

Trabajo Fin de Grado



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

UNIVERSIDAD PONTIFICIA COMILLAS

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

**EL NIÑO CON TDAH EN LA ESCUELA:
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y RETOS ACTUALES.
GUÍA DE INTERVENCIÓN EN FUNCIONES
EJECUTIVAS**

Autora: Laura Pérez de Diego

Directora: Yolanda Osete Martínez

Curso: 5º

Grado en Educación Primaria + Educación Infantil

Madrid

22 de abril de 2024

ÍNDICE DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

APA: *American Psychiatric Association* (Asociación Estadounidense de Psiquiatría)

CPF: Corteza Prefrontal

DCM: Disfunción Cerebral Mínima

DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales)

FE: Funciones Ejecutivas

MTA: *Multimodal Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (Estudio sobre tratamiento multimodal del TDAH)

NIMH: *National Institute of Mental Health* (Instituto Nacional de la Salud Mental)

PACP: Plan de Apoyo Conductual Positivo

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN-JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO	3
MARCO TEÓRICO	4
Notas acerca del TDAH: definición y datos más relevantes	4
Breve recorrido histórico del TDAH: revisión de los diferentes manuales diagnósticos hasta la actualidad	6
Indicadores específicos atípicos actuales	8
FUNCIONES EJECUTIVAS Y EL APRENDIZAJE EN EL NIÑO CON TDAH	9
Funciones Ejecutivas	9
Dificultades en las Funciones Ejecutivas en niños con TDAH	11
RETOS ACTUALES DEL TDAH EN EL AULA ORDINARIA: BARRERAS PARA EL APRENDIZAJE Y LA PARTICIPACIÓN	15
PREVENCIÓN DEL TDAH: SIGNOS DE ALERTA EN EDUCACIÓN INFANTIL PARA UNA INTERVENCIÓN PRECOZ	17
TRATAMIENTO E INTERVENCIÓN DEL TDAH: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LOS MODELOS DE MAYOR IMPACTO	19
Tratamiento farmacológico	19
Intervención psicoeducativa y psicosocial	20
Terapia cognitivo-conductual.....	20
Entrenamiento de las habilidades sociales.....	22
Intervenciones de última generación	22
Intervención multimodal o de integración	25

HOJA DE RUTA PARA LA INTERVENCIÓN	26
Intervención educativa en el contexto escolar.....	26
Orientación a las familias.....	30
PREGUNTAS FRECUENTES	33
GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS Y RECURSOS EDUCATIVOS PARA ALUMNOS CON TDAH A UTILIZAR EN EL AULA ORDINARIA.....	37
Autoinstrucciones	37
Planificadores, gráficos semanales y organizadores de tiempo	41
(Auto)rregulador de la conducta	46
Estrategias y recursos de aula o la mesa del alumno con TDAH	51
CONCLUSIONES	57
BIBLIOGRAFÍA.....	59

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Cronología del concepto de TDAH	7
Figura 2. Funciones Ejecutivas.....	10
Figura 3. Corteza prefrontal	11
Figura 4. Esquema del modelo híbrido de las FE de Barkley	12
Figura 5. Esquema relacional de las dificultades en las FE en niños con TDAH.....	13
Figura 6. Perspectiva positiva de la conducta.....	23

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cronología histórica de las publicaciones del DSM y la evolución conceptual del TDAH.	7
Tabla 2. Clasificación en Funciones Ejecutivas frías y calientes	10
Tabla 3. Tipos de consecuencias	21

RESUMEN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes en la población infantil con una prevalencia del 5%. Se caracteriza por un patrón persistente de hiperactividad-impulsividad y/o inatención al que pueden ir asociados otros trastornos. La evidencia científica avala su origen genético y garantiza una evolución altamente influida por factores ambientales que afecta considerablemente al rendimiento académico, posicionándose como una de las principales causas de fracaso escolar.

Conocer las manifestaciones de este trastorno junto a las causas que lo desencadenan ha permitido desarrollar y presentar un programa de estrategias de intervención junto a una batería de recursos cuyo propósito es reducir la aparición de los síntomas minimizando las dificultades aparentes y mejorando la calidad de vida de quien lo padece.

La ruta de intervención que se plantea recoge las estrategias para proporcionar orientación, especialmente a aquellas personas que trabajan en intervención directa con estos niños y sus familias. Esta se ve complementada con una revisión de los distintos tratamientos para los que se presentan distintos modelos y técnicas de intervención: a) tratamiento farmacológico, b) intervención psicoeducativa y psicosocial, c) intervención de última generación, d) intervención multimodal o de integración, e) apoyo y formación a profesionales y familias.

Palabras clave

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Funciones Ejecutivas, Modelos de intervención, Estrategias.

ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common neurodevelopmental disorders among children with a prevalence of 5%. It is characterised by a persistent pattern of hyperactivity-impulsivity and/or lack of attention to which other disorders may be associated. Scientific evidence supports its genetic origin and guarantees an evolution highly influenced by environmental factors that considerably affects academic performance, being one of the main causes of school failure.

Knowing the manifestations of this disorder together with the causes that trigger it has allowed us to develop and present a programme of effective intervention strategies along with a battery of resources which purpose is to reduce the appearance of the symptoms, minimising the apparent difficulties and improving the quality of life of those who suffer from it.

The intervention pathway that is proposed includes strategies to provide guidance, especially to those working in direct intervention with these children and their families. This is complemented by a review of the different treatments for which different intervention models and techniques are presented: a) pharmacological treatment, b) psychoeducational and psychosocial intervention, c) cutting-edge methodologies, d) multimodal intervention, e) support and training for professionals and families.

Keywords

Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Executive Functions, Intervention models, Strategies.

INTRODUCCIÓN-JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (de ahora en adelante, TDAH) es uno de los trastornos más comunes en las aulas. Se manifiesta con síntomas de hiperactividad-impulsividad y/o inatención que pueden afectar significativamente al día a día de quien lo padece. De ahí la importancia de plantear una intervención individualizada que reduzca la afectación de la sintomatología mejorando el pronóstico y asegurando la participación de estos niños en todos los contextos.

Los motivos que han derivado en la elección y elaboración de un trabajo centrado en esta temática tienen que ver con la elevada prevalencia de este trastorno, lo que aumenta la probabilidad de contar en el aula con alumnado con dichas características cuyas necesidades educativas concretas se deben atender. Por ello, se pretende que este trabajo ayude a asentar las bases para una detección y atención que asegure el adecuado aprendizaje de estos niños en el aula ordinaria.

Ligado a estas motivaciones se suman una batería de preguntas a las que se busca dar respuesta y que han servido de orientación para estructurar este trabajo: ¿Qué es el TDAH y cómo afecta a quién lo padece? ¿Es una condición de por vida? ¿Qué hay detrás del TDAH? ¿Qué hacer ante la sospecha de TDAH? ¿Cómo se interviene el TDAH? ¿Existe una única guía de intervención?

De acuerdo con estas cuestiones, se ha organizado este trabajo en tres grandes bloques en relación con el TDAH: el primer bloque corresponde al marco teórico, donde se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica acerca del trastorno y sus implicaciones (que incluye las causas, la prevalencia, la comorbilidad, la historia y los criterios diagnósticos del TDAH) junto a la tentativa de conocer los factores subyacentes, su repercusión a nivel académico y su reconocimiento precoz.

En el segundo apartado se desglosan y presentan distintos modelos de tratamiento, seguido de mi propuesta de intervención en el contexto escolar dirigida a profesionales y familias, objetivo prioritario de este trabajo y motivo principal para su realización.

La última sección se reserva a las conclusiones finales extraídas en la elaboración del trabajo, su impacto a nivel formativo y sus posibles aplicaciones.

MARCO TEÓRICO

Notas acerca del TDAH: definición y datos más relevantes

El **Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad** o **TDAH** está catalogado como un trastorno del neurodesarrollo. Se manifiesta con un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad desde las primeras etapas del desarrollo (antes de los 12 años) en más de un contexto provocando interferencias en el funcionamiento personal, social, académico y laboral; según lo descrito en el DSM-5-TR (APA, 2022).

El TDAH es una alteración neurobiológica de carácter crónico cuya evolución está condicionada por un alto componente genético y la contribución de múltiples factores neurobiológicos y ambientales.

Para Barkley (2009), hay dos áreas biológicas implicadas en la presencia de TDAH: la neurología y la genética. Esto permite reconocer el TDAH como un trastorno hereditario, y no como un problema de comportamiento, ni de educación, ni social, ni familiar (Barkley, 2009).

Según Biederman (2004), existe una fuerte contribución genética de hasta un 76%, por la que hay una alta probabilidad de que alguno de los progenitores con un hijo diagnosticado de TDAH presente este mismo trastorno (como se citó en Wilmar, 2013).

Diferentes estudios desde la neuropsicología asocian el TDAH a alteraciones en las funciones cognitivas y en el funcionamiento y desarrollo de la corteza frontal afectando a los procesos de inhibición, atención, percepción del tiempo y los neurotransmisores encargados de los mecanismos de motivación y recompensa.

Entre los factores ambientales que predisponen el desarrollo de este trastorno se distinguen: complicaciones perinatales, consumo de alcohol y tabaco u otros fármacos, y consecuencias derivadas de una pobre salud en la madre durante el embarazo (Spencer, Biederman & Mick, 2007) junto a situaciones de prematuridad, hipo estimulación temprana o una dieta inadecuada (Rusca-Jordan & Cortez-Vergara, 2020).

El TDAH se sitúa como uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes en la infancia (Fernández & Calleja, 2004) afectando al 5% de los niños según el DSM, 5 (APA, 2013); y al 7,2% según el DSM-5-TR (APA, 2022). En España, la prevalencia es de 4,9%-8,8% entre niños y adolescentes (Catalá-López, Peiró, Ridao, Sanfélix-Gimeno, Gènova-Maleras, Catalá & 2012).

En niños de entre 4 y 6 años, se estima la prevalencia del TDAH en el 5,4%, dividiéndose esta cifra según el subtipo dominante (Cerrillo-Urbina, García-Hermoso, Martínez-Vizcaíno, Pardo-Guijarro, Ruiz-Hermosa & Sánchez-López, 2018):

- 2,6% presentación predominante inatenta.
- 1,5% presentación predominante hiperactiva/impulsiva.
- 1,3% presentación combinada.

Estas tres manifestaciones clínicas del TDAH se dan en función de la sintomatología predominante, y se deben especificar en el diagnóstico junto al nivel de gravedad.

El TDAH es más frecuente en varones con una proporción aproximada de 2:1. En el caso de las niñas, presentan rasgos inatentos, habiendo una mayor tendencia de predominio hiperactivo/impulsivo en niños, como indica el DSM-5-TR (APA, 2022).

El estudio MTA del NIMH (Estudio Multimodal de Tratamiento del NIMH), afirma que hasta 2/3 de los niños diagnosticados con TDAH presentan de forma simultánea un diagnóstico de otro trastorno (33%). En ocasiones, la comorbilidad puede presentarse de forma múltiple, dándose casos de TDAH con dos trastornos comórbidos (16%) y hasta tres simultáneamente (18%) (Hervás & Durán, 2014).

Los trastornos con morbilidad asociada al TDAH son:

- Trastornos Específicos del Aprendizaje.
- Trastorno del Espectro Autista.
- Trastornos perceptivo-motores.
- Trastornos de desregulación disruptiva del estado de ánimo.
- Trastornos de la ansiedad.
- Trastornos de depresión.
- Trastorno de la conducta y Trastorno Negativista Desafiante.

La alta comorbilidad dota de una importancia especial al TDAH al suponer una mayor complejidad en su detección y diagnóstico.

Breve recorrido histórico del TDAH: revisión de los diferentes manuales diagnósticos hasta la actualidad

Resulta necesario hacer una revisión historiográfica del concepto de TDAH para conocer la evolución de la argumentación científica en torno a este diagnóstico y consolidar la conceptualización del mismo como un cuadro clínico, desmintiendo así creencias erróneas en torno a la manifestación y origen de sus síntomas.

Las primeras referencias a lo que hoy conocemos como TDAH aparecieron en 1798 con Crichton y el “*Mental Restlessness*” (agitación mental), concepto que hacía alusión a síntomas de hiperactividad, inatención y falta de persistencia en la tarea.

Más adelante, en 1845, Henrich Hoffman publicó una colección de libros (*Der Struwwelpeter*) cuyo protagonista muestra un patrón conductual disperso, impulsivo e hiperactivo.

En 1902, George Still introdujo el término de “*Defecto del Control Moral*” y asentó las bases neurobiológicas del ahora conocido TDAH, desvinculando los estilos de crianza con el comportamiento conductual de este trastorno.

A mediados del siglo XX, una epidemia de encefalitis derivó en la asociación de conductas hiperactivas e inatentas a la presencia de lesiones cerebrales en niños. El término “*Disfunción Cerebral Mínima*” (DCM) cobró relevancia. Posteriormente, se observó este patrón de comportamiento hiperquinético en niños sin un cuadro de post-encefalitis, lo que derivó en el cuestionamiento de esta teoría, sustituyéndose el DCM por el concepto de “*Síndrome Hiperkinético*”.

Desde la segunda mitad del siglo XX y hasta la actualidad, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) ha desarrollado y publicado en distintas ocasiones el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) donde se describen todos los trastornos mentales y sus criterios de diagnóstico.

