable: (i) *Conocer al alumno*: el profesor debe conocer al alumno, tener información acerca del trastorno, de qué subtipo se trata y de cómo abordarlo, si presenta comorbilidad, también debe conocer las características del niño, su familia y sus intereses; (ii) *Llevar un registro del alumno*: debe conocer sus puntos fuertes, sus puntos débiles, su estilo y ritmo de aprendizaje, sus recursos sociales, sus comportamientos, observar sus conductas, qué conducta problemática es, en qué momento aparece, dónde, con qué frecuencia, qué intensidad tiene, etc.; (iii) *Evaluación*: a la hora de evaluar no se les debe pedir a todos los niños lo mismo, porque no todos somos iguales. Además no siempre lo importante es el resultado, debemos valorar el proceso y el progreso de acuerdo a las posibilidades de cada uno; (iv) *Se debe crear un ambiente de cooperación* con los padres y fijar pautas de actuación común. También debe haber una coordinación con el equipo docente del centro y todas aquellas personas que formen parte de la intervención del niño así como realizar reuniones de seguimiento para comprobar si el plan de intervención que se está llevando a cabo es el correcto y realizar las modificaciones oportunas.

La aplicación de las diferentes medidas y estrategias corresponderá, en el caso de la Educación Infantil, al profesor tutor, que será quien pase prácticamente toda la jornada escolar con el niño, pero, deberá contar con el resto de profesores implicados en la intervención, como puede ser el profesor de pedagogía terapéutica, además de una coordinación con el departamento de orientación (Lavigne y Romero, 2010). “Generalmente no es necesario para este tipo de alumnos alterar o prescindir de los contenidos y objetivos del curso o etapa, es decir, las modificaciones no tienen por qué ser significativas” (Ruiz Barquilla, 2011, p.7). En definitiva, la forma de actuar del

profesor debe atender a aspectos como las instrucciones, el comportamiento del niño, el ambiente del aula, la comunicación, etc. Así como otros aspectos que veremos a continuación.

5.3.1. *¿Cómo organizar y estructurar el ambiente de la clase?*

Para organizar y estructurar el ambiente en la clase hemos de tener presentes algunas recomendaciones como por ejemplo:

- Colocar al niño en un sitio cercano a nosotros, lejos de distracciones.
- Podemos disponer también de mesas individuales para momentos en los que consideremos oportuno situar al niño en ellas.
- Controlar el material necesario, tratando de que en las mesas sólo haya lo estrictamente necesario para hacer la tarea, evitando así un exceso de estímulos.
- Podemos acordar con el alumno una señal gestual (por ejemplo, un guiño) para emplearla en aquel momento en el que el niño se haya despistado, que significará volver a retomar la atención.
- Sentarle con compañeros tranquilos que puedan influir en él adecuadamente y contribuir a su calma.
- Llevar una rutina que sea predecible y estructurada, colocar las normas y hábitos en un lugar visible y accesible por los niños así como recordarlos diariamente (podemos mostrarlas a través de pictogramas, puesto que en esta etapa los niños o no saben leer o están comenzando). Con las rutinas, los niños van aprendiendo a anticipar, se van acostumbrando a conocer lo que se ha previsto y saber qué va a ocurrir después de cada actividad, lo que les permite una mejor organización. Algunos ejemplos de rutinas a través de pictogramas son: sobre la entrada al colegio (1. Entro en el cole, 2. Coloco las cosas en el perchero, 3. Me siento en la asamblea), antes de salir al recreo (1. Estoy sentado mientras meriendo, 2. Respeto la merienda de mis compañeros y no se la quito, 3. Recojo los restos), etc.
- Debemos tratar de hacer de modelos y trabajar para que sus compañeros también lo sean propiciando así un ambiente adecuado que estimule el aprendizaje del niño y la interiorización de las normas y hábitos.

5.3.2. *¿Cómo dirigirse al niño y mejorar su autoestima y motivación?*

Para tratar de dirigir y mejorar la autoestima y motivación del niño podemos:

- Hacerle saber al niño antes de comenzar el día, el recreo... lo que se espera de él.

- Fomentar el trabajo cooperativo y estimular y propiciar interacciones sociales con los compañeros de clase.
- No se deben hacer juicios de valor como por ejemplo decir que el niño es malo o es patoso.
- Debemos sustituir el verbo “ser” por el “estar”, para no dañar su autoestima.
- Sería conveniente que los profesores pudiéramos identificar aquellas situaciones que le provoquen ansiedad y dificultades al niño y ayudarle a superarlas y enfrentarlas.
- Podemos darle pequeñas responsabilidades e ir aumentándolas poco a poco, favoreciendo así su autonomía y su autoestima.
- Transmitirles calma, tranquilidad.
- Debemos tener una actitud flexible, entendiendo que el rendimiento de los niños con TDA-H no siempre es el mismo, sino que tiene altibajos.
- Para fomentar la autoestima del niño, podemos utilizar palabras de ánimo y elogios.
- Debemos conectar con el alumno, confiar en él, apoyarle, estar a su lado y formar un equipo.
- Tenemos que plantearles tareas accesibles donde sientan que pueden ser capaces de hacerlo bien.
- Proporcionar un constante feedback positivo a medida que van consiguiendo logros, por pequeños que sean.
- No solo hay que reforzar los resultados sino también el esfuerzo y progreso.
- Debemos enseñarles a admitir los errores.
- Comenzar por las tareas que les resulten más fáciles e ir complicándolas poco a poco.
- Cada niño debe ser reforzado por aquello que le cueste un esfuerzo.
- Si se frustra fácilmente cuando no le sale un ejercicio, le podemos enseñar formas diferentes de reaccionar como por ejemplo que pida ayuda a un compañero o a nosotros.
- No exponer al niño en clase a situaciones en las que no pueda responder académicamente y favorecer las respuestas positivas para estimular su autoestima.
- Estimular el aprendizaje de habilidades sociales, fomentar la empatía y potenciar el autocontrol.

- Plantear tutorías o momentos de intimidad donde podamos hablar con el niño, afianzar nuestra relación y trabajar individualmente con él.
- Debemos ayudar al niño a descubrir sus talentos y habilidades.

5.3.3. *¿Cómo diseñamos las tareas y favorecemos el aprendizaje y la concentración?*

El diseño de tareas que favorezcan el aprendizaje y la concentración conlleva:

- Diseñar tareas adecuadas al nivel del niño.
- Presentar las tareas de forma novedosa, que sean atractivas, dinámicas.
- Las tareas han de ser breves y cambiantes.
- Fragmentar las tareas complejas en varias tareas más sencillas que le faciliten al niño ir alcanzando poco a poco los objetivos y tener experiencias de éxito que le motiven.
- Las actividades que exigen mayor concentración y atención conviene plantearlas al inicio de la mañana, cuando los niños están descansados ya que la fatiga perjudica al rendimiento.
- En el caso de que sea necesario, podemos darles un tiempo extra para terminar la tarea y que puedan hacerlo despacio.
- Tratar de utilizar de manera frecuente el ordenador y los medios audiovisuales.
- Combinar tareas complejas con otras más sencillas, así como combinar tareas en las que el niño deba permanecer tranquilo y sentado con otras en las que se necesite alguna respuesta motora, mezclar también momentos de actividad manual con actividad verbal.
- Debemos asegurarnos de que el niño ha comprendido todo antes de comenzar a realizar la tarea.
- Plantear descansos frecuentes entre actividades.
- Procurar que nuestras explicaciones sean breves, claras, estableciendo contacto visual con el niño y utilizando apoyos visuales.
- Mostrar entusiasmo durante las explicaciones, acompañarlas de gestos y variar el tono de voz poniendo énfasis en determinados aspectos.
- Hacer las clases motivadoras e interactivas.
- Cuando veamos que la atención del niño empieza a decaer y se está cansando podemos hacer pequeñas llamadas de atención como: “preparaos”, “allá vamos”, “ahora veréis, viene lo más interesante” (Green y Chee, 2001 p.131).

5.3.4. *¿Cómo controlar el comportamiento?*

Controlar el comportamiento de los niños con TDA-H también es muy importante. Para ello, podemos seguir algunas pautas como las que se detallan a continuación:

- Tratar de reforzar las conductas y comportamientos positivos y felicitarle por los logros diarios.
- Es conveniente dejarle que se mueva, que se levante... Pero, respecto a ello, es necesario enseñarle a levantarse en los momentos más adecuados.
- Podemos utilizar fichas de valoración diarias o semanales, para comunicarnos con los padres acerca de cómo ha sido el trabajo y comportamiento del niño en el colegio.
- A la hora de establecer unas normas, debemos consensuar con los niños cuáles van a ser y las consecuencias que tendrá tanto su cumplimiento como su incumplimiento.
- Cuando realice una conducta inadecuada, podemos no prestar atención, ni entrar en su juego cuando nos reta y nos pone a prueba, explicándole de forma breve el motivo del enfado y dejándole pensar.
- Es preferible usar refuerzos positivos antes que aplicar castigos, los cuales deberán ser acordes al hecho en cuestión.
- Cuando vayamos a dar una orden, que sea una sola, clara y en positivo.
- Debemos dejar un tiempo de calma y centrado tras la actividad física o el alboroto, como por ejemplo después del recreo, dejar un margen para tranquilizarlos y que disminuya su nivel de activación.
- Conocer y practicar técnicas de modificación de conducta (Anexo 8).

Por último, presento algunas actividades que podemos llevar a cabo con los niños que tienen TDA-H: ejercicios para el desarrollo de capacidades físicas (fuerza, coordinación, equilibrio, orientación espacial, etc.), ejercicios para el desarrollo de la motricidad fina, ejercicios de relajación y respiración, actividades y juegos para desarrollar la atención y la concentración, ejercicios para mejorar la socialización y el reconocimiento y modulación de emociones, cuentos para intervenir en determinadas conductas y fomentar valores y actitudes prosociales, ejercicios para mejorar el lenguaje y las habilidades conversacionales, dramatización, relato de historias conocidas a través de ilustraciones, etc. En el anexo 9 ofrezco el desarrollo de algunas actividades que podemos realizar con los niños en el aula. Asimismo, en el Anexo 10 podemos encontrar algunas actuaciones para situaciones más concretas que puedan producirse en clase.

Después de esta intervención, probablemente nos hayamos dado cuenta de que todas las pautas y actividades mostradas se pueden llevar a cabo con cualquier niño, no solamente con aquel que presente TDA-H. Especialmente en el ámbito escolar, las

medidas planteadas han sido integradoras, teniendo en cuenta a todo el grupo clase, permitiendo la participación de todos los alumnos y ofreciendo así una atención a la diversidad.

A lo largo de todas las páginas anteriores hemos estado hablando de estrategias y pautas generales. Luego éstas deben adaptarse a cada niño con TDA-H dependiendo de sus características, edad cronológica y momento evolutivo (Joselevich, 2003) porque

Las estrategias terapéuticas son como los ingredientes para hacer una receta. La clave no está en conocer los ingredientes, sino en cómo y en qué medida los mezclas, y el proceso de cocción al que los sometes. Con harina, agua y sal puedes hacer pan o puedes hacer churros depende de cómo lo mezcles y cómo lo cocines. (Santos de la Rosa, 2012, citada por Aller, 2013, p.187)

Todos los agentes implicados (padres y familiares, educadores y profesionales), debemos asumir la responsabilidad de ayudar a los niños a desarrollarse plenamente porque como dice Bauermeister (2002) “su futuro depende en buena medida de nosotros” (p.219).

6. CONCLUSIONES

La elaboración de este Trabajo Final de Grado es el resultado de un complejo proceso de aprendizaje y de revisión bibliográfica que comenzó con el planteamiento de unos objetivos y con un trabajo de documentación que me ha permitido aumentar en gran medida los conocimientos básicos de los que partía y aclarar aspectos confusos o inciertos sobre el TDA-H. Desde mi punto de vista, he logrado alcanzar los objetivos que propuse al comienzo ampliando la información teórica sobre este trastorno, sus características y manifestaciones y desechando todas aquellas falsas hipótesis que circulan en nuestra sociedad sobre el mismo. He descubierto la importancia de una intervención multimodal y temprana y el gran papel y responsabilidad que juegan en dicho trastorno padres y profesores.

La educación es un derecho de todos y para todos independientemente de las condiciones de cada persona, y uno de los objetivos de la escuela es proporcionar este derecho, una educación de calidad que permita al individuo desarrollarse de manera integral en todos los ámbitos de la vida.

El hecho de que no todas las personas presentemos las mismas características o de que algunas no hayan desarrollado como otras de igual edad la misma capacidad para

sostener la atención, inhibir impulsos o regular su nivel de actividad, no es un indicador de “anormalidad” sino de “diversidad”. Una diversidad que ha estado presente en nuestra sociedad desde los inicios y que está presente en todos los ámbitos, desde la manera de vestir, a la manera de pensar o de expresar los sentimientos. En el contexto escolar, esta variedad sigue existiendo y debe ser concebida como algo positivo ya que si todos fuéramos iguales no tendríamos nada especial que aportar y que enseñar a los demás. Por ello, lo idóneo es luchar por una escuela inclusiva donde el respeto a los demás sea el pilar educativo fundamental y donde los maestros seamos capaces de detectar las necesidades que presentan cada uno de nuestros alumnos y dar respuesta a las mismas de un modo eficiente.

El TDA-H ha pasado de considerarse un trastorno que se manifiesta durante la infancia media, a sustituirse por una visión que abarca todo el ciclo vital de la persona. Es un trastorno crónico y permanente que se manifiesta de forma diferente a lo largo de las distintas etapas de la vida. En general, “hay una mayor expresión de conductas hiperactivas e impulsivas durante los años preescolares y una mayor presencia de síntomas de inatención y desorganización conductual en la adolescencia y edad adulta” (Marco, et. al., 2011, p.33) pero en todas las etapas se caracteriza por unas disfunciones que afectan a todas las áreas de desarrollo de la persona. Además, en los últimos años se ha producido un aumento notable de casos de niños menores de 5 años que presentan síntomas de dicho trastorno (Marco et. al., 2011 p.34), lo que hace que un factor determinante en el pronóstico sea la precocidad del diagnóstico y la intervención, si se ponen en marcha recursos eficaces de un modo precoz (Salas et. al., 2003, p.51).

El interés por el TDA-H ha pasado por muchas etapas a lo largo del tiempo, o bien ha estado en el centro de atención de investigadores, profesionales y de la sociedad en general, o bien ha permanecido oculto, pero existiendo. En la actualidad, el interés sobre este trastorno ha sobrepasado los límites de la investigación, llegando a convertirse en un fenómeno social, por el cual, todo aquel niño que muestre cierto nivel de actividad, que no sea capaz de permanecer sentado durante muchas horas en el colegio y en casa, que no atiende a todo aquello que se le dice, etc., es sujeto de diagnóstico inmediato de TDA-H. Es cierto que la mayoría de mitos que circulan hoy día por nuestra sociedad, como hemos indicado a lo largo del trabajo, son solo eso, mitos. Pero en realidad, esta coexistencia existente entre hallazgos científicos y mitos, sobre este tema y en el momento actual, es explicable debido a los debates, controversias y desacuerdos existentes en torno a él, a los que tienen que enfrentarse

los distintos profesionales. Estas controversias se centran sobre todo en la etiología, la disparidad de criterios adoptados para manejar el trastorno, la inexistencia de pruebas e instrumentos diagnósticos fiables, las prácticas profesionales heterogéneas o las características, peculiaridades y dificultades que se derivan del propio trastorno (Lavigne y Romero, 2010; Moreno, 2013).

La gran variabilidad en los síntomas, el curso y la comorbilidad con otros trastornos hacen difícil definir los factores etiológicos del TDA-H pero desde el modelo multifactorial puede decirse que el TDA-H no es producido por una única causa, sino resultado de distintas variables que interactúan entre sí. Están presentes tanto los factores genéticos y biológicos como los psicosociales con los que se relacionan y convergen (Siegenthaler y Marco, 2011; Montoya-Sánchez y Herrera-Gutiérrez, 2013). Respecto al diagnóstico, hay ciertas limitaciones. En concreto, en la etapa de Educación Infantil, hay cierta confusión debido a la naturaleza de los comportamientos porque son similares a las conductas observadas en cualquier niño y no hay patrones con los que compararlo, no tenemos baremos que nos indiquen en qué medida es normal. Por otro lado, aunque las observaciones de los adultos sean relevantes para el diagnóstico, la sola presencia de los síntomas primarios, no basta. Además hay que excluir la presencia de otros trastornos diferentes pero que puedan tener estos síntomas. No existe en la actualidad una prueba diagnóstica fiable y única para establecer el diagnóstico de TDA-H ni tampoco marcadores específicos ni baterías elaborados para niños menores de 6 años. Más aún, los profesionales no siempre utilizan los mismos criterios diagnósticos (con los que también hay dificultad para su aplicación en niños de esta etapa) ni las mismas pruebas. Por lo tanto, se puede concluir que

La falta de acuerdo sobre los instrumentos diagnósticos empleados, las diferentes modificaciones introducidas en la conceptualización de la hiperactividad a lo largo del tiempo, reflejadas en las distintas clasificaciones diagnósticas, unido todo a la ausencia de marcadores específicos, contribuyen a introducir confusión e imprecisión en el diagnóstico del TDA-H. En ocasiones se detectan erróneamente casos considerados falsos positivos y, en otras, se infravalora la presencia del trastorno. (Moreno, 2007, p.50)

Esto afecta en gran medida a los datos acerca de la prevalencia de este trastorno, que varía en función de la naturaleza de la población estudiada así como el método de evaluación empleado, según los criterios utilizados, o los informantes. Algunos de estos factores pueden ayudar a explicar que los índices de prevalencia varíen según

los ámbitos geográficos, y según los subtipos de TDA-H de los que se esté hablando (Siegenthaler y Marco, 2011). Para hacer frente a tanta controversia, muchos autores (Barkley et. al., 2002 o Kutcher et. al., 2004, citados por Moreno, 2013, p.37) han tratado de sintetizar el conocimiento disponible y consensuado por todos los profesionales, sobre el TDAH, para aportarnos claridad (Anexo11).

A pesar de estas controversias y la lucha por acabar con las especulaciones y teorías implícitas, podemos observar cómo en los últimos años se han producido grandes avances en relación al conocimiento y difusión de este trastorno. Con la realización de este trabajo me he dado cuenta de que no es extraño que cualquier persona que se acerque por primera vez al TDA-H se sorprenda de la gran cantidad de información que hay sobre él, pues su divulgación ha sido uno de los aspectos más destacados en los últimos años. He descubierto gran cantidad de libros, publicaciones, páginas Web, foros de debate, etc., muchos de ellos escritos desde distintas perspectivas (padres y familiares, médicos, psicólogos, profesores...).

También están emergiendo cada vez más asociaciones, que están logrando el reconocimiento social e institucional que el trastorno merece, y se están adoptando planes de actuación, cada vez asumidos por muchas más Comunidades Autónomas.

Hay numerosos artículos también en revistas editadas aquí en España y proyectos de investigación y redes temáticas como la de *Avances en la investigación sobre el TDA*, coordinada desde la Universidad de las Islas Baleares pero en la que participan profesionales de distintas universidades del país (Moreno,2007, p.36). Aun así, sigue siendo necesario el impulso de nuevos proyectos de investigación sobre todo para la etapa de Educación Infantil ahora que sabemos que se trata de un trastorno que aparece en los primeros años de vida y que los síntomas se manifiestan ya en esta etapa.

Además, resulta urgente el hecho de unir esfuerzos encaminados a sintetizar información, filtrar informaciones verdaderas que no inviten a caer en los mitos y falsas creencias, y reunir hallazgos procedentes tanto de investigaciones científicas como de trabajos sobre pacientes y valoraciones, pasando también por la experiencia de los familiares y del propio afectado.

La realización de este trabajo y la gran cantidad de bibliografía revisada han arrojado mucha luz a mis conocimientos iniciales sobre este trastorno pero a pesar de todo lo aprendido y aclarado sobre este tema, me gustaría hacer especial mención a una idea que nos ha acompañado a lo largo del Trabajo Fin de Grado y es el hecho de que puesto que sabemos que es un trastorno que comienza en edades tempranas,

debemos tratar, por todos, los medios de que el diagnóstico también sea temprano, al igual que la intervención.