Se han recogido las publicaciones de este manual clínico y la consecuente evolución del concepto de TDAH en cada una de ellas en la siguiente tabla:

Año de publicación	Número de edición	Evolución conceptual del TDAH
1952	DSM-I	No hay una conceptualización del TDAH.
1968	DSM-II	Síndrome Hiperactivo o Síndrome del niño hiperactivo.
1980-1987	DSM-III DSM-II-R	Categorizado como Trastorno de la Infancia y la Adolescencia. Introducción del término TDA (con o sin Hiperactividad). Con la revisión sólo se contempla TDA con Hiperactividad.
1994-2000	DSM-IV DSM-IV-TR	Reconocimiento de 3 subtipos: inatento, hiperactivo-impulsivo, combinado.
2013	DSM-5	Cambios en criterios diagnósticos y reconocimiento del TDAH dentro de los trastornos del neurodesarrollo.
2022	DSM-5-TR	No se aprecian cambios en criterios diagnósticos y reconocimiento del TDAH.

Tabla 1. Cronología histórica de las publicaciones del DSM y la evolución conceptual del TDAH.

Esta evolución es reflejo de los avances en la comprensión y conocimiento científico del TDAH, lo que permite un mejor y más ajustado diagnóstico y una mayor implicación en la práctica clínica en el ámbito de la salud mental. Pues aunque el TDAH es uno de los trastornos más estudiados, todavía se desconoce mucho sobre él.

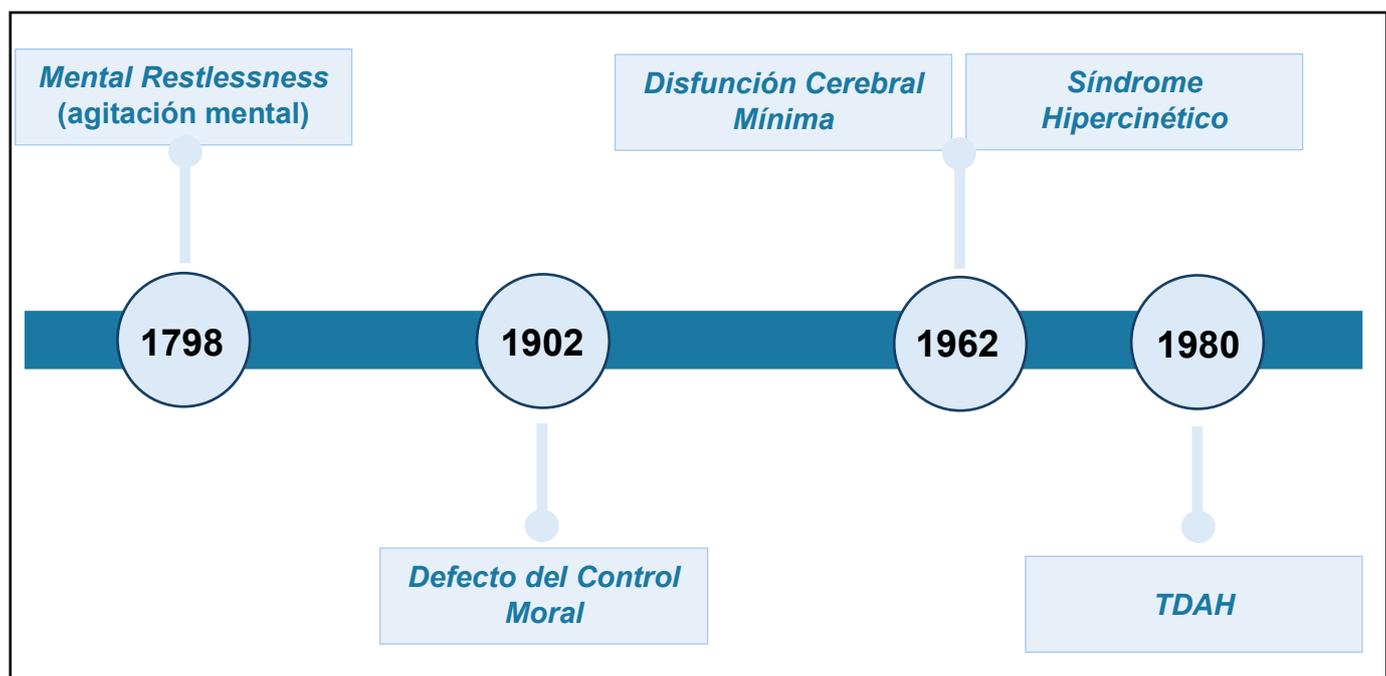


Figura 1. Cronología del concepto de TDAH

Indicadores específicos atípicos actuales

El diagnóstico de TDAH se basa en los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-5-TR (APA, 2022).

Patrón resistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, caracterizado en (1) y/o (2):

1. Inatención:

- a. Falla en prestar atención a detalles.
- b. Dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.
- c. Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d. No sigue las instrucciones y no termina las tareas.
- e. Dificultad para organizar tareas y actividades.
- f. Evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- g. Pierde cosas.
- h. Se distrae con facilidad.
- i. Olvida las actividades cotidianas.

2. Hiperactividad e impulsividad:

- a. Juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c. Corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.
- d. Es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Está "ocupado" actuando como si "lo impulsara un motor".
- f. Habla excesivamente.
- g. Responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta.
- h. Dificultades para esperar el turno.
- i. Interrumpe o se inmiscuye con otros.

Se requiere de la observación de seis o más de estos síntomas durante al menos seis meses en un grado que no concuerde con el nivel de desarrollo.

Además, estos síntomas deben estar presentes antes de los doce años y manifestarse en dos o más contextos interfiriendo en el funcionamiento social, académico y laboral.

FUNCIONES EJECUTIVAS Y EL APRENDIZAJE EN EL NIÑO CON TDAH

Funciones Ejecutivas

No existe una definición acordada sobre las “Funciones Ejecutivas”, ya que los expertos no consiguen ponerse de acuerdo para conceptualizar este término. Aun así, podemos definir las **Funciones Ejecutivas (FE)** como aquellos procesos neuropsicológicos complejos dirigidos a regular la propia conducta para conseguir una meta de forma eficaz. Son por tanto responsables de la regulación de la conducta, los pensamientos y los recuerdos.

Se trata así de un sistema interrelacionado de actividades cognitivas imprescindibles en el funcionamiento intelectual, conductual y emocional.

Se distinguen dentro de las FE:

La **inhibición** es un proceso mental por el que el individuo retiene una respuesta automática o una conducta no adecuada al contexto.

La **memoria de trabajo no verbal** es una actividad intelectual que posibilita la retención y utilización de información a través de imágenes mentales y sensaciones asociadas a acciones pasadas para guiar la propia conducta.

La **memoria de trabajo verbal** es la habilidad cognitiva por la que se autodirige el habla a través de instrucciones para regular el comportamiento.

La **regulación emocional** es el mecanismo por el que cada individuo logra autorregularse emocionalmente para ajustar la respuesta emocional a la situación.

La **regulación de la motivación** es un sistema cognitivo estrechamente conectado con la FE anterior, por el que el individuo establece metas y elabora estrategias de persistencia y adaptación para la consecución de un objetivo.

La **planificación y la resolución de problemas** es la capacidad intelectual de secuenciar, jerarquizar y monitorizar la propia conducta buscando estrategias para alcanzar una meta.

Estas se dirigen a uno mismo, y su objetivo es la autorregulación para alcanzar metas.

Si se atiende al **modelo híbrido de las Funciones Ejecutivas de Barkley (2011)**, podemos organizar las FE siguiendo una estructura piramidal, donde el desarrollo de las FE básicas desencadena el desarrollo de las FE más complejas.



Figura 2. Funciones Ejecutivas

Las FE se pueden agrupar en Funciones Ejecutivas “frías” (*cold*) y “calientes” (*hot*) (Chan, Shum, Touloupoulou & Chen, 2008) atendiendo a su implicación o no en procesos emocionales. Así, las FE quedan distribuidas en cada grupo de la siguiente manera:

Funciones Ejecutivas frías	Funciones Ejecutivas calientes
Inhibición Memoria de trabajo Planificación y resolución de problemas	Regulación emocional Regulación de la motivación

Tabla 2. Clasificación en Funciones Ejecutivas frías y calientes

Se sabe que **las FE están estrechamente ligadas a la corteza prefrontal (CPF)** y los lóbulos frontales. De este modo, la maduración en el funcionamiento de las FE está relacionada con el desarrollo cerebral.

La CPF comienza a desarrollarse a partir del primer año de vida y continúa a lo largo de toda la infancia hasta culminar en la adolescencia. Durante este período, tienen lugar cambios en su estructura y funcionamiento, lo que supone una mejora en la capacidad y competencia ejecutiva.

Además, y de forma paralela a la maduración cerebral, el individuo en interacción con su entorno moldea las redes neuronales que sustentan el funcionamiento ejecutivo (García-Molina, Enseñat-Cantalops, Tirapu-Ustárroz & Roig-Rovira, 2009; Sastre-Riba, Merino-Moreno & Poch-Olivé, 2007).

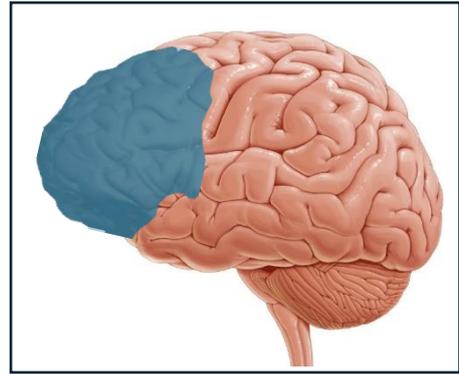


Figura 3. Corteza prefrontal

Los trastornos psicopatológicos vinculados a alteraciones en las FE, y su consecuente disfunción cognitiva, pueden estar provocados por lesiones en esta zona del cerebro.

Dificultades en las Funciones Ejecutivas en niños con TDAH

A la hora de plantear una ruta de intervención, es imprescindible conocer las afectaciones que un trastorno produce en el individuo. En el caso del TDAH, es preciso no reducir el diagnóstico únicamente a los síntomas de inatención e hiperactividad-impulsividad. Para ello, se deben reconocer las dificultades que lo acarrearán y qué se esconde detrás de dichos síntomas.

Según Barkley (1997), el TDAH es un trastorno en el desarrollo de la inhibición que afecta al funcionamiento de las FE, lo que se refleja en dificultades en la autorregulación comportamental. Por tanto, si las FE buscan la autorregulación para alcanzar una meta, se concluye que el TDAH es en realidad un trastorno del déficit de autorregulación, al presentar las personas con TDAH déficits en las habilidades cognitivas para su autorregulación.

TDAH = Trastorno del Déficit de autorregulación = Trastorno por Déficit en las FE

Las dificultades presentes en el TDAH tienen que ver con un deterioro en la inhibición de la respuesta motora, el control atencional, la memoria de trabajo, la planificación, la flexibilidad cognitiva (FE frías) y la regulación emocional (FE calientes).

El modelo híbrido de las FE propuesto por Barkley plantea en primera instancia el **déficit en la inhibición conductual y los mecanismos de autorregulación**, los cuales implican 1) la inhibición de la respuesta inmediata ante un estímulo y la puesta en marcha de una acción dirigida a uno mismo y 2) su perseveración junto a la resistencia a interferencias, lo que genera un cambio en la conducta automática para 3) alterar la probabilidad de aparición de la consecuencia y alcanzar una meta (Orjales, 2000).

Durante este período de latencia donde se inhibe la respuesta inmediata, se activan las FE, cuya puesta en marcha está encaminada a redirigir la conducta inhibida planteando nuevas estrategias y evitando las distracciones internas y externas.

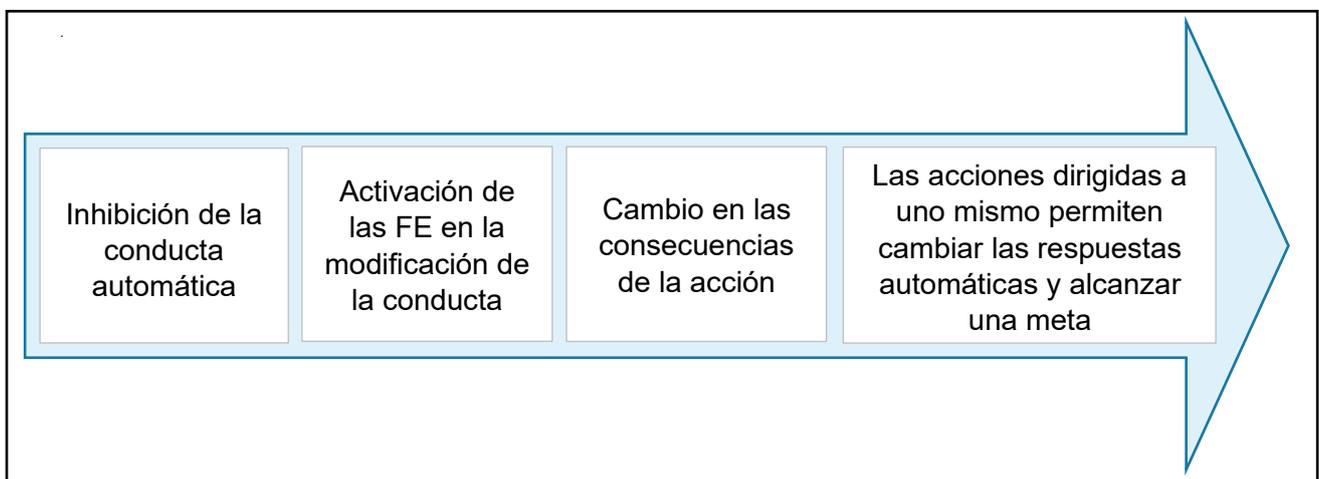


Figura 4. Esquema del modelo híbrido de las FE de Barkley

Como se ha mencionado con anterioridad, los niños con TDAH presentan una serie de alteraciones en las FE. El **déficit en la memoria de trabajo no verbal** es una de ellas. Este se observa en problemas para retener y recuperar información del pasado para representarla mentalmente y poder elaborar una respuesta. Puede provocar una menor consideración de las consecuencias de una acción, una disminución del sentido del tiempo al no retener secuencias de hechos, e incluso una mayor dependencia a la obtención inmediata de resultados que mantienen la conducta.