Como futura Maestra de Educación Infantil, me parece de especial relevancia el comienzo de la intervención en esta etapa, donde se sientan las bases de lo que el niño va a ser en un futuro, donde las mejoras son enormes y donde no sólo se pueden modular y paliar los síntomas presentes sino que se pueden prevenir problemas posteriores. Los niños con TDA-H son iguales que cualquier otro niño, tienen sus dificultades, sus diferencias, sus sentimientos, sus cualidades, sus habilidades, etc. Como todos, quieren ser felices, triunfar y ser válidos y nosotros como maestros debemos potenciar sus talentos, triunfar con ellos y ser partícipes de sus triunfos.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad-Mas, L., Ruiz-Andrés, R., Moreno-Madrid, F., Herrero, R., Suay, E. (2013). Intervención psicopedagógica en el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad. *Revista de Neurología*, 57 (Supl 1): S193-203.
- Aller, M^a del M. (2013). Familia y TDAH. En M^a. A. Martínez Martín y colaboradores. *Todo sobre el TDAH* (171-203). Tarragona: Altaria.
- Álvarez, M.J., Soutullo, C., Díez, A. y Figueroa, A. (2013). TDAH y su comorbilidad psiquiátrica. En M^a. A. Martínez Martín y colaboradores. *Todo sobre el TDAH* (81-116). Tarragona: Altaria.
- Amador, J.A., Forns, M. y Martorell, B. (2001). Características del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Anuario de Psicología*, 32 (4), 5-21.
- Amador, J.A., Forns, M., Guàrdia, J. y Peró, M. (2006). Estructura Factorial y datos descriptivos del perfil de atención y del cuestionario TDAH para niños en edad escolar. *Psicothema*, 18 (4), 696-703.
- Asociación de Psiquiatría Americana (APA). (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V)*. Barcelona: Massón.
- Barbarroja, M. (2009). La Hiperactividad en Educación Infantil. *Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas*, 15, 1-9.
- Barkley, R.A. (2002). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Madrid. Editorial Paidós.
- Bauermeister, J., J. (2002). *Hiperactivo, distraído, ¿me conoces? Guía sobre el déficit atencional para padres, maestros y profesionales*. Bilbao: Grupo Albor-Cohs. División Editorial.

- Bielsa, A., Igual, R., Sánchez, M., Tomàs, J. (2003). TDAH: Revisión global. En J. Tomàs y M. Casas (eds.). *TDAH: Hiperactividad. Niños movidos e inquietos* (13-132). Barcelona: Laertes.
- Bonet, T. y Soriano, Y. (2013). TDAH en la escuela. Pautas educativas. En M^a. A. Martínez Martín y colaboradores. *Todo sobre el TDAH* (229-263). Tarragona: Altaria.
- Cabanyes, J., Polaino-Lorente, A. (1997). El perfil psicopatológico del niño hiperactivo: Análisis sintomatológico y clínico. En A. Polaino-Lorente, et. al. *Manual de hiperactividad infantil* (65-79). Madrid: Unión Editorial.
- Cardo, E., Servera-Barceló, M. (2005). Prevalencia del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad. *Revista de Neurología*; 40 (Supl 1): S11-S15.
- Cardo, E., Servera-Barceló, M., Llobera, J. (2007). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca. *Revista de Neurología*, 44, 10-14.
- Castells, P. (2006). *Nunca quietos, siempre distraído: ¿Tendrá TDAH? (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad)*. Madrid: Espasa Calpe.
- Castroviejo, I., (2009). *Síndrome de Déficit de Atención-Hiperactividad*. 4^a edición. Madrid: Díaz de Santo.
- Colonna-Prete Suito, C. (2005). El déficit de atención con hiperactividad en el aula preescolar. Intervención de la maestra. *Serie: cuadernos de educación*. Perú: Centro de investigaciones y servicios educativos- CISE.
- Diario Vasco (2015, 3 de febrero). Un niño inquieto no es un niño con TDAH. *Psiquiatría.com*. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/trastornos_infantiles/hiperactividad-1372/un-nino-inquieto-no-es-un-nino-con-tdah/?utm_source=boletines+psiquiatria.com&utm_campaign=15cd95969d-Bolet_n_Trastornos_Infantiles_11_02_20152_9_2015&utm_medium=email&utm_term=0_89ad673455-15cd95969d-69012361
- Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española (22^a Ed.)*. Madrid: Author
- García Pérez, E.M. y Magaz Lago, A. (2004). *Mitos, errores y realidades sobre la hiperactividad. Guía para padres y profesionales*. Madrid-Bilbao: División Editorial.
- Garde Esparza, I. (2011). Alumnado con TDAH. Intervención educativa en el aula. *Revista Arista Digital*, 5, 453-457.
- Gargallo, B. (2005). *Niños Hiperactivos (TDA-H). Causas. Identificación. Tratamiento. Una guía para educadores*. Barcelona: CEAC Educación Especial.

- Garrido, M., Martínez, M^a. T., Rodríguez, L. y Sacristán, A. (2013). ¿Atención temprana en el TDAH es posible? En M^a. A. Martínez Martín y colaboradores. *Todo sobre el TDAH* (131-168). Tarragona: Altaria.
- Graell, M. (2013). Neurobiología de los Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad. En M^a. A. Martínez Martín y colaboradores. *Todo sobre el TDAH* (49-60). Tarragona: Altaria.
- Green, C; Chee, K. (2001). *El niño muy movido o despistado. Entender el Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad*. Barcelona: Medici.
- Guzman Rosquete, R. y Hernández Valle, I. (2005). Estrategias para evaluar e intervenir en las dificultades de aprendizaje académicas en el Trastorno de Déficit de Atención con/sin Hiperactividad. *Revista Qurrriculum*, 18, 147-174.
- Herranz, J. L., Argumosa, A. (2000). Trastorno con Déficit de Atención e Hiperactividad. *Bol Pediatr.*, 40(172), 88-92.
- 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.
- Hinojo Lucena, F. J., Cáceres Reche, M^a. P. y Aznar Díaz, I. (2007). TDAH y Educación: Hacia una visión holística y comprensiva de su evaluación y tratamiento. *El Guiniguada*, 15-16, 145-172.
- Joselevich, E. (2003). El niño con AD/HD necesita algo más que otros niños. En E. Joselevich, (Comp.). *AD/HD qué es, qué hacer. Recomendaciones para padres y profesores* (97-149). Buenos Aires: Paidós.
- Lavigne, R. y Romero, J.F. (2010). *El TDAH. ¿Qué es?, ¿Qué lo causa?, ¿Cómo evaluarlo y tratarlo?* Madrid: Pirámide.
- Marco, R., Grau, D., Presentación, M^a. J. (2011). El curso evolutivo de las personas con TDAH. En A. Miranda (Coord.). *Manual práctico de TDAH* (33-52). Madrid: Editorial síntesis.
- Martínez, G. (2008). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Innovación y experiencias educativas*, 11, 1-18.
- McBurnett, K., Lahey, B.B. y Pfiffner, L.J. (1993). Diagnosis of attention deficit disorders in DSM-IV: Scientific basics and implications for education. *Exceptional Children*, 60(2), 107-117.
- Mediavilla-García, C. (2003). Neurobiología del trastorno de hiperactividad. *Revista Neurología*, 36(6), 555-565.

- Miranda, A., Amado, L., Jarque, S. (2001) *Trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Una guía práctica*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Miranda, A., Jarque, S., Soriano, M. (1999). Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención. *Revista Neurología*, 28 (Supl 2): S182-S188.
- 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 (1-11)*. Murcia: Consejería de Educación, Cultura y Universidades.
- Moreno, I. (2002). *Hiperactividad: prevención, evaluación y tratamiento en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Moreno, I. (2005). *El niño hiperactivo*. Madrid: Pirámide
- Moreno, I., (2007). *Hiperactividad infantil. Guía de actuación*. Madrid: Pirámide
- Moreno, I. (2013). Acercamiento al TDAH. Eliminando mitos y aproximando evidencias. En M^a. A. Martínez Martín y colaboradores. *Todo sobre el TDAH (23-42)*. Tarragona: Altaria.
- Moyano, M.B. (2003). AD/HD asociado al Síndrome de Gilles de la Tourette. En E. Joselevich (Comp.). *AD/HD qué es, qué hacer. Recomendaciones para padres y profesores (85-97)*. Buenos Aires: Paidós.
- Nature Medicine (2011, 19 de abril). Un estudio identifica una versión específica de un gen asociado al TDAH. *Psiquiatría.com*. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/tdah/etiologia-811/un-estudio-identifica-una-version-especifica-de-un-gen-asociado-al-tdah/>
- Navarro González, M.I. y García-Villamizar, D.A. (2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de historia de la psicología*, 31(4), 23-36
- Orjales, I. (1998) *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid. Editorial CEPE, S.L.
- Orjales, I. (2005). Niños hiperactivos, impulsivos y desatentos, ¿Cuándo se puede hablar de un trastorno? Madrid: Esquema de comunicación.
- Orjales, I. (2008). Preescolares con riesgo de TDAH. En R. Barkley y M. Peña. *Hiperactivos: Estrategias y técnicas para ayudarlos en casa y en la escuela: Luis Rojas Marcos cuenta su infancia con TDAH (108-139)*. Madrid: LoQueNoExiste.
- Orjales, I. (2009). *Claves para afrontar la vida con un hijo con TDAH. "Mi cabeza...es como si tuviera mil pies"*. Madrid: Pirámide.

- Parellada, M. (2009a). Concepto y antecedentes históricos. En M. Parellada (coord.). *TDAH Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. De la infancia a la edad adulta* (17-44). Madrid: Psicología Alianza Editorial.
- Parellada, M. (2009b). Ser padre de un niño hiperactivo. En M. Parellada (Coord.). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la edad adulta* (329-390). Madrid: Psicología Alianza Editorial
- Parellada, M. (2009c). Síntomas asociados y complicaciones. Comorbilidad. En M. Parellada (Coord.). *TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la edad adulta* (131-175). Madrid: Psicología Alianza Editorial.
- Pelayo, J.M., Trabajo, P., Zapico, Y. (2012). Aspectos históricos y evolución del concepto de Trastorno por Déficit de atención e Hiperactividad: Mitos y realidades. En Y. Zapico y J.M. Pelayo (Comp.). *TDAH una visión multidisciplinar* [Monografía]. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 11(2), 7-21
- Polaino-Lorente, A. y Ávila, C. (2004). *Cómo vivir con un niño hiperactivo. Comportamiento, diagnóstico, tratamiento, ayuda familiar y escolar*. Madrid: Narcea.
- Presentación, M^a.J., Pinto, V., Meliá, A. y Miranda, A. (2009). Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. *Escritos de Psicología*, 2(3), 18-26
- Pujol, B., Palou, R., Foix, L., Almeida, P. y Roca, B. (2006). *Guía práctica para educadores. El alumno con TDAH*. Barcelona: Adana Fundació. Mayo Ediciones.
- Quirós, G.B., Joselevich, E. (2003). Qué es el síndrome de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. En E. Joselevich (Comp.). *AD/HD qué es, qué hacer. Recomendaciones para padres y profesores* (17-43). Buenos Aires: Paidós.
- Ramos-Quiroga, J.A., Ribasés-Haro, M., Bosch-Munsó, R., Cormand-Rifà, B. y Casas, M. (2007). Avances genéticos en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Revista Neurología*, 4 (Supl 3): S51-2
- Rodríguez Ruiz, A.B. (2010). Atención al alumnado con hiperactividad. *Pedagogía Magna*, 5, 9-18
- Ruiz Barquilla, L. (2011). El déficit de atención con y sin hiperactividad. Intervención educativa y orientaciones para la familia. *Revista Digital: Reflexiones y Experiencias innovadoras en el aula*, 29, 1-11
- Salas, M^a. R., Prieto, M^a. Simón, C., Blanco, A., Cagigal, V., Sandoval, M., Uroz, J., Serrano, A. y Asensio, C. (2003). *Hiperactividad y trastorno disocial en la escuela. Guía para educadores*. Madrid: Fundación realiza, Fundación Ramón Areces.

- Scandar, R.O. (2003a). AD/HD y trastornos asociados o comórbidos. En E. Joselevich (Comp.). *AD/HD qué es, qué hacer. Recomendaciones para padres y profesores* (61-85). Buenos Aires: Paidós.
- Scandar, R.O. (2003b). Padres y docentes: un esfuerzo conjunto. En E. Joselevich (Comp.). *AD/HD qué es, qué hacer. Recomendaciones para padres y profesores* (153-195). Buenos Aires: Paidós.
- Siegenthaler, R., Marco, R. (2011). Conceptualización del TDAH. En A. Miranda (Coord.). *Manual práctico de TDAH* (15-32). Madrid: Editorial Síntesis.
- Soutullo, C. (2008). *Convivir con niños y adolescentes con Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Buenos Aires-Madrid: Médica Panamericana.
- Soutullo, C. y Díez, A. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Buenos Aires-Madrid: Médica Panamericana.
- SPENCER, T. (2002). «Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder». *Arch Neurol*, 59, 314-316.
- Taylor, E.A. (1990) *El niño hiperactivo*. Barcelona: Editorial Martínez Roca, D.L.
- Thome, J. y Jacobs, K.A. (2004). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book. *European psychiatry*, 19(5), 303-306.
- Tomàs, J., Raheb, C., Bielsa, A. (2003). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños y adolescentes. En J. Tomàs, y M. Casas (eds.). *TDAH: Hiperactividad. Niños movidos e inquietos* (173-199). Barcelona: Laertes.
- Vallés Arándiga, A. (2006). *Alumnos con inatención, impulsividad e hiperactividad: Intervención multimodal*. Madrid: EOS, D.L.
- Van-Wielink,G. (2005). *Déficit de Atención con Hiperactividad. Estrategias, habilidades, diagnóstico y tratamiento*. México: Editorial Trillas.
- Vaquerizo-Madrid.J. (2005). Hiperactividad en el niño preescolar: descripción clínica. *Revista de Neurología*, 40 (Supl 1): S25-S32.
- Vaquerizo-Madrid, J. y Cáceres Marzal, C. (2006). El trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: guía pediátrica. *Vox Paedriatrica*, 14(2), 22-33.
- Vásquez J., Cárdenas E.M., Fera M., Benjet, C., Palacios L., de la Peña, F. (2010). Guía Clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Guías Clínicas para la atención de trastornos mentales* (1-43). México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

8. ANEXOS

Anexo 1. Evolución histórica del TDA-H desde sus inicios hasta el momento actual.

Anexo 2. Criterios diagnósticos del TDA-H.

Anexo 3. Comorbilidad del TDA-H.

Anexo 4. Principales síntomas del TDA-H en la etapa de Educación Infantil.

Anexo 5. Falsos supuestos sobre los niños con TDA-H.

Anexo 6. Primeras orientaciones sobre la intervención familiar.

Anexo 7. 60 maneras de elogiar a un niño.

Anexo 8. Técnicas de modificación de conducta.

Anexo 9. Actividades de intervención familiar y escolar.

Anexo 10. Intervención escolar en situaciones concretas.

Anexo 11. Conceptos fruto de consenso sobre el TDA-H.

ANEXO 1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL TDA-H DESDE SUS INICIOS HASTA EL MOMENTO ACTUAL.

Tabla 1. Evolución histórica del TDA-H desde sus inicios hasta el momento actual.

AÑO	AUTORES	REFERENCIA
1845	Heinrich Hoffman	En su libro "Struwwelpeter", comportamiento no adecuado para un niño.
1867-1877	Maudsley; Ireland	Perturbación conductual
1897	Bourneville	En su libro sobre tratamiento médico-pedagógico definió a los niños inquietos. Los define como "niños inestables"
1899	Clouston	Perturbación conductual
1901	Demoor	Corea mental: problema presentado por niños con necesidad de movimiento constante y problemas de inhibición, entre otros.
1902	Still	Defecto del control moral
1905	Boncour	Escolar inestable: aquel que tenía incapacidad para fijar la atención.
1908	Tredgold	Enfermedad neuropática
1909	Dupré	Manifestación de un desequilibrio motor congénito que forma parte de otros trastornos como epilepsia, tartamudeo...
1913	Durot	Diferencia entre síntoma y síndrome y considera que la hiperactividad es un

		síntoma propio de niños con retraso mental, anemia...
1914	Heuyer	Atribuye a la hiperactividad la etiqueta de síndrome.
1930	Kramer y Pollnow	Trastorno Hiperactivo
1934	Kahn y Cohen	Síndrome de impulsividad orgánica
1947-1955	Strauss y colaboradores (Kephart y Lehtinen)	Síndrome del daño cerebral infantil
1950-1960	Burks; Mackeith y Bax; Clements y Peters, entre otros.	Disfunción cerebral mínima
1960	Chess	Trastorno Hiperactivo
1968	DSM-II	Reacción Hiperactiva de la infancia
1972	Douglas	Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad
1975	CIE-9	Trastorno Hiperactivo de la infancia
1980	DSM-III	Alteración por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad
1987	DSM-III-TR (Revisado)	Déficit de Atención con Hiperactividad
1992	CIE-10	Trastorno de la actividad y la atención (Trastornos Hiperactivos)
1994	DSM-IV	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TDA-H

Tabla 2. Criterios diagnósticos propuestos por el DSM-V (APA, 2013)

Criterio A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad- impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2).
Criterio A (1). Seis (o más) de los siguientes síntomas de inatención han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales.
INATENCIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades.• Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.• Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p.ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en la ausencia de cualquier distracción aparente).• Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales, (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).• Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p.ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales, dificultad para poner los materiales y pertenencias en un orden, descuido y desorganización, mala gestión del tiempo).• Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasmada en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p.ej., tareas escolares).• Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p.ej., materiales escolares, lapiceros).• Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos.• Con frecuencia olvida las actividades cotidianas.
Criterio A (2). Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han mantenido durante, al menos, seis meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales.

HIPERACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> • Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento. • Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p.ej., se levanta en la clase). • Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. • Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas. • Con frecuencia esta “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor”. • Con frecuencia habla excesivamente
IMPULSIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> • Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta. • Con frecuencia le es difícil esperar su turno. • Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p.ej., se mete en las conversaciones juegos o actividades, puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin recibir permiso).
<p>Criterio B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.</p>
<p>Criterio C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo- impulsivos están presentes en dos o más contextos (p.ej., en casa, en la escuela o en el trabajo, con los amigos o parientes, en otras actividades).</p>
<p>Criterio D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.</p>
<p>Criterio E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p.ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).</p>

Fuente. Tomado de Manual DSM-V (APA, 2013, p.59)

Tabla 3. Criterios de diagnóstico propuestos por la CIE-10 (OMS, revisión 1995)

<p>Criterio 1. Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.</p>
<p>DESATENCIÓN</p>
<ul style="list-style-type: none"> • A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades. • A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas. • A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente. • A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a un comportamiento negativista o a una incapacidad para comprender instrucciones). • A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades. • A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos). • A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p.ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas). • A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes. • A menudo es descuidado en las actividades diarias.
<p>Criterio 2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.</p>
<p>HIPERACTIVIDAD</p>
<ul style="list-style-type: none"> • A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento. • A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado. • A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud). • A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio. • A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.

<ul style="list-style-type: none"> • A menudo habla en exceso.
IMPULSIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> • A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas. • A menudo tiene dificultades para guardar turno. • A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej. se mete en conversaciones o juegos).
Criterio 3. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años.
Criterio 4. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas de presentan en dos o más ambientes (p.ej., en la escuela o en el trabajo y en casa).
Criterio 5. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
Criterio 6. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad).

Fuente. Tomado de Vallés (2006, p. 110-111)

ANEXO Nº3. COMORBILIDAD DEL TDA-H

Tabla 4. Comorbilidad del TDA-H

MUY FRECUENTES (más del 50%).
<ul style="list-style-type: none">• Trastorno negativista desafiante• Trastorno de la conducta (mayor riesgo de abuso de sustancias y problemas legales).
FRECUENTES (hasta el 50%).
<ul style="list-style-type: none">• Trastornos de ansiedad: por separación, fobias.• Trastorno del desarrollo de la coordinación.• Trastornos específicos del aprendizaje.
MENOS FRECUENTES (del 20%).
<ul style="list-style-type: none">• Trastornos de tics• Trastorno del humor• Depresión mayor y enfermedad bipolar
INFRECUENTES
<ul style="list-style-type: none">• Trastornos del espectro autista• Discapacidad intelectual (CI menor de 70)

Fuente: Tomado de Soutullo y Díez, (2007, p. 58)

ANEXO 4. PRINCIPALES SÍNTOMAS DEL TDA-H EN LA ETAPA DE EDUCACIÓN INFANTIL.