También presentan un **deterioro de la memoria de trabajo verbal**, por el que el niño encuentra dificultades para autodirigirse a través de instrucciones internas. Sin esta internalización del habla, no se inicia un proceso de auto habla que permita autorregularse. El autocuestionamiento, el planteamiento de hipótesis alternativas o la reflexión y los ajustes de la acción son mecanismos ausentes en niños con TDAH.

A su vez, manifiestan una **inmadurez en la autorregulación emocional y de la motivación**. Al igual que presentan problemas en la capacidad de inhibición de la conducta, encuentran complicaciones a la hora de controlar ciertas respuestas emocionales. Por otro lado, sus dificultades para automotivarse y su imposibilidad para esperar a los reforzadores provocan la dependencia de la propia conducta hacia refuerzos externos inmediatos.

Otra afección que experimentan tiene que ver con el **deterioro de las habilidades de planificación y flexibilidad cognitiva**. El niño ve afectada su capacidad para recuperar las conductas observadas y combinarlas para el diseño de nuevas estrategias de acción, lo que deriva en su insensibilidad ante el feedback y la incapacidad para planificar y organizar la secuencia de tareas que le permitan su adaptación ante situaciones novedosas.

Todo lo mencionado afecta directamente al **control motor** (pobre regulación conductual, baja persistencia hacia una meta, aumento de la dispersión hacia otras tareas, alta desorganización, etc.) lo que permite explicar las deficiencias inhibitorias, reflejadas bajo los síntomas de hiperactividad e impulsividad asociados al TDAH.

Estas afirmaciones quedan reflejadas en el siguiente esquema:

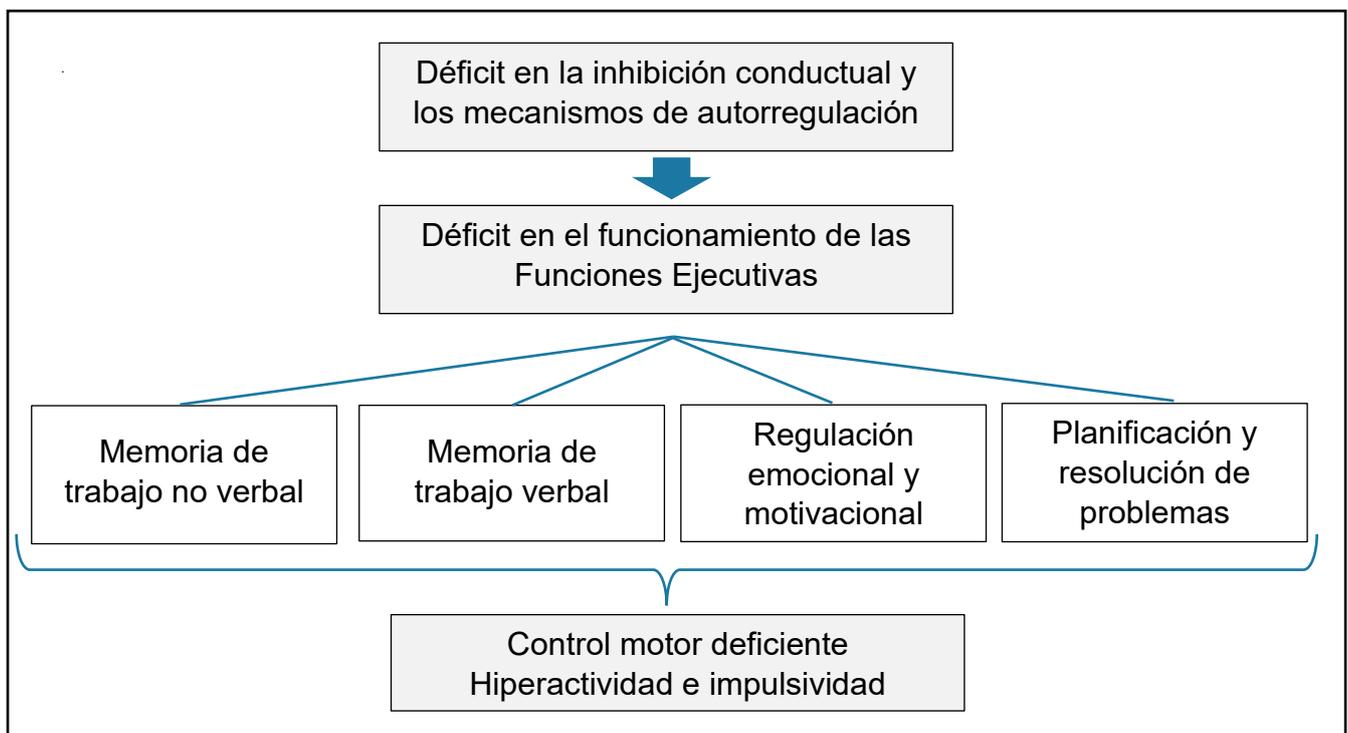


Figura 5. Esquema relacional de las dificultades en las FE en niños con TDAH

Resulta necesario en este punto revisar también las dificultades a nivel atencional al presentar esta déficits en el TDAH.

Puesto que los niños con TDAH no presentan afectaciones en los mecanismos atencionales ante tareas de su interés o motivadoras, no podemos hablar de un funcionamiento neuroatencional afectado. Únicamente presentan dificultades para mantener la atención de forma prolongada en tareas que no resultan de su interés.

Otros síntomas observables tienen que ver con continuos olvidos, despistes, cambios frecuentes entre tareas, distracciones ante estímulos, pérdida de objetos, etcétera. Todas estas acciones se englobarían en lo que conocemos como atención voluntaria, la cual se ve afectada por las deficiencias en las FE y depende de la motivación que se obtenga como consecuencia del refuerzo inmediato. Esto nos lleva a concluir que, la falta de atención en este trastorno se debe en realidad a un déficit en la persistencia dirigida a un objetivo (Servera-Barceló, 2005).

La inatención es por tanto un déficit en la autorregulación al carecer de un control de las interferencias que permita mantener el foco en la meta. Podemos establecer una relación significativa entre el déficit de atención y los problemas en la memoria de trabajo tanto verbal como no verbal, al requerir estas del mantenimiento de los objetivos en mente junto a auto reforzadores en ausencia de motivadores externos.

En definitiva, el modelo híbrido de las FE que plantea Barkley defiende que el TDAH es un trastorno en la capacidad inhibitoria, cuyo déficit genera alteraciones en las FE que se reflejan en carencias en las habilidades de autorregulación de la conducta, cuyos síntomas visibles son la hiperactividad-impulsividad y la inatención.

RETOS ACTUALES DEL TDAH EN EL AULA ORDINARIA: BARRERAS PARA EL APRENDIZAJE Y LA PARTICIPACIÓN

El TDAH se caracteriza por presentar dificultades significativas de aprendizaje.

Los niños con TDAH tienen inteligencia conservada (a excepción de los casos donde el TDAH curse con discapacidad intelectual). Sin embargo, al afectar su sintomatología directamente al rendimiento académico, tienden a obtener resultados por debajo de lo esperado.

Su excesiva actividad motora, sus dificultades para mantener la atención, sus problemas para memorizar, junto a su descuido o prisa en la realización de la tarea o el cumplimiento de rutinas, son algunos de los motivos que afectan negativamente a su desempeño en la escuela.

Los niños con TDAH pueden presentar los siguientes obstáculos en el aprendizaje (González, 2015):

Dificultades para finalizar la tarea o realizarla adecuadamente.

La imposibilidad de sostener la atención de forma prolongada sumado a la impulsividad a la hora de dar una respuesta, resultan en descuidos y desorganización en la ejecución de las tareas. Suelen ser niños que no prestan atención a los detalles, no siguen las instrucciones, se distraen con facilidad e incluso no terminan o entregan la tarea incompleta.

Problemas para comprender las actividades.

Estos se producen por las alteraciones en la memoria de trabajo y los tiempos atencionales. La atención es la puerta de entrada para la memoria, pues de ella depende cómo se guarda la información. Los niños con TDAH presentan una disminución en los tiempos de atención, lo que acarrea dificultades en la memoria de trabajo, al estar la entrada y clasificación de la información deterioradas, lo que afecta a la elaboración de estrategias para la realización de actividades.

Dificultades para establecer rutinas de estudio.

Esto se observa en una mala administración del tiempo efectivo de estudio y la inadecuada selección de técnicas y estrategias de aprendizaje como consecuencia de déficits en la planificación y la flexibilidad cognitiva. La ausencia de un hábito de estudio afecta negativamente al desempeño académico.

Frustración y desmotivación hacia el aprendizaje y baja autoestima.

La obtención de resultados que discrepan del grado de esfuerzo provoca en los niños con TDAH un autoconcepto negativo y un rechazo hacia las tareas académicas que supongan un esfuerzo mental sostenido, no sean de su interés o no planteen un refuerzo inmediato.

PREVENCIÓN DEL TDAH: SIGNOS DE ALERTA EN EDUCACIÓN INFANTIL PARA UNA INTERVENCIÓN PRECOZ

El diagnóstico de TDAH suele llevarse a cabo propiamente en la etapa de Educación Primaria, aunque los síntomas pueden aparecer en la etapa de Educación Infantil (Kaplan & Adesman, 2011). Su identificación precoz en los primeros años de vida (3-6 años) asegura una intervención temprana que puede reducir los síntomas y mejorar el pronóstico del trastorno en etapas posteriores (Bauermeister & Matos, 2011).

Sin embargo, la detección de los síntomas puede resultar compleja debido a que ciertas conductas de inatención e hiperactividad-impulsividad pueden concebirse dentro de los parámetros de normalidad para esa edad al encontrarse las habilidades ejecutivas en pleno desarrollo.

Los niños de tres a seis años, generalmente, son inquietos e impulsivos y presentan una baja tolerancia a la frustración como consecuencia del proceso de maduración del área prefrontal del cerebro.

Los niños en Educación Infantil, al ser la atención una habilidad evolutiva, carecen de atención sostenida, por lo que no podemos utilizarlo como indicador para diagnosticar TDAH. De ahí que el subtipo con predominio hiperactivo-impulsivo sea más prevalente que la presentación inatenta a estas edades.

Además, resulta fundamental conocer las características particulares del TDAH en edades tempranas en comparación con los criterios diagnósticos en niños mayores de seis años. Aunque no existan criterios clínicos para el diagnóstico de TDAH en Educación Infantil, se puede prestar atención a los signos de alerta que hacen sospechar de un posible cuadro de TDAH (Vaquerizo-Madrid, 2005):

- Hiperreactividad, oposicionismo y tendencia a berrinches ligados a una desregulación emocional.
- Constantes accidentes como consecuencia de una ausencia de percepción del peligro junto a una intensa actividad motora y una alta curiosidad.
- Escasa disposición e interés hacia juegos sociales con iguales.

- Retraso en el lenguaje.
- Retraso en el desarrollo de la motricidad fina manifestado en forma de torpeza.
- Exceso de preferencia por juegos deportivos sobre juegos educativos.
- Actitud desmontadora ante los juguetes y pobre interés sostenido por el juego.
- Dificultades para el desarrollo gráfico y para la comprensión de la figura humana a través del dibujo.
- Dificultades para automatizar rutinas y cambiar de tarea.

La intensidad de estos síntomas y su presencia en varios contextos junto a algunas variables ambientales determinarán el pronóstico de TDAH.

TRATAMIENTO E INTERVENCIÓN DEL TDAH: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LOS MODELOS DE MAYOR IMPACTO

Numerosos estudios avalan la eficacia de la intervención en la mejora de los principales síntomas de TDAH y la reducción de otros síntomas asociados. En la actualidad, existen diversos tipos de tratamientos cuya implementación dependerá de las características concretas de cada individuo y sus necesidades.

Entre las estrategias de intervención más utilizadas en niños con TDAH, se distinguen: los tratamientos farmacológicos, las intervenciones psicoeducativas y psicosociales o la combinación de varios de ellos de forma simultánea. Además, recientemente se están aplicando nuevas estrategias de intervención y tratamiento del TDAH.

Tratamiento farmacológico

Los tratamientos farmacológicos se posicionan como la principal modalidad de intervención ante este trastorno. Más concretamente, los fármacos psicoestimulantes (metilfenidato) se encuentran entre los más prescritos entre la población infantil con TDAH, donde la mejora significativa de los problemas asociados está demostrada (Chronis, Jones, & Raggi, 2006; Millana, 2016). Sin embargo, se le asocian una serie de efectos adversos, que sumados a otras limitaciones, avivan la preocupación y ponen el foco en la necesidad de emplear otros métodos para paliar los síntomas adheridos al TDAH (Graham et al., 2011).

Por esta razón, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa aprobó el 6 de marzo de 2015 una resolución por la que solicita a los Estados miembros una mejor formación de los profesionales para garantizar el diagnóstico precoz y el tratamiento integral de los niños con TDAH; e insta a reducir el empleo de tratamientos farmacológicos, siendo estos utilizados como último recurso o en combinación con otras intervenciones psicosociales.¹

¹ <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=21596&lang=en>

Este planteamiento, junto a la consideración del TDAH como una alteración en múltiples ámbitos y áreas de funcionamiento del niño, requiere de la implementación de una intervención multimodal que englobe todos los contextos en los que se desenvuelve el niño (Chronis et al., 2006).

Intervención psicoeducativa y psicosocial

Dentro de este tipo de intervenciones se engloban técnicas y terapias enfocadas a la conducta, la cognición y las habilidades sociales.