Tabla 5. Principales síntomas del TDA-H en la etapa de Educación Infantil

Etapa de lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • Insaciables, irritados, inconsolables, con frecuentes cólicos, problemas alimenticios y de sueño.
Desde la etapa de lactancia hasta los dos años	<ul style="list-style-type: none"> • Retrasos en el desarrollo motor (tarda más en andar, propenso a sufrir accidentes) y del lenguaje. • Actividad excesiva sin motivo aparente. • Atención a los objetos durante periodos de tiempo muy cortos y falta de persistencia en la búsqueda de los mismos. • Reacciones emocionales inadecuadas. • Resistencia a los cuidados habituales.
De los dos años hasta los cinco	<ul style="list-style-type: none"> • Desatención y exceso de actividad motora. • Labilidad emocional, dificultad a la hora de relacionarse con los demás y en el seguimiento de normas. • Problemas de adaptación ante cambios y exigencias altas. • Desobediencia e incapacidad de prever las consecuencias de sus actos. • Inmadurez en el lenguaje expresivo. • Pobre disposición para el juego social con otros niños (Garrido, et. al., 2013).

	<ul style="list-style-type: none">• Juego poco constructivo y sensoriomotor y uso destructivo de juguetes (Vaquerizo, 2005).• Retraso en el desarrollo de la motricidad fina y dificultades para el desarrollo gráfico y comprensión de la figura humana a través del dibujo (Garrido, et. al., 2013)
--	--

Fuente. Tomado de Montoya-Sánchez y Herrera-Gutiérrez (2014, p.5)

ANEXO 5. FALSOS SUPUESTOS SOBRE LOS NIÑOS CON TDA-H

Figura 1. Falsos supuestos sobre los niños con TDAH



Fuente. Tomado de Green y Chee, (2001, portada)

ANEXO 6. PRIMERAS ORIENTACIONES SOBRE LA INTERVENCIÓN FAMILIAR

Tabla 6. Primeras orientaciones sobre la intervención familiar.

¿Qué no debemos hacer?	¿Qué debemos hacer?
<ul style="list-style-type: none"> • Sobreproteger al niño • Intentar cambiarlo • Ignorar o anular las limitaciones y el trastorno del niño. • Limitar sus relaciones con los demás • Disminuir las exigencias que se plantean según sus posibilidades y capacidades. • Buscar posibles explicaciones y culpables en otras personas o entidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir información y conocimientos científicos y actualizados sobre el trastorno: en qué consiste, cuáles son las características y dificultades... • Aceptar las limitaciones y enfatizar en las habilidades del niño. • Evitar las críticas y reproches frecuentes. • Adoptar iniciativas de control y afrontamiento de los problemas • Buscar ayuda profesional para recibir orientaciones y pautas adecuadas y contribuir así a la mejora del niño. • Apoyar y trabajar conjuntamente con el profesor.

Fuente: Moreno, (2005, p. 84)

ANEXO 7. 60 MANERAS DE ELOGIAR A UN NIÑO

Tabla 7. 60 maneras de elogiar a un niño

De forma no verbal	De forma verbal
1. Un abrazo	15. Qué bonito te está quedando
2. Un beso	16. Te ha salido muy bien
3. Apretándole el hombro con la mano	17. Me encanta cuando (recoges los juguetes, cuidas a tu hermano, etc.)
4. Pasarle el brazo por el hombro	18. Te ha salido perfecto
5. Palmadita en la espalda	19. Has trabajado mucho
6. Acariciarle en el pelo	20. Te estás esforzando
7. Acariciarle la mejilla	21. Sigue así
8. Una mirada de orgullo	22. Ánimo
9. Un guiño	23. Venga, que ya casi está
10. Mover la cabeza diciendo “sí”	24. Yo a tu edad no lo hacía tan bien
11. Signo del pulgar hacia arriba	25. Eso yo no lo sabía
12. Hacer un círculo con el pulgar y el índice	26. Cada día lo haces mejor
13. Darle un premio o un regalo	27. Has avanzado mucho
14. Sonreírle	28. Eres el mejor en...
	29. Me gusta mucho estar contigo
	30. Qué bien lo pasamos juntos
	31. Tu madre/profesora/padre me ha dicho que está muy orgulloso/a de ti
	32. Eso es muy interesante
	33. Cuéntame más
	34. Cuánto sabes sobre...
	35. Te vas a hacer experto en...
	36. ¡Mira que bien ha hecho “Pablo” la tarea!
	37. Eres muy ordenado
	38. Qué bien has recogido todo
	39. Mañana me vuelves a ayudar, que lo haces muy bien
	40. Gracias
	41. Muchas gracias por hacer...

	<p>42. Estoy contento porque has hecho...</p> <p>43. Me alegro mucho de verte</p> <p>44. Ya tenía muchas ganas de verte</p> <p>45. Qué bien estar juntos</p> <p>46. Te he echado de menos</p> <p>47. Me gusta estar contigo</p> <p>48. ¡¡Bien!!</p> <p>49. Muy bien</p> <p>50. Eso ha estado bien</p> <p>51. ¡¡¡Eso ha estado pero que muy bien!!!</p> <p>52. ¡¡Qué pasada!!</p> <p>53. Qué maravilla</p> <p>54. Qué bonito</p> <p>55. Estupendo</p> <p>56. Ya verás lo contento/a que se va a poner tu madre/padre/profesora/</p> <p>57. Tú lo puedes conseguir todo</p> <p>58. Oye, esto está fenomenal</p> <p>59. Estoy muy orgulloso de ti</p> <p>60. ¡¡Menudas notazas!!</p>
--	---

Fuente. Tomado de Soutullo y Díez, (2007, p. 130)

ANEXO 8. TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Tabla 8. Técnicas de modificación de conducta

TÉCNICAS PARA INCREMENTAR LOS COMPORTAMIENTOS ADECUADOS O TÉCNICAS DE REFUERZO.
ALABANZA: debe ser sincera, con un tono de voz agradable y cariñoso, incluyendo comentarios y valoraciones positivas hacia el niño.
ATENCIÓN: hay veces que el mejor refuerzo positivo que puede tener un niño es recibir la atención de sus seres queridos, a través de una sonrisa, mirándole a los ojos cariñosamente, realizando con él alguna actividad, etc.
CONTACTO FÍSICO: se trata de reforzar positivamente la conducta del niño a través del contacto, por ejemplo, con besos, abrazos y caricias.
RECOMPENSAS Y PRIVILEGIOS: pueden ser recompensas tangibles (cromos, pegatinas, etc.) o intangibles (ir al cine con sus primos, salir al parque, etc.). Esto se puede hacer por ejemplo a través de un sistema de bonos. Se fijan unas conductas a realizar y cada vez que las realicen de un modo adecuado, reciben un número dado de puntos, de tal manera que cuando rellenen el bono obtendrán su recompensa o privilegio.
TÉCNICAS PARA REDUCIR LOS COMPORTAMIENTOS INADECUADOS O TÉCNICAS DE CASTIGO.
EXTINCIÓN: consiste en suprimir todos los refuerzos de esa conducta, todas las consecuencias positivas y recompensas. Para ello, ignoramos la conducta negativa del niño, evitando prestarle atención. Si el niño realiza una conducta peligrosa, esta técnica no es la adecuada, deberá buscarse otra forma de castigo.
TIME-OUT: se trata de aislar al niño por un periodo de tiempo del resto de la familia o del grupo clase (se recomienda alrededor de un minuto por cada dos años de edad del niño). Para ello se le lleva a un sitio donde no encuentre nada divertido o

estimulante, como por ejemplo un rincón o fuera de la clase.

COSTE DE RESPUESTA: consiste en pagar puntos o privilegios por la mala conducta. Es como una “multa” que el niño debe “pagar” (por ejemplo, por no recoger la mesa, no vamos a ir al parque, o, por no recoger la mesa, no te doy los dos puntos que te corresponden). El coste no debe ser excesivo, para que el niño no pierda todos los puntos.

RIÑAS: funcionan cuando se mantiene contacto visual con el niño, cuando son breves, concretas, se dan de modo inmediato y sin alterarse o gritar. Deben ser firmes.

Fuente: Elaboración propia a partir de las ideas de Orjales (1998) y Gargallo (2005)

ANEXO 9. ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN FAMILIAR Y ESCOLAR

Tabla 9. Actividades de intervención con niños con TDAH

TÍTULO	¡HACEMOS PASTEL DE QUESO!
DURACIÓN	45 min. aproximadamente
ÁMBITO	Familiar
ESPACIO	Cocina
MATERIAL	Tartaletas cuadradas y circulares, una olla, queso crema, azúcar, galletas, mantequilla, leche, nata líquida, cucharas, morteros, frutas (fresas, kiwis, plátanos y peras).
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> – Pedir ayuda en caso de dificultad. – Adquirir autonomía progresiva en la realización de las tareas. – Trabajar de forma cooperativa. – Afianzar el vínculo familiar a través de las tareas que se realicen en el hogar. – Disfrutar en la realización de la tarea planteada. – Controlar de forma progresiva los comportamientos impulsivos ante determinadas situaciones. – Actuar de acuerdo con las normas establecidas. – Trabajar la fragmentación de tareas en otras más simples.
CONTENIDOS	<ul style="list-style-type: none"> – Adquisición de autonomía progresiva en la realización de las tareas.