Terapia cognitivo-conductual

La **intervención cognitivo-conductual** se basa en un análisis funcional de la conducta mediante el empleo de reforzadores positivos que incluye la utilización de autoinstrucciones para la modificación y reemplazo de patrones de pensamiento y respuestas emocionales desadaptativas. En definitiva, su enfoque se dirige al control interno de las respuestas del niño mediante la concienciación de las mismas, reduciendo las reacciones impulsivas.

Requiere de una intervención global sobre todos los elementos (antecedentes, variables contextuales y consecuencias) que acompañan a la conducta y mantienen su aparición.

Del análisis funcional de la conducta se desprenden las siguientes afirmaciones:

Las conductas responden a una función concreta. Estas serán positivas o negativas según lo que obtenga el niño tras su realización.

Las conductas se mantienen en el tiempo, ya sea por refuerzo positivo (la conducta produce un efecto deseado que favorece su repetición) o por refuerzo negativo (la conducta evita una situación desagradable).

Estas observaciones permiten reparar en un aspecto clave: la respuesta del entorno puede aumentar o disminuir la probabilidad de que la conducta ocurra de nuevo. Teniendo esto en cuenta, podemos analizar y clasificar los tipos de consecuencias

existentes en cuatro grupos atendiendo a su implicación en la aparición o no de dichas conductas:

El **refuerzo positivo** aumenta la probabilidad de que una conducta ocurra en el futuro, ya sea positiva o negativa, al proporcionar algo agradable.

El **refuerzo negativo** aumenta la probabilidad de que una conducta ocurra en el futuro al eliminar algo desagradable.

El **castigo positivo** disminuye probabilidad de que una conducta ocurra en el futuro al proporcionar algo desagradable.

El **castigo negativo** disminuye probabilidad de que una conducta ocurra en el futuro al eliminar algo agradable.

De este modo, se concluye que:

- Los refuerzos aumentan la probabilidad de que una conducta aparezca de nuevo.
- Los castigos disminuyen la probabilidad de que una conducta aparezca de nuevo.
- No se debe asociar los términos “positivo” y “negativo” a algo bueno o malo, sino a dar o eliminar un estímulo.

Esto queda reflejado en la siguiente tabla-resumen:

Refuerzo positivo	Aumenta	Dar	Agradable
Refuerzo negativo	Aumenta	Quitar	Desagradable
Castigo positivo	Disminuye	Dar	Desagradable
Castigo negativo	Disminuye	Quitar	Agradable

Tabla 3. Tipos de consecuencias

Para su puesta en marcha, resultan imprescindibles programas de entrenamiento y formación para padres y profesionales. Estos proporcionan información sobre el trastorno y orientan sobre técnicas de modificación conductual para mejorar la competencia de estos agentes y asegurar su participación en beneficio del niño.

Este tipo de intervenciones pueden ser aplicables a todos los niños, aunque resulta especialmente eficaz en niños con TDAH, puesto que este trastorno puede agravar la presencia de conductas disruptivas.

Entrenamiento de las habilidades sociales

Las dificultades que los niños con TDAH experimentan en el ámbito social afectan a la calidad de las interacciones sociales que establecen con sus iguales, y más allá, a las relaciones con profesores y padres.

Por esta razón, se han desarrollado **programas de entrenamiento en habilidades sociales**. Estos se centran en el trabajo de comportamientos sociales que favorecen la construcción adecuada de relaciones interpersonales y mejoran la aceptación y el juicio social hacia estos niños.

Bien es cierto que, por sí sola, este tipo de intervención no basta para reducir los problemas comportamentales y favorecer la adaptación a las demandas del entorno a quien padece este trastorno. Pardos, Fernández-Jaén y Martín (2009) indican que estos programas tienen una alta eficacia en niños sin TDAH (70-80%), pero sólo funcionan en el 40-50% de los niños con TDAH.

Intervenciones de última generación

La neurociencia y todas las evidencias clínicas y científicas hablan de interpretar las conductas en un contexto. El **Plan de Apoyo Conductual Positivo (PACP)**, entiende la conducta en el marco de la Disciplina positiva o la Terapia contextualizada. Se trata de una estrategia de intervención diseñada para abordar conductas disruptivas desde un enfoque positivo que atiende al contexto en el que se desarrollan. De este modo,

entiende la aparición de conductas desadaptativas como consecuencia de un problema de adaptación a la hora de enfrentarse al ambiente, lo que implica que el sujeto requiere de apoyos que faciliten su integración y mejoren sus habilidades. Engloba de esta manera las 3Cs (Contexto-Conducta-Cognición).

Carr, Dunlap, Horner, Koegel, Turnbull, Sailor, Anderson, Albin, Koegel y Fox (2002) lo definen como *“una ciencia aplicada que utiliza métodos educativos para ampliar el repertorio conductual del individuo y métodos sistemáticos para modificar sus entornos vitales con el fin principal de mejorar su calidad de vida y, de forma secundaria, minimizar las conductas problemáticas”* (p. 4).

A partir de un análisis funcional de la conducta, se aplica un plan de enseñanza de habilidades alternativas que permite alcanzar el mismo objetivo que se logra con la puesta en marcha de la conducta problemática.

Entre sus características destaca su función preventiva, pues no se centra en la conducta que ha ocurrido, sino en cómo va a actuar el individuo cuando se le presente esa misma situación que ha desencadenado esa respuesta desadaptativa.

De esta manera, para su implementación es preciso un primer cambio de mentalidad, es decir, se debe adoptar una perspectiva positiva hacia la conducta que entienda el problema no como algo intrínseco al niño, sino como un conjunto de factores que originan y mantienen la conducta y afectan al niño.

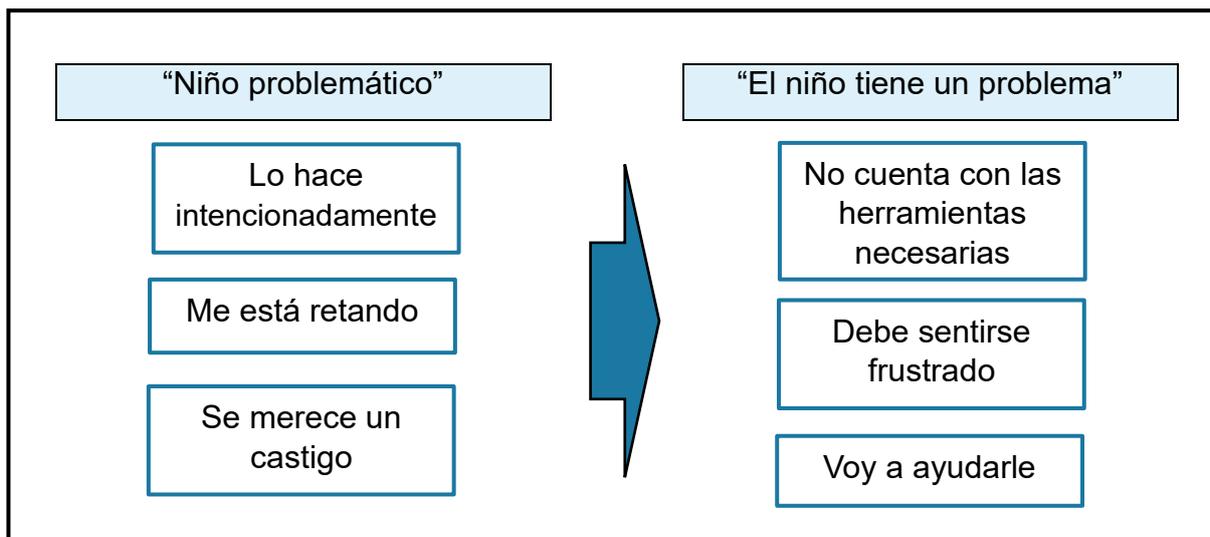


Figura 6. Perspectiva positiva de la conducta

Para su aplicación, se deben seguir las siguientes fases:

1. Identificación de la conducta problemática.

Atendiendo a la definición de Emerson (1995), *se entiende una conducta problemática como aquella cuya intensidad, duración o frecuencia afecta negativamente al desarrollo personal del individuo, así como a sus oportunidades de participación en la comunidad.* Además, esta debe ser observable y poderse describir. La observación directa y las entrevistas son técnicas útiles de recogida de información.

2. Evaluación funcional de la conducta.

El análisis de la conducta pretende reconocer la función de la conducta a través de la secuencia de relación entre antecedentes, conducta, consecuencias y variables. A partir de esta valoración se define y diseña un plan de actuación.

3. Elaboración de un plan de apoyo conductual positivo.

Incluye:

- Modificación de los antecedentes. Es fundamental desarrollar modificaciones ambientales que disminuyan la aparición de comportamientos problemáticos. Estas deben ser específicas y diseñarse individualmente para cada persona. Su aplicación es especialmente útil para prevenir conductas disruptivas cuando todavía no se disponen de conductas adaptativas alternativas.
- Enseñanza de la conducta alternativa. Esta debe ser funcional, eficiente y responder a la función de la conducta problemática. También debe regirse por el principio de normalización y ser aplicable a distintos contextos.
- Modificación de las consecuencias. Las consecuencias de una conducta son las que mantienen dicha conducta. De ahí que sea preciso ajustar las consecuencias que aseguren la conducta adaptada y centrarse únicamente y en la medida de lo posible en los comportamientos positivos. Una buena táctica es la de reconocer las motivaciones del niño para utilizarlos como reforzadores.

4. Seguimiento.

Puesto que la intervención tiene como finalidad conseguir resultados significativos a largo plazo y generalizables a distintos contextos, se revisará y ajustará el plan según las necesidades. Para ello, se analizará la frecuencia de aparición tanto de la conducta alternativa como de la conducta problemática y se valorará la mejora en la calidad de vida del alumno tras su implementación.

En definitiva, se trata de un tipo de intervención contraria a las estrategias reactivas tradicionales basadas en la eliminación de la conducta problemática a través de la sanción asumiendo la intencionalidad del individuo. Su enfoque proactivo propone enseñar habilidades adaptativas ante la aparición de conductas disruptivas.

Aunque la eficacia del PACP está demostrada en el ámbito de la discapacidad, también se está aplicando con éxito en otros contextos regulares para dar respuesta a las necesidades asociadas a la conducta (Escribano, L., Sánchez, M., Rodríguez, A., Sánchez, F., Gómez, R., Casado, E., Lucio, B., Vázquez, E., Revilla, T., Melcón, M. & Sastre, I., 2014).

Intervención multimodal o de integración

A pesar de garantizarse la obtención de resultados positivos en los niños con TDAH a través de tratamientos con medicación y atención psicológica de forma aislada, la combinación de ambos asegura efectos sustancialmente más beneficiosos en cada uno de ellos, especialmente en casos con presencia de síntomas de gravedad.

Puesto que los tratamientos farmacológicos deben ser prescritos por profesionales de la salud especializados en la evaluación y tratamiento de este trastorno una vez analizado el caso concreto, este trabajo únicamente se enfoca en aquellas intervenciones de naturaleza pedagógica que tanto padres como profesionales en educación pueden desarrollar en contacto con el niño.

HOJA DE RUTA PARA LA INTERVENCIÓN

Todas las intervenciones que se planteen deben contar tanto con un seguimiento desde la escuela como del ámbito familiar. Puesto que los niños pasan la mayor parte del tiempo en el colegio, se presenta una guía de intervención aplicable en contextos escolares donde queda reflejado todo lo expuesto en los apartados anteriores. Esta se basa en trabajar y facilitar el control de la conducta, la atención, la organización, la planificación y el autocontrol emocional.

Además, se ha querido presentar la información desde la perspectiva de quien lidia a diario con TDAH para asegurar un acceso más ameno del lector a las orientaciones que se plantean.

Intervención educativa en el contexto escolar

A continuación, te ofrezco un abanico de pautas y estrategias metodológicas que como docente te pueden servir para ayudarme a mí y a otros compañeros con TDAH dentro del aula.

Querido docente:

- Necesito que exista orden tanto en el aula como en mi sitio de trabajo, además de un control de los materiales que llevo en la mochila y aquellos que necesito sobre la mesa en cada momento.
- Evita en la medida de lo posible cualquier elemento distractorio. Por ejemplo, no sitúes mi pupitre cerca de la ventana o de la puerta. Tampoco me sientes junto a un compañero con el que pueda distraerme con facilidad.
- Ligado a lo anterior, te recomiendo que en caso de verlo necesario, coloques mi mesa junto a la tuya. Esto te permite tener más control y favorece la supervisión en cualquier momento.

- Una buena herramienta que me ayuda a organizarme y llevar un mayor control son los horarios y calendarios. Puede que necesite una explicación previa sobre su funcionamiento y la supervisión continua de los mismos.
- Anticipa en la medida de lo posible los cambios que vayan a ocurrir y que puedan afectarme, las actividades que vaya a desarrollar y el tiempo del que dispongo para realizarlas.
- Ante tareas más complejas, me es más sencillo si estas se subdividen en actividades más cortas y sencillas. Además, acompañar las fichas con elementos visuales y claves de color me puede facilitar la comprensión.
- Procura no sobrecargarme de tareas para casa. Es preferible que me centre en aquellas tareas que sean realmente importantes y me ayuden a comprender los contenidos.
- Cuando tengas que explicarme algo, intenta utilizar frases cortas y directas y organiza la información en pasos. Asegúrate también de que haya contacto visual para evitar distracciones. Una buena estrategia para comprobar si lo he entendido es pedirme que repita las indicaciones.
- Utilizar autoinstrucciones me permite, entre otras cosas, reducir mi impulsividad, trabajar mi autorregulación, mejorar mi atención y concentración, organizar y planificar adecuadamente mis acciones. Su empleo y utilización es complejo, así que requiero de un entrenamiento específico y una serie de pautas que como profesor puedes seguir para su implementación.
- A la hora de proporcionar feedback, debes asegurarte de que este sea positivo, frecuente e inmediato. Acostumbrado a las continuas regañinas, no acostumbro a recibir comentarios positivos sobre mi comportamiento, lo que afecta directamente a mi autoestima. Además, si la retroalimentación se produce al instante puedo realizar correcciones y ser consciente de las consecuencias de mis actos para no adquirir malos hábitos.