	<ul style="list-style-type: none"> - Fomento del trabajo cooperativo. - Fortalecimiento del vínculo familiar a través de las tareas que se realicen en el hogar. - Disfrute en la realización de la tarea. - Actuación de acuerdo a las normas e instrucciones marcadas. - Logro de éxitos de manera progresiva.
<p>COMPETENCIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Competencia en comunicación lingüística. - Competencia en el conocimiento e interacción con el mundo físico. - Competencia social y ciudadana. - Competencia para aprender a aprender. - Autonomía e iniciativa personal.
<p>DESARROLLO</p>	<p>En muchas ocasiones, resulta muy útil con niños con TDAH fragmentar las tareas en distintas partes para así ir alcanzando de manera satisfactoria los objetivos de forma progresiva y que los niños experimenten situaciones de éxito. Para ello, es conveniente que utilicemos instrucciones claras y breves. Después de la elaboración de esta rica receta, nos comeremos los pasteles elaborados y felicitaremos al niño por lo ricos que están y el buen trabajo efectuado. Se trata de una tarea de motivación personal ya que van elaborar un producto propio que luego se van a comer obteniendo así un sentimiento de satisfacción. La</p>

	<p>necesidad de tener que contar con otras personas para la elaboración del postre, permite que aprendan también a trabajar en equipo.</p> <p>En la realización de esta tarea colaborarán padres e hijos.</p> <p>Pautas a seguir (ejercicios):</p> <p>1º instrucción: Lavarnos las manos.</p> <p>2ª instrucción: Romper cinco galletas y machacarlas con un mortero hasta hacerlas miguitas.</p> <p>3ª instrucción: Mezclamos las galletas molidas con un poquito de mantequilla, para obtener así la base de la tarta.</p> <p>4ª instrucción: Mezclamos en una cazuela leche, nata líquida, azúcar y queso crema.</p> <p>5ª instrucción: Mientras el niño va poniendo la mesa, el padre cocerá la mezcla y después la verterá en la tartaleta y la meterá en el frigorífico o en el congelador para que se enfríe más rápido.</p> <p>6ª instrucción: Mientras se enfría la tarta, el niño va lavando las frutas que van a ir adornando el pastel y el padre se encarga de cortarlas.</p> <p>7ª instrucción: Una vez que la mezcla está fría, adornamos la tarta con las distintas frutitas, recogemos los utensilios utilizados y ya estaremos listos para comer.</p>
--	--

TÍTULO	PIENSO ANTES DE ACTUAR CON “PINCHO SE VA DE VACACIONES” (TCC Trébol Comunicación y creación S.A.)
DURACIÓN	15-20 minutos aproximadamente.
ÁMBITO	Familiar/Escolar
ESPACIO	Lugar tranquilo, donde se leen habitualmente los cuentos.
MATERIAL	Cuento.
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> – Comprender lo importante que es pararse a pensar antes de actuar. – Aprender que todos somos iguales pero diferentes, cada uno con sus características que nos definen. – Reflexionar acerca de lo importante que es hacer caso a las indicaciones que nos dan padres y profesores. – Aprender a relacionarse todos con todos.
CONTENIDOS	<ul style="list-style-type: none"> – Comprensión de la importancia de pararse a pensar antes de actuar. – Mejora de las relaciones entre compañeros. – Reflexión acerca de la importancia de hacer caso a las indicaciones que nos den los mayores.
	<ul style="list-style-type: none"> – Competencia en comunicación

COMPETENCIAS	lingüística. <ul style="list-style-type: none"> - Competencia social y ciudadana. - Competencia para aprender a aprender.
DESARROLLO	Para enseñar a los niños la importancia de pararse a pensar antes de actuar y tratar de reducir la impulsividad que les caracteriza, utilizamos el cuento de “Pincho se va de vacaciones”. A lo largo del cuento debemos hacer recapitulaciones y preguntas a los niños para observar que lo han comprendido. Después, podemos hacer ejercicios de refuerzo, dramatizaciones o dibujo de algunas de las escenas que aparecen en el cuento.

Cuento

“Pincho se va de vacaciones”

“Pincho es un erizo que vive con sus papás en una madriguera del bosque. Allí viven muchos animales tranquilamente pero Pincho siempre anda metido en líos. A nuestro amiguito le cuesta mucho controlar sus púas y por eso ha decidido llevarlas a su aire. A menudo, Pincho se distrae y pincha sin querer a los demás, molestando a mayores y pequeños. Por eso ya nadie quiere jugar con él.

Este verano, los papás de Pincho han pensado que debe hacer un esfuerzo para hacer amigos y han decidido enviarlo a un campamento. Al llegar, todos tienen que montar sus tiendas de campaña. Pincho quiere ayudar y participar en todos los grupos. Coge varias herramientas, va de un sitio a otro, empieza a montar una tienda y la deja sin acabar para empezar con otra... ¡y es que quiere hacer todo a la vez! Al final, lo único que consigue es acabar pinchando con sus púas dos de las tiendas, provocando entonces el enfado de sus compañeros. Los monitores ya le han advertido que debe estar más tranquilo, mantener las púas bajas y peinarse hacia atrás.

Por la tarde todos juntos juegan al balón, pero Pincho se pone muy nervioso y al ir a dar un cabezazo, con sus púas acaba pinchando la pelota, ¡se acabó el partido! Todos intentan advertir a Pincho que debe ser más cuidadoso, pero él se enfada y no les hace caso. No entiende por qué él tiene que controlarse si los demás hacen lo que quieren.

A la mañana siguiente, el campamento entero va a bañarse al río. Los monitores han traído una colchoneta hinchable, que todos deben compartir. Pincho quiere ser el primero y sin esperar a que llegue su turno se lanza encima de la colchoneta, que al momento empieza a deshincharse. Pincho se ha vuelto a meter en un lío.

Al final, nuestro amiguito se queda sin amigos. Ya nadie quiere jugar con él, porque tienen miedo de que les haga daño o estropee los juguetes. Pincho se aleja triste y solo hasta que se le acerca la monitora Jirafa. Ésta le explica que cada animal tiene unas características que debe conocer y emplear bien. Para las jirafas es el cuello, para las aves es el pico... las púas de Pincho pueden servir de gran utilidad pero debe aprender a utilizarlas correctamente. Siempre, antes de usarlas, tiene que PARARSE, PENSAR si son verdaderamente necesarias y, por último, ACTUAR como es debido.

Aunque resulta difícil, Pincho está decidido a ser más cuidadoso. En ocasiones saca sus púas pero poco a poco, con esfuerzo, se va acostumbrando a plegarlas hacia atrás y a prestar atención a las puntas afiladas, que pueden hacer daño a los demás. Él no quiere quedarse sin amigos, ¡jugar solo es muy aburrido!

Uno de los últimos días, los monitores deciden llevar a sus alumnos del campamento de excursión. Todos se han dividido en grupos y saben que no deben separarse del resto. Sin embargo, Orejas el conejo y Mico el monito deciden ir a investigar por su cuenta. Pincho les sigue de lejos. Sabe que no deben ir a ningún sitio sin los demás, pero no quiere dejar solos a sus compañeros ni perderse la aventura.

De repente, un enorme rugido se oye en el bosque. Orejas y Mico echan a correr y se esconden en un agujero, seguidos por Pincho. Hay un león cerca y si los encuentra podría meter la zarpa en el hueco y hacerles daño. Pincho piensa y se da cuenta de que es el momento de utilizar sus púas. Se coloca en el agujero y las saca hacia afuera, impidiendo que el león les alcance.

Cuando el león se marcha, sus compañeros abrazan a Pincho agradecidos. A nuestro amiguito le ha costado aprender a controlar sus púas pero finalmente lo ha conseguido

y ahora todos en el campamento admiran su valor y también aprenden que deben hacer caso a las indicaciones de sus monitores”.

TÍTULO DE LA ACTIVIDAD	“CADA OVEJA CON SU PAREJA”
DURACIÓN	60 minutos aproximadamente.
ÁMBITO	Escolar/Familiar
AGRUPAMIENTOS	Grupal
ESPACIO	Aula/Casa
MATERIAL	Memory de las emociones, tarjetas con emociones dibujadas.
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> – Reconocer y representar los sentimientos y emociones básicas de manera lúdica. – Regular la intensidad de las respuestas emocionales. – Asociar diferentes estados emocionales a distintas situaciones. – Trabajar la memoria y la atención.
CONTENIDOS	<ul style="list-style-type: none"> – Reconocimiento y expresión de sentimientos y emociones básicas y del por qué de las mismas. – Mejora de la capacidad de memoria y atención. – Relación de diferentes estados emocionales a las situaciones

	<p>correspondientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regulación de la intensidad de las reacciones emocionales.
<p>COMPETENCIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Competencia en comunicación lingüística. - Competencia social y ciudadana. - Competencia para aprender a aprender. - Autonomía e iniciativa personal.
<p>DESARROLLO</p>	<p>Elaboramos dibujos en forma de carta con distintas expresiones faciales de tal manera que obtengamos dos figuras idénticas de cada expresión, para poder formar así una pareja (dos de enfado, dos de alegría, dos de tristeza, dos de llanto, dos de burla, dos de sorpresa, dos de miedo), podemos repetir parejas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La primera actividad que realizaremos será intentar identificar cada una de las caras e imitarla. Si la actividad la realizamos en casa, podremos imitar las caras frente al espejo. 2. Asignaremos a cada niño una emoción y los repartiremos por la clase. Cuando suene el pitido de un silbato que tocará el maestro, tendrán que moverse por la clase para encontrar a su pareja, que será el niño que tenga la misma emoción que él. 3. Después jugaremos al memory. Se barajan las cartas y las situamos todas boca abajo. Iremos jugando por turnos. El primer jugador selecciona una carta al azar y le da la vuelta. Después

	<p>seleccionará otra. Si las emociones coinciden, deberá decir cuál es y se pasará al siguiente jugador, si no coinciden, probará suerte de nuevo. Los demás compañeros pueden ayudarlo.</p> <p>4. En situación de asamblea, iremos contando distintas historias y los niños nos deberán ir diciendo lo que sienten los personajes, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Jorge le pregunta a unos niños durante el recreo si puede jugar a la pelota con ellos y los niños le responden que no, Jorge se va y se sienta en un rincón, ¿cómo se siente?▪ Alejandra ha hecho muy bien los deberes y se ha portado estupendamente con su hermana pequeña, su mamá la felicita y le dice lo bien que se ha comportado, ¿cómo se siente Alejandra? <p>Después podemos preguntarles a ellos sobre una emoción y que nos digan cuándo se sienten así, por ejemplo, ¿Inés, que te pone triste?</p> <p>5. Una vez hayamos trabajado con los niños las distintas emociones podemos crear en clase el “panel de las emociones”. Para ello pegamos en una cartulina distintas imágenes de emociones y los niños pueden colocar su foto en la emoción que sientan cada día y después contarnos por qué se sienten así.</p>
--	--

TÍTULO	“EL VALS DE LAS FLORES”
DURACIÓN	10-15 minutos aproximadamente.
ÁMBITO	Escolar/Familiar
AGRUPAMIENTOS	Grupal
ESPACIO	Aula/Casa
MATERIAL	Canción “El vals de las flores” de Tchaikovsky.
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> – Descubrir las posibilidades expresivas del cuerpo. – Desarrollo de la motricidad global y del equilibrio. – Adquirir mayor control postural. – Conseguir relajarnos e inhibir el exceso de movimiento tras la actividad. – Favorecer el tránsito hacia actividades que requieren tranquilidad.
CONTENIDOS	<ul style="list-style-type: none"> – Descubrimiento de las posibilidades expresivas del cuerpo. – Mejora de la motricidad global y del equilibrio. – Adquisición de un correcto control postural. – Relajación e inhibición del exceso de movimiento. – Favorecimiento del tránsito hacia actividades sosegadas.