- Te recomiendo utilizar evaluaciones alternativas donde se combinen controles escritos con ejercicios orales, autoevaluaciones, uso de herramientas TIC u otros métodos de evaluación. Ten en cuenta que requiero de mayor flexibilidad en los tiempos de dichas pruebas. Esto te permitirá adaptar la evaluación a mis necesidades para obtener información de mi rendimiento y evolución desde distintas dimensiones.
- Evita siempre que puedas las recriminaciones. En su lugar, puedes utilizar advertencias atencionales o recordatorios que me permitan tener presente en todo momento las normas y lo que se espera de mí. Una buena idea es pactar previamente una señal para alertarme de si mi conducta no está siendo la adecuada.
- El reconocimiento social de mis logros es sin duda una de las mejores estrategias a la hora de afianzar mis habilidades, mejorar mi autoestima y sentirme valorado dentro del grupo.
- Para mejorar mi autoestima y trabajar mi tolerancia a la frustración te aconsejo que procures experiencias de éxito que favorezcan ganar confianza hacia mí mismo. Un clima positivo y la proyección de expectativas positivas van a influir favorablemente.
- Además de recibir tu apoyo dentro del aula, me gustaría aprender técnicas de estudio que pueda aplicar progresivamente y que me ayuden a adquirir rutinas y un aprendizaje más autónomo. Subrayar palabras clave o realizar resúmenes y mapas mentales pueden serme de utilidad.
- Puesto que tengo dificultades para mantener la atención de forma prolongada, la posibilidad de alternar tareas o realizar cambios frecuentes de actividad me permite trabajar la atención sostenida. Además, es preferible evitar largos períodos de espera.

Para ti, profesor; de un TDAH



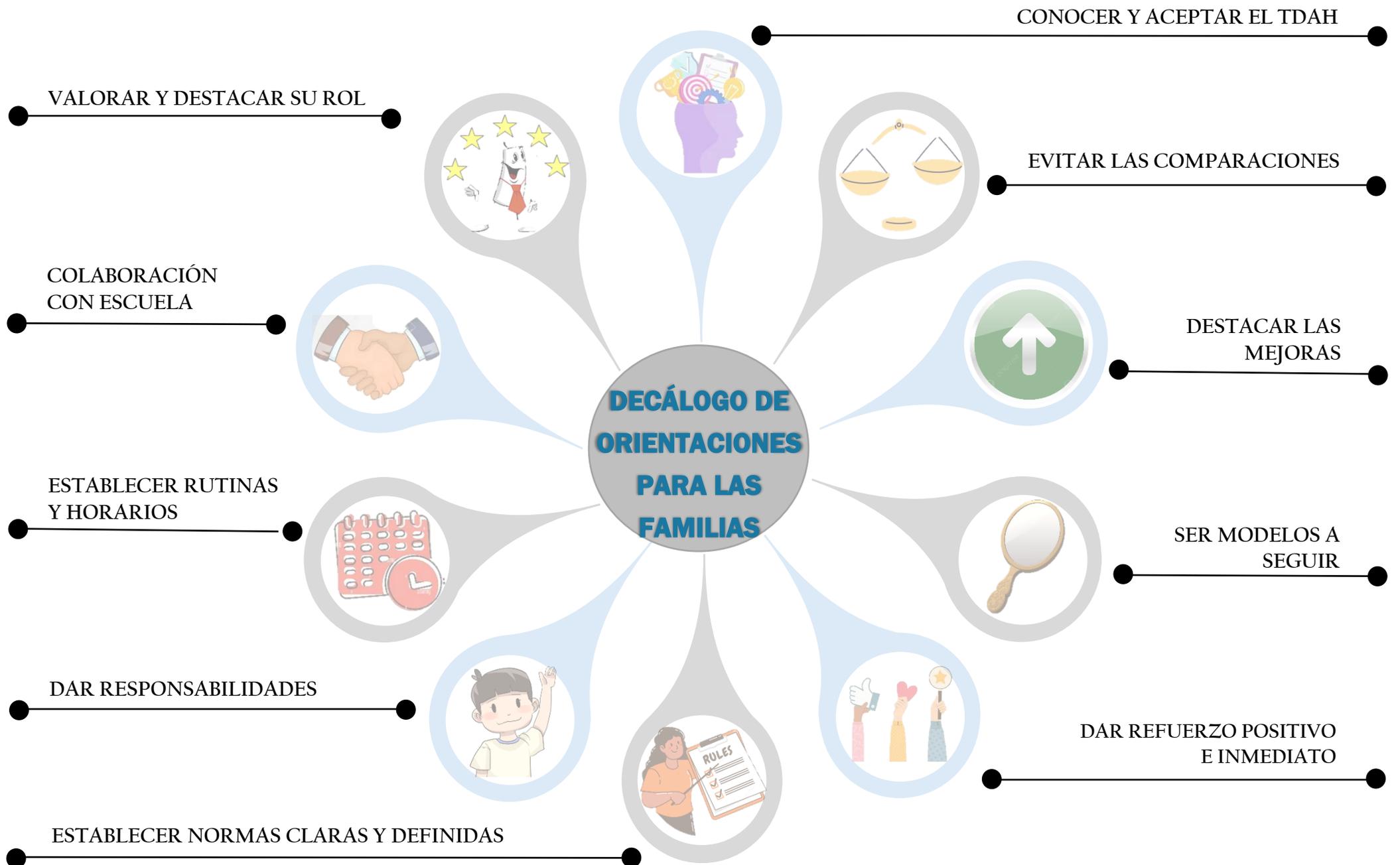
Orientación a las familias

También se ha querido dedicar un apartado a las familias, quienes al igual que el niño, se enfrentan a este trastorno a diario. Para ellas, se presenta un decálogo con una serie de indicaciones, que junto a programas de formación y un contacto estrecho con los demás agentes implicados en el desarrollo del niño, pueden asegurar una respuesta que minimice los síntomas y prevenga otros problemas.

Queridos papá y mamá:

- Lo primero para poder brindarme vuestra ayuda es aceptar y conocer el TDAH. Reconocer las características del trastorno que padezco, analizar mis dificultades e identificar los síntomas y necesidades que experimento; favorece una mejor comprensión y asegura una respuesta más empática. Además, promueve un ambiente familiar más seguro y compasivo que me permite lidiar mejor con los obstáculos que se me plantean.
- Evitad las comparaciones con mis hermanos y otros niños. Mi condición, en ocasiones, no me permite llegar donde los demás sí pueden a pesar de mi esfuerzo. Comparar mi propio progreso y los avances que he conseguido puede ser una buena forma de reforzarme.
- Es favorable que destaquéis cualquier mejora que observéis, por pequeña que sea, ya que esto me sirve de incentivo y mejora mi autoconciencia y autoestima, además de construir y fortalecer una relación positiva. También es aconsejable que especifiquéis el comportamiento por el que me felicitáis. Por el contrario, evitad juzgar continuamente los comportamientos negativos.
- Cuando consideréis que mi comportamiento está siendo el adecuado, el refuerzo debe ser positivo e inmediato. Esto me permite establecer conexiones causa-efecto que favorecen mi autorregulación al recibir recompensas sobre un comportamiento deseado y me sirve como motivador.
- Recordad que sois mis modelos a seguir. Vuestra tranquilidad a la hora de dirigirlos a mí me permitirá ajustar mi conducta y sentirme más relajado.

- No dudéis en establecer normas claras y bien definidas, aunque recordad que estas deben ajustarse a mis capacidades y no ser excesivas.
- Si me dais ciertas responsabilidades que pueda lograr satisfactoriamente, estaréis fomentando mi autoestima y permitiendo que me sienta competente e independiente.
- Contar con una rutina y establecer unos horarios estructurados me van a permitir anticiparme a las tareas de modo que se reduzca mi ansiedad y mejore mi organización.
- No estáis solos. Desde la escuela mis profesores pueden ayudaros dándoos pautas para que conjuntamente elaboréis un plan de actuación con continuidad en el colegio y en casa.
- Y lo más importante, recordadme lo valioso que soy y el hueco que ocupo en la familia, además del amor incondicional que sentís por mí. Sentir ese bienestar emocional y contar con ese apoyo me resulta fundamental para afrontar los desafíos y sentirme acompañado.



PREGUNTAS FRECUENTES

Se facilitan una serie de preguntas con sus correspondientes respuestas que aseguran la comprensión de los puntos clave abordados, junto a algunas cuestiones con información adicional útil que complementa el contenido de este trabajo.

¿Qué hacer si se sospecha de TDAH?

La detección de TDAH se produce en los servicios de pediatría, en casa o en el colegio, siendo en este último donde más casos son reconocidos. Para su identificación es fundamental conocer los criterios diagnósticos².

El TDAH se presenta desde el nacimiento, aunque sus síntomas pueden pasar desapercibidos en los primeros años. Cuando se sospecha de la posibilidad de presencia de TDAH, se debe comunicar a los distintos agentes involucrados en el bienestar y la educación del niño. A partir de estos datos, se procederá a la derivación para su evaluación y posterior diagnóstico.

¿Qué consecuencias puede tener un diagnóstico tardío?

La falta de diagnóstico o la identificación tardía del TDAH puede acarrear el agravamiento de los síntomas al no tratarse estos adecuadamente ni ajustar la respuesta a las necesidades individuales; lo que puede aumentar el riesgo de padecer problemas conductuales, laborales y sociales en la adultez, y tener un impacto significativo en la salud mental y el bienestar emocional.

La falta de intervención puede complicar el desarrollo de las habilidades ejecutivas, lo que afecta directamente al desempeño escolar y laboral al ocasionar dificultades a nivel de organización, rendimiento y gestión de los tiempos. Además, un rendimiento académico bajo provoca lagunas en el aprendizaje que afloran en etapas posteriores del desarrollo. Los problemas de autoestima y la falta de apoyos y reconocimiento afecta a las interacciones sociales y repercute en la gestión emocional, pudiendo derivar en problemas mentales como la ansiedad o la depresión.

² Ver apartado "[Indicadores específicos atípicos actuales](#)".

¿Cómo no confundir los síntomas asociados al TDAH con conductas habituales en niños entre los 4 y 8 años?

A pesar de que algunos de los síntomas asociados al TDAH pueden concebirse como conductas normales dentro del desarrollo infantil, es fundamental familiarizarse con los hitos de desarrollo y tener presentes algunas consideraciones importantes.

A edades tempranas, los niños son inquietos y se distraen con facilidad. Sin embargo, la intensidad y frecuencia de estos síntomas resulta un aspecto clave para el diagnóstico de TDAH, ya que estos indicios suelen ser más intensos y persistentes en comparación con el comportamiento típico para esa misma edad. Además, deben estar presentes en varios contextos y afectar significativamente al desempeño y participación del niño en actividades sociales y escolares, pues de otro modo, podrían deberse a factores ambientales o circunstanciales.

En caso de sospecha, es recomendable consultar a un profesional.

¿Qué diferencia a un niño con falta de interés/motivación de un niño con TDAH?

Cuando se propone a un niño desmotivado una actividad de su centro de interés, se consigue que conecte y participe en la tarea. En cambio, un niño con TDAH presenta dificultades incluso en actividades recreativas al persistir sus síntomas y no estar vinculados a un contexto específico o tipo de tarea concreto.

Aun así, es importante no negar la existencia de problemas atencionales por el simple hecho de que el niño mantenga la atención en actividades gratificantes o con recompensas frecuentes.

¿El TDAH es un problema de aprendizaje?

El TDAH no se trata de una alteración del aprendizaje, sino que aquellos niños afectados por este trastorno pueden experimentar dificultades que pueden interferir en el aprendizaje. Es por ello por lo que presentan un mayor riesgo de fracaso escolar.

¿Qué efectos secundarios provoca el uso de fármacos estimulantes en el tratamiento del TDAH?

Algunos de los síntomas adversos que provocan los fármacos utilizados en la intervención del TDAH son: insomnio, pérdida de apetito, náuseas, dolor de cabeza o estómago, taquicardia, tics, irritabilidad y retraso en el crecimiento, entre los más frecuentes.

Es importante señalar que estos efectos secundarios pueden variar de un paciente a otro, o no experimentarse. En cualquier caso, deben estar supervisados por un médico especialista.

Otra de las limitaciones que se suma a los efectos negativos mencionados es que un 30% de los pacientes no responden a la medicación o presentan poca adherencia. Además, se desconocen los efectos a largo plazo del uso de fármacos para este tipo de diagnósticos.

¿Cómo afecta el TDAH al rendimiento académico?

El fracaso escolar no es un síntoma del TDAH, pero sí un signo de alerta al interferir en la actividad académica provocando un bajo rendimiento.

Las dificultades más notorias que encuentran los niños con TDAH en el aula se asocian a la falta de atención, la actividad motora excesiva y a la incapacidad para controlar ciertas conductas, lo que puede derivar en deserción.

Estas características resultan en un déficit de la regulación conductual, mayor dispersión, desorganización y baja persistencia hacia las metas. Todas estas habilidades resultan fundamentales para el buen desempeño educativo ya que interfieren en los procesos de aprendizaje.

¿El TDAH se puede curar?

Al ser el TDAH un trastorno asociado a una condición neurológica, este no desaparece, aunque su manifestación puede verse modificada y mejorada a medida que el individuo madura junto a los beneficios que reporta una adecuada intervención.

¿Cómo se presenta el TDAH en adolescentes y adultos?

El TDAH es un trastorno que persiste a lo largo de toda la vida. Se calcula que la prevalencia en población adulta se sitúa en torno al 3-4%.

Durante la adolescencia, adquieren relevancia los síntomas de inatención e impulsividad por encima de los patrones hiperactivos. Los problemas conductuales, los comportamientos impulsivos, la ausencia de planes o miedo al futuro o una mayor tendencia a asumir riesgos, son algunos de los síntomas que se manifiestan durante la adolescencia. Este tipo de conductas se ven acentuadas como consecuencia de un estado de inmadurez cerebral mayor que el resto de los adolescentes de la misma edad.

Sin embargo, durante la adultez, el TDAH puede presentarse con problemas de organización y productividad, sensación de inquietud e inquietud motora.

¿Debo preocuparme si diagnostican a mi hijo / uno de mis alumnos con TDAH?

El diagnóstico de un niño se convierte en el primer paso para mejorar su calidad de vida. Padres y profesores deben sentir alivio, pues el diagnóstico debe ser considerado la base para comprender las características y reconocer el origen de sus conductas y dificultades. A partir del diagnóstico, familiares y profesores pueden ajustar las intervenciones a las necesidades concretas del niño y asegurar su éxito atendiendo a sus limitaciones y potencialidades.

A continuación se facilitan algunas recomendaciones dirigidas a padres y familiares de un alumno que ha recibido recientemente un diagnóstico de TDAH: no negar el problema, no buscar culpables, aprender sobre el TDAH y colaborar con la escuela y el resto de los profesionales implicados.

GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS Y RECURSOS EDUCATIVOS PARA ALUMNOS CON TDAH A UTILIZAR EN EL AULA ORDINARIA

Autoinstrucciones

El **aprendizaje en autoinstrucciones** es una técnica que consiste en descomponer una actividad en pasos o fases que el niño debe realizar, y que le sirven de guía para resolver una tarea o un problema.

Esta estrategia pretende que el niño logre “darse instrucciones a sí mismo”. Para ello, le enseña a pasar de la guía externa del adulto, quien le dice lo que tiene que hacer, a dirigir sus propias acciones, primero mediante verbalizaciones externas y, finalmente, a partir de un lenguaje internalizado y autodirigido.

Algunos autores abalan su efectividad y concluyen que el entrenamiento cognitivo autoinstruccional logra reducir la impulsividad cognitiva mejorando el rendimiento académico (Flores, 2015) y favorecer la autorregulación de la conducta (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012). A través de la utilización de mediadores (auto verbalizaciones), es decir, mediante la internalización de las indicaciones y la utilización de un lenguaje interno autodirigido, el niño aprende a regular su conducta (Soriano, 2006).

Para su empleo y dominio es conveniente la ayuda y supervisión de un adulto hasta lograr interiorizar su uso y poder ser utilizado de forma autónoma.

A continuación se presentan como recurso de aula algunos **ejemplos de autoinstrucciones** a utilizar con alumnado TDAH.

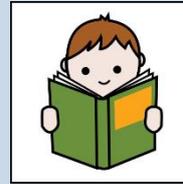
Además, se facilita una **guía para el profesorado** en el que se especifica el procedimiento **para la elaboración de autoinstrucciones y su puesta en marcha dentro del aula**.

AUTOINSTRUCCIONES PARA LA RESOLUCIÓN AUTÓNOMA DE PROBLEMAS.

AHORA

1

LEO DESPACIO EL ENUNCIADO



2

SUBRAYO LAS PALABRAS CLAVE



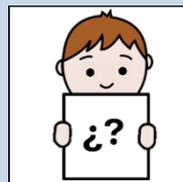
3

ANOTO O DIBUJO LOS DATOS



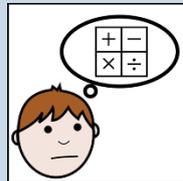
4

LEO LA PREGUNTA



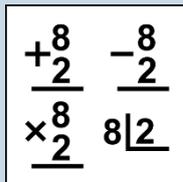
5

PIENSO LA OPERACIÓN



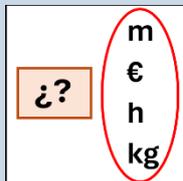
6

REALIZO LAS OPERACIONES



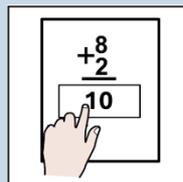
7

ESCRIBO EL RESULTADO EN LAS UNIDADES INDICADAS



8

REPASO



AUTOINSTRUCCIONES RUTINA DE PREPARACIÓN PARA COMENZAR LA CLASE

RUTINA DE PREPARACIÓN PARA COMENZAR LA CLASE DE _____

(NOMBRE)



SALUDAR Y DAR LOS BUENOS DÍAS



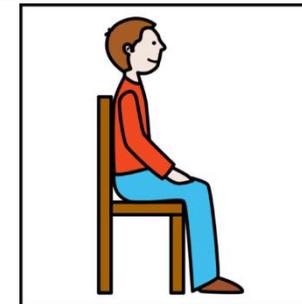
COLGAR EL ABRIGO



IR AL BAÑO



SACAR LÁPIZ Y GOMA



SENTARSE Y RELAJARSE

TDAH

en el aula

GUÍA PARA DOCENTES

¿CÓMO ELABORAR AUTOINSTRUCCIONES PARA MI ALUMNO CON TDAH?

Piensa en la conducta meta

¿Qué quieres que el alumno consiga?

Divide la conducta en pasos secuenciados

Ten en cuenta el nivel del alumno y sus posibles dificultades

Acompaña cada paso con apoyos visuales

(dibujos o pictogramas)

Modela y acompaña

Progresivamente se eliminarán los apoyos

¿CÓMO ES EL PROCEDIMIENTO DE ENTRENAMIENTO EN AUTOINSTRUCCIONES?

1º

Modelado cognitivo. El adulto actúa como modelo y realiza la tarea al mismo tiempo que verbaliza lo que está haciendo en voz alta.

2º

Guía externa en voz alta. El niño realiza la tarea mientras que el adulto le da instrucciones verbales en voz alta.

3º

Autoinstrucciones en voz alta. El niño realiza de nuevo la tarea, pero esta vez, él mismo se da las instrucciones en voz alta.

4º

Autoinstrucciones en voz baja o enmascaradas. El niño realiza la tarea y verbaliza las instrucciones en voz baja.

5º

Autoinstrucciones encubiertas. El niño guía su propio comportamiento a través de instrucciones internas mientras realiza la tarea.

Planificadores, gráficos semanales y organizadores de tiempo

Los alumnos con TDAH tienen un mejor funcionamiento cuando el ambiente está estructurado y organizado. Por esta razón, los **planificadores y organizadores** son un recurso muy útil a la hora de anticipar y planificar las actividades y los tiempos de forma verbal y visual.

En este apartado se ofrecen una serie de **recursos** que atienden a distintas necesidades del alumnado con TDAH.

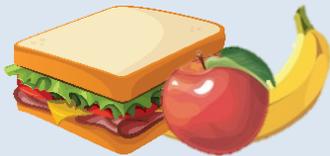
También se proporciona una **batería de indicaciones y pautas a los docentes** para poner en marcha en el aula con el propósito de facilitar la organización del alumno con TDAH.

PREPARO LA MOCHILA PARA EL COLE

1º MIRO EL HORARIO DEL DÍA SIGUIENTE

2º METO EN LA MOCHILA:

ALMUERZO



BOTELLA DE AGUA



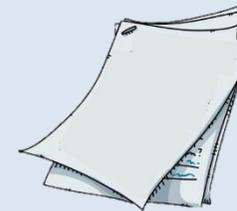
AGENDA



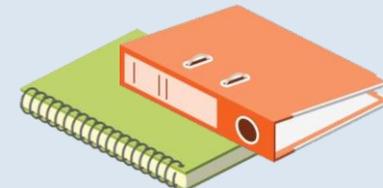
ESTUCHE



DEBERES



LIBROS Y CARPETAS



ORGANIZADOR DE TIEMPO

ORGANIZADOR DE TIEMPOS EN EL AULA



ACTIVIDAD

TIEMPO

RECREO

20 MINUTOS

PAQUETE DE TIEMPOS ESTIMADOS PARA LA REALIZACIÓN DE TAREAS

5 MINUTOS

25 MINUTOS

45 MINUTOS

10 MINUTOS

30 MINUTOS

50 MINUTOS

15 MINUTOS

35 MINUTOS

55 MINUTOS

40 MINUTOS

1 HORA

PAQUETE DE TAREAS O ACTIVIDADES A REALIZAR EN EL COLEGIO

TRABAJO INDIVIDUAL

COMEDOR

TRABAJO COOPERATIVO

EXAMEN

TRABAJO EN GRUPO

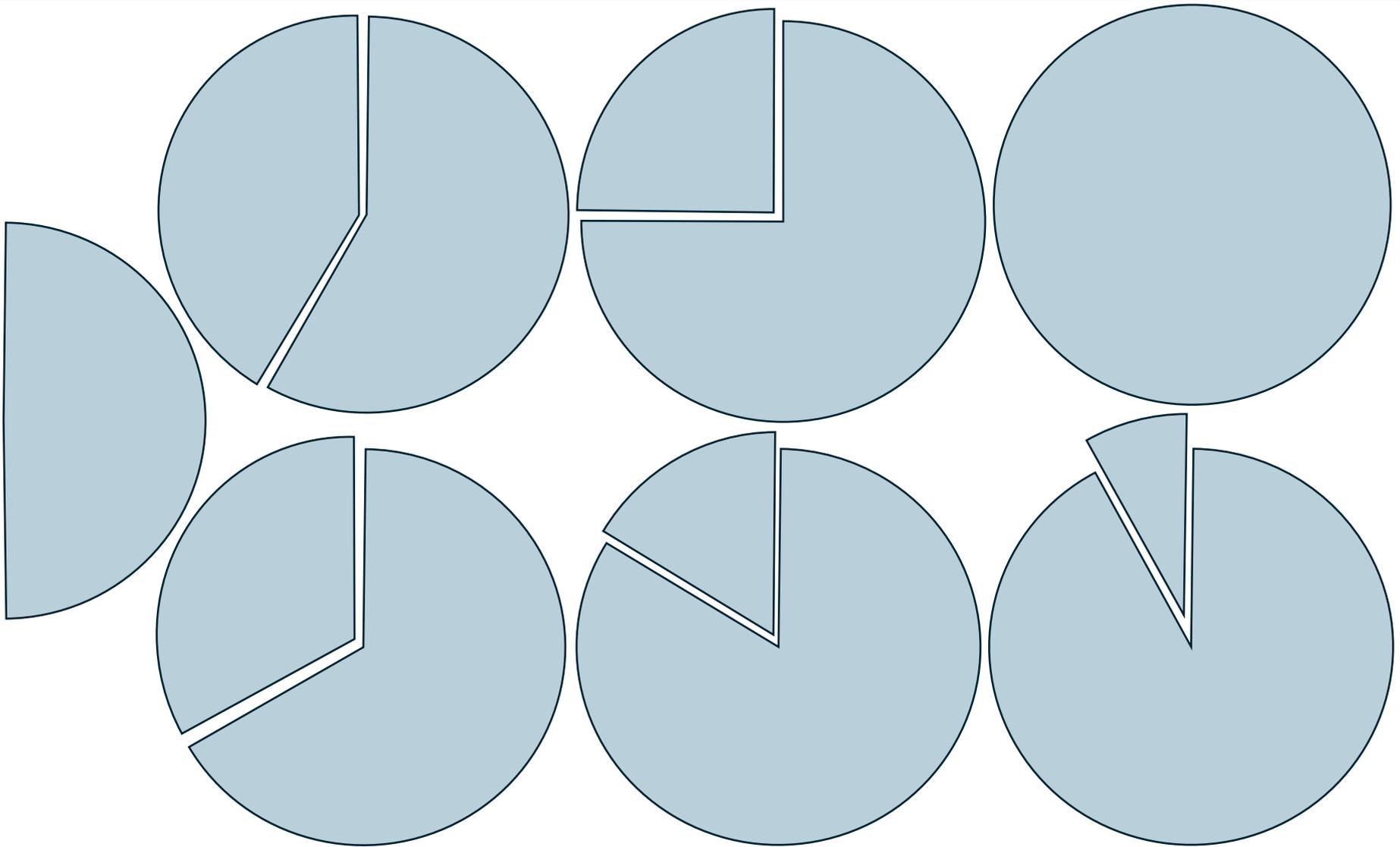
EXCURSIÓN

DESCANSO

JUEGO LIBRE

LECTURA

PAQUETE DE TIEMPOS ESTIMADOS PARA LA REALIZACIÓN DE TAREAS (APOYO VISUAL)



TDAH

en el aula

GUÍA PARA DOCENTES

PAUTAS PARA FACILITAR LA ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE MI ALUMNO CON TDAH

- Utilizar códigos de colores.**
Carpetas de colores para cada asignatura.
- Mantener el espacio de trabajo ordenado.**
Asegurar que no tiene en la mesa elementos distractores.
- Diseñar organizadores y planificadores.**
Organizador de la mochila, horario semanal personalizado, listas de registros, planificador de actividades.
- Hacer uso de una agenda.**
Imprescindible para anotar hechos relevantes (exámenes, excursiones), deberes o recordatorios con supervisión del maestro y en casa.
- Tener a mano un reloj.**
Trabajar la estimación y optimización del tiempo y favorecer la anticipación y control del tiempo.
- Asegurar un lugar visible y acompañarlo de apoyos visuales**
Los calendarios y planificadores deben situarse en un lugar visible (mesa del alumno, cerca de la pizarra) a la vista y alcance del alumnado y apoyos visuales que faciliten su comprensión y retención.