<p>COMPETENCIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Competencia en el conocimiento e interacción con el mundo físico. - Competencia cultural y artística. - Competencia para aprender a aprender.
<p>DESARROLLO</p>	<p>Esta actividad está preparada para inhibir el exceso de movimiento o la impulsividad pero no eliminándolo sino incluyendo movimientos suaves. Puede utilizarse, por ejemplo, en situaciones en las que los niños vienen sobre-activados, como suele ocurrir después del recreo, para relajarse y tranquilizarse.</p> <p>Comenzamos la actividad sentados en situación de asamblea. Representamos, con nuestro cuerpo, el nacimiento de una flor. Después con la música “El vals de las flores” de fondo, vamos haciendo una serie de movimientos relajados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Somos semillitas”: nos tumbamos en el suelo y nos abrazamos las rodillas. ▪ “Que ruedan por el suelo”: girar a un lado y a otro. ▪ “Nos arraigamos a la tierra”: nos sentamos en el suelo y continuamos abrazándonos las rodillas. ▪ “La lluvia nos ha hecho crecer”: vamos poco a poco creciendo y nos quedamos encorvados. ▪ “Nos convertimos en un tallo muy alto”: nos levantamos poco a poco y nos quedamos erguidos. ▪ “Nos ha crecido el capullo de una

	<p>flor”: levantamos los brazos, los mantenemos en esa posición y formamos con las manos un puño.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Florecemos con la llegada de la primavera”: en la posición anterior vamos abriendo poco a poco las manos y separamos los dedos. ▪ “La brisa nos balancea”: movemos el cuerpo a los lados lentamente
--	---

TÍTULO	“CARTAS”
DURACIÓN	Actividad continua a lo largo del último trimestre de 3º de E.I.
ÁMBITO	Escolar
AGRUPAMIENTOS	Grupal
ESPACIO	Clase
MATERIAL	Folios, pinturas de colores, ceras, rotuladores, etc.
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> – Practicar el inicio de la lectoescritura de manera lúdica. – Trabajar fórmulas de cortesía: dar las gracias cuando recibamos una carta, contestar a quien nos haya escrito, etc. – Fomentar la interacción, integración y comunicación entre los compañeros.

	<ul style="list-style-type: none"> – Mejorar las relaciones sociales.
CONTENIDOS	<ul style="list-style-type: none"> – Mejora de las relaciones sociales. – Conocimiento y utilización de las principales fórmulas de cortesía. – Realización y aceptación de alagos sinceros. – Iniciación en la lectoescritura.
COMPETENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> – Competencia en comunicación lingüística. – Competencia social y ciudadana. – Competencia cultural y artística. – Competencia para aprender a aprender. – Autonomía e iniciativa personal.
DESARROLLO	<p>Se trata de una actividad a iniciar por ejemplo en el último trimestre del último curso de E.I., donde los niños ya se han iniciado en la lectura y escritura y poco a poco van adquiriendo mayor soltura.</p> <p>Consiste en la elaboración de cartas para nuestros compañeros y en dar respuesta a las que nos envíen, creando así una red de comunicación entre todos. Por ejemplo, a Laura le escribe una carta Pablo y ella se la escribe a Lucía. Lucía le tiene que contestar la carta a Laura y a su vez escribir una carta a otro compañero y Laura tiene que contestar a Pablo. Los destinatarios de las cartas se echan a suertes. Elaboramos papeles con el nombre de todos, incluyendo el nuestro, y los repartimos de tal manera que a cada niño le corresponda un papel con el nombre de la persona a la que</p>

	<p>debe estar dirigida su carta, procurando que todos los niños reciban y escriban una carta. En las cartas debemos hablar sobre nuestro compañero y decir cosas buenas sobre él así como desearle lo mejor.</p> <p>Damos unos días de margen para que los niños junto con la ayuda de sus padres puedan realizar las cartas en sus casas y a partir de ahí, diariamente al llegar al cole, cada uno de nosotros debe dejar la carta que ha escrito en una cajita que colocamos en la clase. Después de efectuar las actividades rutinarias dedicamos un ratito a leer las cartas en alto y a repartirlas a sus destinatarios, y así sucesivamente.</p>
--	---

TÍTULO	APRENDEMOS A AUTORREGULARNOS CON “TORTU LA TORTUGUITA”, adaptación del cuento de M. Schneider en 1974 (citado por Orjales, 1998, p. 161 y Pujol et. al., 2006).
DURACIÓN	15-20 minutos aproximadamente.
ÁMBITO	Familiar/Escolar
ESPACIO	Lugar tranquilo donde se acostumbre a leer cuentos.

AGRUPAMIENTOS	Grupal
MATERIAL	Cuento de la “Tortu la tortuguita”
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> – Controlar la conducta impulsiva emocional. – Tolerar mejor las frustraciones. – Adquirir pequeñas responsabilidades que les ayuden a aumentar su autonomía.
CONTENIDOS	<ul style="list-style-type: none"> – Control de las respuestas emocionales impulsivas. – Adquisición de pequeñas responsabilidades que les ayuden a aumentar su autonomía.
COMPETENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> – Competencia en comunicación lingüística. – Competencia social y ciudadana. – Competencia para aprender a aprender. – Autonomía e iniciativa personal.
DESARROLLO	<p>Leeremos el cuento junto con el niño, enseñándole las ilustraciones y haciéndole partícipe del mismo. Debemos responder a todas sus cuestiones e ir haciéndole preguntas y recapitulaciones para comprobar que lo ha entendido.</p> <p>A partir de la lectura de este cuento, cuando se observe una situación potencialmente estresante, le hablaremos al niño de la tortuguita y el niño deberá imitar la posición que adopta la tortuga en el cuento para relajarse.</p> <p>Después, en colaboración con la escuela,</p>

	donde también puede trabajarse dicho cuento, podremos “elegir” como mascota de la clase una tortuguita de peluche. Cada fin de semana, un niño se encargará de llevarse la tortuguita a su casa y cuidar de ella. Así, además de aprender a controlar nuestras emociones trataremos de fomentar en los niños actitudes de respeto y cuidado hacia los objetos, que comprendan que es algo que deben cuidar y compartir con el resto de sus compañeros. Con esta actividad además, los niños se inician en el sentido de la responsabilidad, de hacerse cargo de algo.
--	---

Cuento

“Tortu, la tortuguita”

“Érase una vez, y mentira, no es que en un lugar muy lejano vivía una pequeña y preciosa tortuga llamada Tortu. Tenía 5 añitos y justo acababa de empezar 3º de Educación Infantil. A Tortu no le gustaba ir a la escuela, ni tampoco estar en casa con su madre y su hermanito. Ella lo único que quería era correr y saltar todo el día con sus amiguitos. Le parecía horrible tener que ir al cole y pasarse todo el día sentado en su pupitre. Odiaba leer y escribir y nunca se acordaba de llevar hechos los deberes que le mandaba la profe, y siempre se dejaba en casa los materiales y libros que también debía llevar al colegio.

En la clase, nunca escuchaba a la profesora y se pasaba el día haciendo ruiditos que molestaban a todos sus compañeros. Cuando se aburría de estar callado, interrumpía la clase chillando o diciendo tonterías que hacían reír a todos los niños. En casa la situación era parecida, nunca hacía las cosas que su mamá le mandaba, se le olvidaban las normas de comportamiento, pegaba a su hermanito pequeño y nunca hacía caso.

Tortu, a veces intentaba trabajar, pero lo hacía rápido para tratar de acabar siempre la primera y se volvía loca de rabia y de enfado cuando, al final, le decían que lo había hecho mal. Cuando pasaba esto, se enfadaba tanto que arrugaba todas las hojas de los deberes y las rompía en trocitos. Así pasaban los días y tanto la mamá de Tortu como su profesora, estaban muy preocupadas por ella.

Cada mañana, de camino a la escuela y otra vez de vuelta a casa, Tortu se decía a sí misma que se tenía que esforzar en todo lo que pudiera para que no le castigasen y para que su mamá y su profesora estuvieran orgullosas de ella. Pero al final del día, siempre acababa metida en algún problemilla. Casi siempre se enfadaba con alguien, se peleaba constantemente y no paraba de insultar. Además, por la cabeza le rondaba la idea de que “era una tortuga mala”, y se sentía fatal.

Un día, cuando se sentía más triste y desanimada que nunca, se encontró con una tortuga mayor que paseaba. Se trataba de una tortuga muy sabia, era gigante y tenía por lo menos miles y miles de años. La gran tortuga se acercó a Tortu y le preguntó qué era lo que le pasaba. La pequeña tortuguita le contó todos sus problemas, a lo que la sabia contestó: ¡llevas encima de ti la solución a todos tus problemas!

Tortu no sabía de qué le podía estar hablando aquella tortuga. ¡Tu caparazón!, exclamó la tortuga sabia. ¡Puedes esconderte dentro de ti siempre que te des cuenta de que lo que estás haciendo o diciendo te produce rabia o enfado. Entonces, cuando te encuentres dentro de tu caparazón tendrás tranquilidad y tiempo para pensar en lo que ha ocurrido, relajarte y buscar una solución!

A Tortu le encantó la idea, además estaba deseosa de poder probarla. Al día siguiente nuestra amiga la tortuguita fue al colegio refunfuñando, como todos los días y cuando estaba haciendo una suma, se equivocó. De repente empezó a sentir una gran furia y enfado, pero se acordó de lo que la sabia tortuga le había dicho y cuando estaba a punto de perder la paciencia y arrugar la ficha...Encogió sus bracitos, las piernas y la cabecita y los apretó contra su cuerpo, escondiéndose en el caparazón. Allí dentro estuvo un ratito hasta que se tranquilizó y pensó qué era lo mejor para solucionar su problema. Cuando salió de su oscuro caparazón se sorprendió de ver a su profesora sonriendo, contenta porque se había sabido controlar y no se había enfadado. Después, entre las dos consiguieron resolver el error, borraron la cuenta con mucho cuidado hasta que la hoja volvió a estar limpia y siguieron intentándolo hasta que consiguieron dar con el resultado.

Tortu siguió poniendo en práctica su receta mágica cada vez que tenía problemas, incluso a la hora del patio. Últimamente los niños ya no querían jugar con ella porque era una mandona, pero cuando descubrieron que ya no se enfadaba cuando perdía en un juego ni pegaba sin motivos, volvieron a jugar todos juntos”.