(Auto)rregulador de la conducta

De acuerdo con autores como Block & Block (1980), Kopp (1982) y Rothbart (1989), la **autorregulación** es la habilidad de manejar emociones y comportamientos y modificar la conducta de acuerdo con las demandas del entorno.

Atendiendo a esta definición podemos concebir un mal comportamiento, siempre que no vaya asociado a un trastorno de conducta u otros problemas derivados, como una respuesta ineficaz o impulsiva ante un estímulo. Esta concepción permite abordar esta problemática desde una perspectiva proactiva que se centre en enseñar cómo afrontar una situación futura. Es decir, no se trata de evitar una situación problemática o castigar al alumno por su respuesta inadaptada, sino de entrenar en esa situación para contar con las habilidades necesarias para afrontarla con éxito.

Los niños con TDAH suelen presentar problemas de comportamiento como consecuencia de las dificultades asociadas a este mismo trastorno. La imposibilidad de inhibir ciertas conductas, la reactividad emocional o la frustración son algunos problemas que afrontan a diario.

Las herramientas que se plantean pretenden que estos alumnos adquieran un control progresivo de la propia conducta a través de estrategias que le permitan tomar conciencia de su estado, reflexionar sobre sus acciones y redirigir su comportamiento. Todo ello con el propósito de favorecer su integración y aumentar su autoestima y autoeficacia.

En las siguientes páginas se plantean distintas **estrategias para afrontar situaciones** tales como el manejo de la frustración, técnicas de relajación, reacciones emocionales impulsivas o el control de las conductas disruptivas.

También se facilita al maestro **pautas para la puesta en marcha de programas de modificación conductual** y se presentan los **puntos clave para la implementación de la estrategia conocida como “economía de fichas”**.

LA TÉCNICA STOP



S

STOP

Deja lo que estás haciendo

T

TOMA AIRE

Respira lentamente notando el aire entrar y salir por la nariz

O

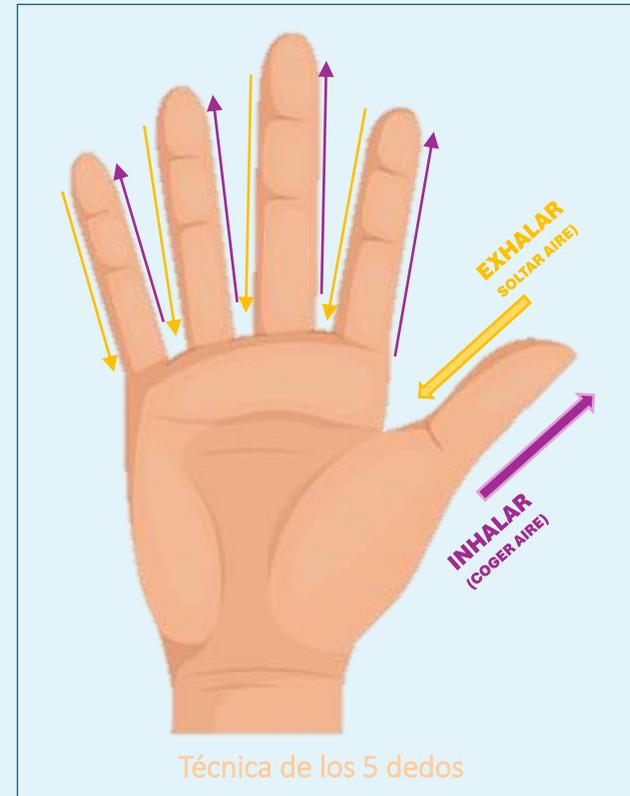
OBSERVA

Cómo te sientes, qué le pasa a tu cuerpo. Anótalo.

P

PROSIGUE

Continúa con lo que estabas haciendo



ECONOMÍA DE FICHAS PARA LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA.
CONTRATO CONDUCTUAL Y PLANTILLA DE REGISTRO

CARNET DEL ALUMNO ESTRELLA 					
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HE APUNTADO LOS DEBERES EN LA AGENDA					
HE GUARDADO EL ESTUCHE, EL CUADERNO Y LA AGENDA EN LA MOCHILA					

CONTRATO

EL ALUMNO _____ **SE COMPROMETE A**
_____.

LA OBTENCIÓN DE 10  **AL FINAL DE LA
SEMANA, PERMITE ELEGIR ENTRE LOS
SIGUIENTES VALES:**



FIRMADO: _____ Y _____
(PROFESOR) (ALUMNO)

TDAH

en el aula

GUÍA PARA DOCENTES

PAUTAS PARA LA PUESTA EN MARCHA DE PROGRAMAS DE MODIFICACIÓN CONDUCTUAL CON MI ALUMNO CON TDAH

¿QUÉ CONSIDERAMOS UNA CONDUCTA NEGATIVA?

Aquella que interfiere en el aprendizaje, obstaculiza el desarrollo de relaciones positivas o daña al propio niño o a los que le rodean

- Análisis funcional de la conducta objetivo (1 o 2 máx.)**
Analizar su función y sus consecuencias. Priorizar según frecuencia, intensidad, duración y entorno de aparición.
- Selección de reforzadores motivadores e inmediatos**
Deben ser variados, realistas y de acceso restringido y administrarse inmediatamente después de la conducta.
- Programa constante y mantenido en el tiempo**
Se busca afianzar e integrar la conducta naturalmente hasta que esta no dependa de las contingencias.
- Contrato conductual y registro de logros**
Definir adecuadamente los criterios de recompensa y canjeo.
Registrar la evolución y asegurar que el alumno la percibe.
- Continuidad escuela-familia**
Coordinación entre agentes que asegure una continuidad dentro y fuera del aula.
- Buscamos el aprendizaje, no el castigo**
Evitar las sanciones como primera herramienta de acción: no enseña una conducta alternativa ni ayuda a su aparición y presenta efectos a corto plazo.

TDAH

en el aula

GUÍA PARA DOCENTES

¿CÓMO FUNCIONA LA ECONOMÍA DE FICHAS?

Sistema de contingencias para la modificación de conductas

Basado en el condicionamiento operante de Skinner.

Reforzamiento positivo

La conducta objetivo es recompensada con un registro de fichas que pueden canjearse por reforzadores de apoyo (premios).

Coste de respuesta

Una conducta indeseada supone el retiro contingente.

Fases para su funcionamiento

Fase de implantación y Fase de desvanecimiento.

¿CÓMO IMPLEMENTAR LA ECONOMÍA DE FICHAS CON MI ALUMNO CON TDAH?

1º

Toma de decisiones. Seleccionar la conducta objetivo que se quiere modificar, las fichas, los reforzadores de apoyo (premio) y el modelo de registro.

2º

Contrato conductual. Explicar el funcionamiento y acordar su cumplimiento en colaboración con el alumno. Establecer el criterio de obtención/pérdida de las fichas y definir su precio de canjeo.

3º

Puesta en marcha y valoración. Administración de fichas y supervisión del funcionamiento y eficacia del programa.

4º

Desvanecimiento gradual. Aumentar criterios de canjeo (recompensa aplazada) hasta retirar la economía de fichas.

Estrategias y recursos de aula o la mesa del alumno con TDAH

Por último, se presentan distintos **recursos adaptables** a cada alumno y **estrategias** que se pueden llevar a cabo en el aula para facilitar el aprendizaje y reducir las dificultades que los alumnos con TDAH presentan habitualmente.

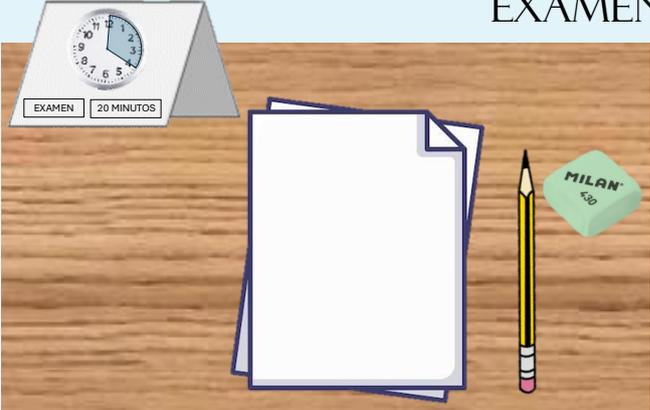
HOJA DE REGISTRO (DE TAREAS, DE MATERIAL)

Este tipo de alumnado suele presentar dificultades en la organización y planificación, lo que le conduce a olvidos, despistes y una mala gestión del tiempo. Por esta razón, se aconseja, junto al uso de la agenda y otros organizadores, la utilización de **hojas de registro**. Estas son especialmente útiles para comprobar que lleva todo el material o para revisar que ha completado todas las tareas que tenía programadas.

¿PUEDO MARCHARME A CASA? 

		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
¿HE APUNTADO LOS DEBERES?						
¿HE RECOGIDO MI MESA?						
¿HE GUARDADO TODO EN LA MOCHILA?						

¿QUÉ NECESITO TENER EN LA MESA PARA HACER EL EXAMEN?

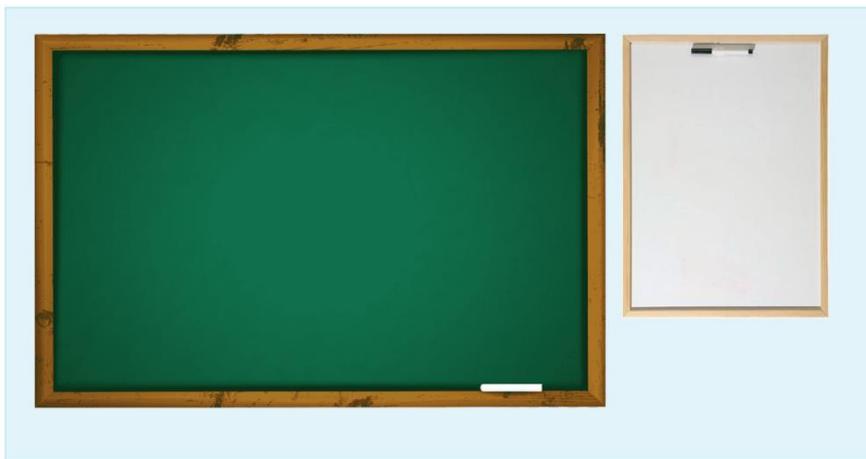


- LÁPIZ O BOLÍGRAFO**
- GOMA DE BORRAR**
- HOJA DEL EXAMEN**
- ORGANIZADOR DE TIEMPO**

PIZARRA ALTERNATIVA

Este recurso puede resultar muy útil a la hora de anotar los deberes u otros recordatorios. Cuando se dicten tareas, es conveniente apoyarse en la **pizarra alternativa**, la cual sirve de apoyo y permite al alumnado, y especialmente al alumno con TDAH, recoger toda la información.

Además, se aconseja escribir en la pizarra con antelación para dar tiempo suficiente a que los alumnos puedan apuntarlo con tranquilidad. Aun así, supervisar que la información se ha copiado correctamente es necesario.



COMPAÑERO-TUTOR O DELEGADO DE DEBERES

En ocasiones, la figura del **delegado de deberes o compañero-tutor** puede resultar un gran apoyo para el alumnado con dificultades en los cursos más avanzados.

Entre sus funciones destacan:

- Hacer anotaciones en la pizarra alternativa.
- Comprobar que ha completado la tarea.
- Revisar que lleva todo el material.
- Recordarle pautas habituales de clase (anotar los deberes, evitar distracciones).

El enfoque de este rol debe estar bien definido y ser considerado como un privilegio, pero, sobre todo, una gran responsabilidad. De esta manera, el papel de este alumno debe rotar transitoriamente para motivar al grupo y no saturar a un único alumno. Incluso el propio alumno con TDAH puede en algún momento convertirse en ayudante de otro compañero.

TDAH

en el aula

GUÍA PARA DOCENTES

PAUTAS PARA ADAPTAR ACTIVIDADES Y TAREAS A MI ALUMNO CON TDAH

- Acompañar la lectura y explicación de los enunciados.**
Asegurar la comprensión del enunciado.
- Suprimir la copia de enunciados.**
Reduce el tiempo y no aleja la atención del foco de interés
**Aviso: enseñar a indicar correctamente cada actividad (nº pág. & ej.)
- Segmentar las tareas.**
Organizar la respuesta en pequeños pasos que faciliten su ejecución.
- Alternar actividades.**
Plantear actividades con distinto grado de dificultad y actividades con movimiento.
- Establecer descansos.**
Descansos cortos (5 o 10 minutos) para despejarse o cambiar de tarea.
- Reducir la cantidad de ejercicios o proponer actividades cortas.**
Atendiendo a su nivel de atención.

TDAH

en el aula

GUÍA PARA DOCENTES

¿CÓMO PUEDO ADAPTAR Y SIMPLIFICAR PRUEBAS ESCRITAS A MI ALUMNO CON TDAH?

SIMPLIFICAR/ADAPTAR NO SUPONE MODIFICAR SIGNIFICATIVAMENTE EL CONTENIDO, SINO SU PRESENTACIÓN

Entregar las actividades de forma secuenciada

No dar todos los ejercicios al principio.

Asegura una mayor optimización del tiempo y la realización de todos los ejercicios

Aumentar el tamaño de la letra y el espacio para responder

Plantear enunciados claros y breves

Aseguran su comprensión

Remarcar palabras clave de los enunciados

Subrayado, negrita, mayúsculas, etc.

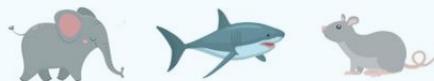
Utilizar apoyos visuales que acompañen al enunciado

Rodear, casillas de respuesta, dibujos, etc.

Proporcionar un ejemplo para cada actividad

 Piensa el nombre de estos dibujos
y rodea los que comiencen por
vocal

 Rodea los dibujos que empiezan
por VOCAL



TDAH

en el aula

GUÍA PARA DOCENTES

¿QUÉ PROBLEMAS ENCUENTRA MI ALUMNO CON TDAH AL ENFRENTARSE A UN EXAMEN?

FALTA DE CORRELACIÓN

Esfuerzo – Tiempo – Resultados

Se recomienda tener en cuenta:

Horario del examen

Aprovechar primeras horas de la mañana

Modelo de examen

Adaptado

Factores externos

Distractores, tiempo, apoyos

¿CÓMO AFRONTAR EL PROCESO DE EVALUACIÓN CON MI ALUMNO CON TDAH?

Proponer alternativas de evaluación

Trabajo en clase, cuaderno, evaluaciones orales, etcétera.

Evaluar en términos de logro

Evitar la asignación de una calificación numérica.

Valorar el proceso y el progreso.

Convertir la evaluación en un espacio de aprendizaje

Ofrecer feedback y dar la oportunidad de mejorar y repetir aquello en lo que falló

Avisar con antelación y evitar las “semanas de exámenes”

Asegura un mayor rendimiento y el éxito académico

No utilizar la evaluación como una herramienta para medir la valía del alumno

Evaluar para afianzar su autoestima reconociendo sus logros y esfuerzo

Sustituir los exámenes por “cuestionarios cortos” o “entrevistas semanales”

Evaluar poco contenido y de manera más frecuente

"Más que modificaciones en el aula, lo que se necesita es supervisar, recordar, animar, incentivar, premiar, aprobar, alimentar, motivar y estimular."

Rocío Meca Martínez,

Especialista en Pedagogía Terapéutica de Fundación CADAH (2017).

CONCLUSIONES

La elaboración de este trabajo me ha permitido profundizar en el concepto de TDAH y revisar el grado de afectación de este trastorno en el campo del aprendizaje ahondando en las dificultades que experimentan quienes lo padecen. Todo ello con el único propósito de elaborar una propuesta de intervención que facilite el trabajo en el aula de este alumnado.

La abrumadora cantidad de bibliografía referida a esta temática ha supuesto una dificultad en la búsqueda de información sobre qué es y cómo se manifiesta el TDAH y de qué forma se puede abordar en el contexto educativo. Asimismo, y a pesar de la gran variedad de estudios realizados, todavía hay muchos aspectos del trastorno por resolver. Incluso algunos autores discrepan en sus investigaciones, lo que entorpece la comprensión y abordaje del trastorno. Por este motivo, he procurado llevar a cabo una revisión bibliográfica minuciosa y ajustada a los objetivos que pretendía alcanzar y poder ofrecer una propuesta efectiva con vistas a ser aplicada.

Además de contrastar toda la información y asegurarme de que el contenido presentado es de calidad y está actualizado, he tratado de facilitar la información de manera llamativa y comprensible para todo aquel interesado en este tema. El uso de gráficos, infografías y esquemas visuales ha favorecido este aspecto y dota a este trabajo de rigor académico alejándolo de una mera composición divulgativa. Por todo ello, considero la estructura, orden y claridad en la redacción una de las fortalezas de este trabajo al permitir un fácil acceso a información sobre el TDAH y presentar un contenido útil para su aplicación en las situaciones para las que fue creado.

Entre las conclusiones que pueden obtenerse de la lectura de este documento, quiero destacar la necesidad de que los docentes cuenten con formación actualizada sobre el TDAH por dos razones: el creciente aumento de casos en las aulas ordinarias y la asunción de su papel dentro del proceso de detección e intervención.

Otro aspecto que me gustaría que calara en todo aquel que haya leído este escrito es la responsabilidad que supone plantear y gestionar una buena intervención. Cada profesional deberá, con los datos y las herramientas que aquí se le facilitan, y atendiendo a las necesidades concretas del alumno, decantarse por una u otra

modalidad de intervención y ajustar así la respuesta educativa. Aunque, como bien se plantea en el apartado referido a la modalidad de intervención combinada, la integración de más de una propuesta de intervención puede resultar beneficioso, especialmente ante casos de mayor gravedad.

También considero fundamental mencionar la importancia en todo este proceso de la existencia de una relación positiva y de compromiso por parte de la familia y la escuela. Esto asegura una continuidad en la intervención y permite facilitar y mejorar la calidad de vida del alumno, objetivo fundamental de todos los agentes educativos implicados.

Me gustaría poner broche final a mi Trabajo de Fin de Grado mencionando las repercusiones que su elaboración ha tenido a nivel formativo y personal. La realización de este trabajo ha potenciado mi capacidad de análisis y síntesis, junto a mi interpretación crítica de las fuentes de información consultadas. Además, mi conocimiento sobre el TDAH se ha visto impulsado, lo que me facilita su entendimiento y abordaje como futura maestra de Pedagogía Terapéutica. Esto ha incidido directamente en mi seguridad y autoconfianza a la hora de trabajar en el aula con niños con TDAH, para los que me siento capacitada para elaborar recursos y plantear estrategias que faciliten su aprendizaje.

Por todo ello, puedo afirmar que los objetivos que me propuse han sido alcanzados, al igual que las expectativas, las cuales se han visto superadas tras la finalización de este trabajo. Espero y deseo que otros profesionales se beneficien del contenido de este trabajo y este trascienda más allá de estas líneas y pueda ser utilizado en un contexto de aula.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Americana de Psiquiatría: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición. Arlington, VA, Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013. Recuperado de: <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>

Asociación Americana de Psiquiatría: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición, Revisión de Texto. Washington, DC, Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2022. Recuperado de: file:///C:/Users/Laura/Downloads/DSM%205-TR_en%20espan%CC%83ol.pdf

Barkley, R. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: The Guilford Press.

Barkley, R. (2009, 30 de mayo de 2009). La hiperactividad no es un trastorno social, ni familiar, sino genético y neurológico. *La Nación. El País*, p. 6. Recuperado de: <https://www.lanacion.com.ar/salud/la-hiperactividad-no-es-un-trastorno-social-ni-familiar-sino-genetico-y-neurologico-nid1133678/>

Barkley, R. (2010). The important role of Executive Functioning and Self-Regulation in ADHD. Recuperado de: <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Important-Role-of-Executive-Functioning-and-in-Barkley/c99e2ce73b8c463a1c82656d759547d1f25fd943>

Barkley, R. (2011). Déficits in Executive Functioning Scale (BDEFS).

Bauermeister, J. J. & Matos, M. (2011). El TDAH en preescolares: validez, diagnóstico, prevención y tratamiento. *Apuntes de Psicología*, 29 (2), 205-225. Recuperado de: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/84910/195-390-1-SM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Block, J. H. & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behaviour. En W. A. Collins (Ed), *Development of cognition, affect and social relations* (pp. 39-101). Hillsdale, NJ: Erlbaum. Recuperado de: <https://www.taylorfrancis.com/books/edit/10.4324/9781315803029/development-cognition-affect-social-relations-collins>

Carr, E., Dunlap, G., Horner, R., Koegel, R., Turnbull, A., Sailor, W., Anderson, J., Albin, R., Koegel, L. & Fox, L. (2002). Positive behavior support: Evolution of an Applied Science. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 4(1), 4-16, 20. Recuperado de: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/109830070200400102>

Catalá-López, F., Peiró, S., Ridaó, M., Sanfélix-Gimeno, G., Gènova-Maleras, R. & Catalá, M. A. (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatric*, 12, 168. Recuperado de: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-12-168>

Cerrillo-Urbina, A. J., García-Hermoso, A., Martínez-Vizcaíno, V., Pardo-Guijarro, M. J., Ruiz-Hermosa, A. & Sánchez-López, M. (2018). Prevalence of probable Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms: result from a Spanish sample of children. *BMC Pediatrics*, 18, 111. Recuperado de: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-018-1083-1>

Chan, R., Schum, D., Touloupoulou, T. & Chen, E. (2008). Assessment of executive functions: Review of instruments and identification of critical issues. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23 (2), 201-216. Recuperado de: <https://academic.oup.com/acn/article/23/2/201/3079>

Chronis, A. M., Jones, H. A. & Raggi, V. L. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/Hyperactivity Disorder. *Clin Psychol Rev*, 26 (4), 486-502. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16483703/>

Emerson, E. (1995). *Challenging Behaviour: Analysis and Intervention in People with Learning Disabilities*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.

Escribano, L., Sánchez, M., Rodríguez, A., Sánchez, F., Gómez, R., Casado, E., Lucio, B., Vázquez, E., Revilla, T., Melcón, M. & Sastre, I. (2014). La aplicación de un Plan de Apoyo Conductual Positivo en el contexto escolar. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*. 25 (3), 72-87. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5009325>

Fernández, A. & Calleja, B. (2004). Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH). Abordaje multidisciplinar (pp. 1-7). Recuperado de: https://fundacioncadah.org/j289eghfd7511986_uploads/20120611_v9gKcRs0FbMVM_nwhvHFt_0.pdf

García-Molina, A., Enseñat-Cantalops, A., Tirapu-Ustárrroz, J. & Roig-Rovira, T. (2009). Maduración de la corteza prefrontal y desarrollo de las funciones ejecutivas durante los primeros cinco años de vida. *Revista de Neurología*, 48 (8), 435-440. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Javier-Tirapu-2/publication/24252382_Maturation_of_the_prefrontal_cortex_and_development_of_the_executive_functions_during_the_first_five_years_of_life/links/653c59ac3cc79d48c5b15664/Maturation-of-the-prefrontal-cortex-and-development-of-the-executive-functions-during-the-first-five-years-of-life.pdf

González, M. V. (2015). *La alteración en las Funciones Ejecutivas en el TDAH y su relación con el rendimiento académico*. [Trabajo fin de máster, Universidad Internacional de la Rioja]. Recuperado de: https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/3036/MariaViviana_Gonzalez_Maya_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Graham, J., Banaschewski, J., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, R., Dittmann, R. W., Döpfner, M., Hamilton, R., Hollis, C., Holtmann, M., Hulpke-Wette, M., Lecendreux, M., Rosenthal, E., Rothenberger, A., Santosh, P., Sergeant, J., Simonoff, E., Sonuga-Barke, E., Wong, I. C. K., ... Taylor, E. (2011). European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20 (1), 17-37. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21042924/>

Hervás, A. & Durán, O. (2014). El TDAH y su comorbilidad. *Pediatría Integral*, XVIII (9): 643-654. Recuperado de: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/01/Pediatr%C3%ADa-Integral-XVIII-9.pdf#page=55>

Imaz, C. & Arias, B. Trastornos del desarrollo neurológico: trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Manual básico de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Universidad de Valladolid; 2020, 233-250. Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/40393>

Kaplan, A. & Adesman, A. (2011). Clinical diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder in preschool children. *Current Opinion in Pediatrics*, 23 (6), 684-692. Recuperado de: <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e32834cbbba>

Kopp, C. B. (1982). Antecedents of self-regulation: A developmental perspective. *Developmental Psychology*, 18 (2), 199-214. Recuperado de: <https://cmapspublic2.ihmc.us/rid=1LQLC6RK5-1T59XCT-1LML/Self-Regulation.pdf.pdf>

Millana, L. (2016). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos. [10.13140/RG.2.1.4204.9044](https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4204.9044)

Orjales, I. (2000). Déficit de atención con hiperactividad: el modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley. *Revista Complutense de Educación*, 11 (1), 71-84. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=150292>

Pardos, A., Fernández-Jaén, A. & Martín Fernández-Mayoralas, D. (2009). Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 48 (2), 107-111. Recuperado de: <https://www.afantdah.org/images/stories/Documentacion/habilidadessociales.pdf>

Rivera Flores, G. W. (2015). Entrenamiento cognitivo autoinstruccional para reducir el estilo cognitivo impulsivo en niños con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 13(1), 27-46. Recuperado de: <https://ojs.ual.es/ojs/index.php/EJREP/article/view/1633/2072>

Rothbart, M. K. (1989). Temperament in Childhood: A Framework. En G. Kohnstamm, J. Bates & M. K. Rothbart (Eds), *Temperament in childhood* (pp. 59-73). Chichester, England: Wiley.

Ruiz, M. A., Díaz, M. I. & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer. Recuperado de: <https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-t%C3%A9cnicas-de-intervenci%C3%B3n-cognitiva-conductuales.pdf>

Rusca-Jordán, F. & Cortez-Vergara, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Revista de Neuropsiquiatría*, 83 (3), 148-156. Recuperado de: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3794/4274>

Sastre-Riba, S., Merino-Moreno, N. & Poch-Olivé, M. L. (2007). Formatos interactivos y funciones ejecutivas en el desarrollo temprano. *Revista de Neurología*, 44 (2), 61-65. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/331128506> Formatos interactivos y funciones ejecutivas en el desarrollo temprano

Servera-Barceló, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Revista de Neurología*, 40 (6), 358-368. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Mateu-Servera/publication/7939840_Barkley%27s_model_of_self-regulation_applied_to_attention_deficit_hyperactivity_disorder_A_review/links/0fcfd50eaefca07e8a000000/Barkleys-model-of-self-regulation-applied-to-attention-deficit-hyperactivity-disorder-A-review.pdf

Soriano, M. (2006). Dificultades en el aprendizaje. Grupo Editorial Univ.

Spencer, T. J., Biederman, J. & Mick, E. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, Lifespan, Comorbidities and Neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology*, 32 (6), 631-642. Recuperado de: <https://academic.oup.com/jpepsy/article/32/6/631/1022252>

Vaquerizo-Madrid, J. (2005). Hiperactividad en el niño preescolar: descripción clínica. *Revista de Neurología*, 40 (1), 25-32. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4679150>

Wilma, G. Etiología del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Características Asociadas en la Infancia y Niñez. AIP. 2013, 3 (2), 1079-1091. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007471913709530>