TÍTULO	“EL PROTAGONISTA DE LA SEMANA”
DURACIÓN	A lo largo de todo el curso
ÁMBITO	Escolar
AGRUPAMIENTOS	Individual/Grupal
ESPACIO	Aula
MATERIAL	Fotos, murales, etc.
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> – Favorecer la interacción positiva entre compañeros. – Conocer y valorar los aspectos positivos de nuestros compañeros. – Mejorar las habilidades conversacionales.
CONTENIDOS	<ul style="list-style-type: none"> – Mejora de las habilidades de conversación. – Valoración positiva de las características de nuestros compañeros. – Fomento de las relaciones sociales entre compañeros.
COMPETENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> – Competencia en comunicación lingüística. – Competencia social y ciudadana. – Competencia para aprender a

	<p>aprender.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Autonomía e iniciativa personal.
DESARROLLO	<p>Cada lunes habrá un protagonista de la semana de tal manera que al cabo del curso hayan pasado por esta actividad todos los niños de la clase. El viernes se hace la elección y a partir del lunes el niño será el protagonista, se colocará en clase una cartulina que hable de él, el niño traerá fotos de su familia, de su casa y sus juguetes favoritos. Además se dedicarán tres espacios en la cartulina, “lo que le gusta comer”, “a lo que le gusta jugar” y “cosas buenas de él”. Podemos contar también con las visitas de aquellos padres que quieran colaborar, realizar alguna actividad con nosotros o contarnos cosas sobre su trabajo.</p>

TÍTULO	¡NO PIERDAS EL DETALLE!
DURACIÓN	15 minutos aproximadamente.
ÁMBITO	Familiar/Escolar
AGRUPAMIENTOS	Grupal
ESPACIO	Clase/Casa
MATERIAL	Dibujos con diferencias, ilustraciones diferentes, objetos que podamos quitarnos y ponernos.
	<ul style="list-style-type: none"> – Centrar la atención en los

OBJETIVOS	<p>detalles.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la capacidad de memoria. - Incrementar el tiempo de mantenimiento de la atención.
CONTENIDOS	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento del tiempo de mantenimiento de la atención. - Mejora de la capacidad de atención a los detalles. - Mejora de la capacidad de memoria.
COMPETENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación lingüística. - Competencia en el conocimiento y la interacción con el mundo físico. - Competencia para aprender a aprender. - Autonomía e iniciativa personal.
DESARROLLO	<p>La primera parte de esta actividad consiste en observar determinadas figuras o ilustraciones durante un periodo de tiempo determinado. Después las retiramos de la vista del niño y éste deberá recordar aquello que aparecía en la imagen.</p> <p>A continuación, pasaremos a mostrarle dos dibujos que aparentemente son iguales, pero que tienen diferencias, para que las encuentre.</p> <p>Por último, para hacer la actividad más lúdica y como variación, podemos vestimos de una determinada manera, que el niño nos observe, después nos quitamos, nos añadimos algo, o lo cambiamos de sitio, y el niño deberá averiguar cuáles son los cambios que</p>

	hemos hecho.
--	--------------

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 10. INTERVENCIÓN ESCOLAR EN SITUACIONES CONCRETAS

Figura 2. Intervención escolar en situaciones concretas.



Se levanta a menudo

- Recordar la norma antes de empezar «vendrá a mi mesa el que tenga el trabajo acabado, el que tenga una duda que levante la mano y yo me acerco»
- Concretar una señal privada que le recuerde la norma
- Asegurarnos de que dispone de todo el material necesario para realizar la tarea y evitar que se levante
- Reforzar la conducta correcta (acercarse y decir «me gusta verte sentado, sé que harás un buen trabajo») e ignorar la incorrecta
 - Elaborar un sistema que le dé la oportunidad de ponerse en pie y andar (dibujar un espacio en el suelo, dar un cargo...)
- Entrenarlo para permanecer unos minutos trabajando autónomamente (si es capaz de estar sentado unos minutos pactados durante la tarea, podrá realizar después una actividad que le guste)
- Aplicar la consecuencia más lógica en caso de incumplir la norma (por ejemplo, perder temporalmente el privilegio de sentarse)

Interrumpe constantemente

- Ofrecer la norma por escrito o a través de un dibujo en un lugar visible («para intervenir es necesario estar en silencio, bien sentado en la mesa y con la mano levantada»)

- Pactar con el niño señales silenciosas como recordatorio (tocar, mirar, hacer un guiño) y mantenerse a menudo cerca de él
- Aprovechar algunas situaciones con otros niños para mostrar el modelo correcto («a ver a quién pregunto... a Alberto que está sentado, en silencio y con la mano levantada»)
- Reforzar la conducta correcta siempre que ésta se dé o se aproxime «me gusta que Marta recuerde que ha de levantar la mano y esperar que yo le diga que hable. Gracias Marta»
- En caso de que el niño continúe interrumpiendo, ofrecer pequeños recordatorios de la norma e ignorar la conducta. («Ahora es tu turno de escuchar y el mío de hablar. Si quieres decir algo, quédate en silencio, bien sentado y levanta la mano»)
- Podemos darle al niño impulsivo un pequeño margen de interrupción, pactando previamente con él una interrupción legal (por ejemplo, que nos pueda decir «Señor, cuando puedas...»). Posponiendo la interrupción le ayudamos a adquirir un mayor autocontrol, pues le forzamos a contenerse, a la vez que conseguimos disminuir el número de interrupciones.
- A aquellos niños poco autónomos podemos ofrecerles un medio adicional para reclamar ayuda (el niño puede disponer de una tarjeta roja que dejará sobre la mesa cuando necesite la ayuda del maestro)

Molesta a los compañeros de mesa

- Sentarlo con un compañero que presente un buen modelo de comportamiento
- Dedicar un tiempo personal a hablar sobre los sentimientos que genera en el compañero/compañeros cuando invade su espacio, los interrumpe, habla en exceso...



- Ofrecer un espacio para él solo donde pueda trabajar tranquilamente, presentándose como un «lugar para trabajar tranquilo» y no un «lugar para que no molestes»
- Elogiarle mediante la alabanza específica cuando trabaje correctamente y con sus compañeros («me gusta la forma en que Carlos está trabajando con su compañero»)
- En caso de incumplimiento podemos aplicar, por ejemplo, el tiempo fuera con la siguiente consigna: «Únete a tu compañero cuando creas que podrás trabajar en silencio»

Pierde el control, chilla, desafía...

- Si pierde completamente el control tendrá que retirarle del aula
- Si el niño/joven desafía, inicialmente se pueden ofrecer otras alternativas de solución («está bien, si no lo quieres dibujar, escríbelo»), en caso de que no dé resultado no conviene enfrentarse ni entrar en lucha de poderes («aquí quien manda soy yo»), mantenerse firme y no caer en lamentaciones (le decimos: «después hablamos», ignoramos sus comentarios y continuamos la actividad), no agredir (ni física ni verbalmente)
- Posteriormente al desafío dedicar un tiempo personal a hablarlo, dejándole explicarse, escuchándole atentamente, buscando conjuntamente soluciones para otro momento, orientándole, recordándole los límites y respetándole en todo momento
- Nuevamente se puede aplicar el tiempo fuera como técnica para reducir este comportamiento
- Se ha de evitar el abuso de la expulsión del aula, pues esta estrategia no favorece el autocontrol del niño con TDAH. Como alternativa, pactamos con él tres advertencias: la primera, se levanta y se mantiene de pie al lado de la silla; la segunda, se mantiene de pie al final de la clase, y sólo en la tercera abandona el aula



«Va como una moto»

- Reforzar en todo momento la buena conducta (por ejemplo, cuando camina de forma tranquila por el pasillo o cuando respeta la fila durante el comedor)
- Ignorar algunas conductas inadecuadas menores (ruiditos, movimientos, hablar en voz baja...)
- Permitirle un alivio para la tensión física (rayar una hoja, borrar la pizarra, ir a buscar alguna cosa, ir a beber agua...)
- Enseñar técnicas de autocontrol (técnica de la Tortuga*) y relajación (respiración profunda)
- Pactar previamente con el niño señales de recordatorio para aplicar las técnicas de autocontrol o relajación
 - Intentar prever momentos clave en que sabemos que pierde fácilmente el control: los momentos de transición, tarea poco planificada, aburrimiento, momentos sin actividad...

Fuente: Tomados de Pujol et. al., (2006, pp. 34- 37)

ANEXO 11. CONCEPTOS FRUTO DEL CONSENSO SOBRE TDA-H

Tabla 10. Conceptos fruto del consenso sobre TDA-H

El TDAH es un trastorno real, así lo reconoce la comunidad científica y las asociaciones profesionales ante la abrumadora evidencia científica sobre su existencia.
Se trata de un trastorno universal de inhibición, atención y autocontrol que se observa en todos los países y culturas.
Tiene su inicio en la infancia.
Se encuentra entre los trastornos más prevalentes.
Se reconoce la contribución genética al TDAH.
Conlleva deficiencias graves en capacidades psicológicas esenciales que suponen un grave perjuicio para los individuos afectados. Se observa también afectación de la autoestima y competencia personal.
Las alteraciones consecuentes al TDAH se aprecian en el ámbito escolar y familiar, relaciones sociales, funcionamiento familiar y profesional.
Los elementos esenciales que definen el TDAH son déficit en la inhibición del comportamiento y la atención sostenida.
Las manifestaciones características incluyen hiperactividad motora, déficit de atención e impulsividad.
Los niños y niñas hiperactivos no responden a un único e idéntico perfil psicológico y conductual. Constituyen un grupo heterogéneo.
El TDAH es un trastorno crónico. Sus manifestaciones cambian, si bien las dificultades atencionales constituyen la dimensión crónica del mismo.
Se trata de un trastorno comórbido. Su sintomatología se presenta asociada a otros síntomas propios de trastornos del comportamiento, trastornos del aprendizaje y con frecuencia, trastornos de ansiedad.
Las personas con diagnóstico de TDAH tienen más probabilidad de sufrir otros trastornos y alteraciones mentales a lo largo de su vida.
No es un trastorno benigno. Resulta imposible, hasta la fecha, eliminar el TDAH, pero si es posible aminorar las deficiencias atencionales y manejar adecuadamente los comportamientos disruptivos.
Las recomendaciones y propuestas de tratamiento varían según la edad del paciente.

Fuente. Tomado de Moreno (2013, p. 38)