

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN: La importancia de la educación

1. CAPÍTULO I: DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL TDAH

4 a 10 pag

1.1. Definición

Tipos:

Características del tipo predominantemente inatento

Características del tipo hiperactivo

Características del tipo impulsivo

1.2. Evaluación del TDAH

Evaluación del ámbito familiar

Evaluación escolar

Evaluación psicológica

1.3. Tratamiento del TDAH

1.4. Tratamiento farmacológico y no farmacológico

Tratamiento farmacológico

Tratamiento no farmacológico

1.5. Causas del TDAH

2. CAPÍTULO II: TDAH Y TRASTORNOS ASOCIADOS

11 a 18 pag

2.1. Trastornos de aprendizaje

Dificultades en lenguaje y escritura

Trastornos del habla

Dificultades en el aprendizaje de matemáticas

2.2. Problemas perceptivo-motores

2.3. Trastornos del estado del ánimo y desórdenes por estrés socio-familiar

2.4. Trastorno negativista-desafiante y trastorno de conducta

2.5. Baja competencia social, conductas agresivas y Trastorno disocial

2.6. Trastornos por uso de sustancias

2.7. Tics

3. CAPÍTULO III: LAS FUNCIONES EJECUTIVAS, QUÉ SON Y CÓMO INTERFIEREN EN EL ÁREA ACADÉMICO Y SOCIAL DEL ALUMNO CON TDAH

19 a 18 pag

3.1. Funciones ejecutivas

3.2. ¿Cómo se manifiesta la problemática en el rendimiento académico?

3.3. ¿Cómo se manifiesta la problemática en su comportamiento?

4. CAPÍTULO IV: CÓMO PUEDE UN PROFESOR DETECTAR A UN ALUMNO CON TDAH Y QUÉ PASOS DEBE SEGUIR

23 a 26 pag

- 4.1. Evidencias del TDAH**
- 4.2. ¿Qué tipo de niños con TDAH nos podemos encontrar en el aula?**
- 4.3. ¿En qué momento comienza a observarse los síntomas?**
- 4.4. ¿A partir de cuándo se puede realizar un diagnóstico correctamente?**
- 4.5. ¿El comportamiento se modifica de acuerdo al contexto?**
- 4.6. Errores frecuentes que nos pueden hacer sospechar**
 - Errores en lectura
 - Errores en escritura
 - Errores en cálculo

5. CAPÍTULO V: ESTRATEGIAS A DESARROLLAR CON EL ALUMNO TDAH DENTRO Y FUERA DEL AULA

27 a 38 pag

- 5.1. Consideraciones previas**
- 5.2. Estrategias relacionadas con la familia**
- 5.3. Adaptaciones y estrategias a utilizar dentro del aula**
 - Adaptaciones ambientales
 - Adaptaciones metodológicas generales
- 5.4. Estrategias para mejorar la lectura**
- 5.5. Estrategias para mejorar la escritura**
- 5.6. Estrategias para mejorar el cálculo**
- 5.7. Estrategias para mejorar su organización**
- 5.8. Estrategias para mejorar la reflexividad**
- 5.9. Estrategias para mejorar su motivación y estado emocional**
- 5.10. Estrategias para mejorar su conducta**
- 5.11. Estrategias para el apoyo de la medicación**
- 5.12. Recomendaciones para evaluaciones y exámenes**
- 5.13. Equipo de orientación y coordinación entre profesores**
 - Proceso de identificación e intervención con el alumnado que presenta TDAH y/o dificultades susceptibles de atención educativa y sanitaria

6. CONCLUSIONES

38 pag

7. BIBLIOGRAFÍA

39 pag

8. ANEXOS

40 pag

- 8.1. Cuadro de diagnóstico del TDAH del DSM-IV**
- 8.2. Protocolo de detección del TDAH**
- 8.3. Proceso de identificación**

INTRODUCCIÓN

La importancia de la Educación.

Debemos creer en la educación, en que se puede mejorar el contexto y en que todo puede ser posible buscando alternativas. Por tanto debemos **favorecer la integración** de nuestros alumnos con Déficit de Atención e Hiperactividad y ayudarles a desarrollar destrezas sociales y de lenguaje, con el objetivo de formar ciudadanos dignos, capaces de desenvolverse en la sociedad.

Debemos **favorecer el desarrollo de potencialidades**, asegurándonos de que TODAS las personas involucradas en la educación del alumno con TDAH entiendan el significado común de la palabra “integración”. El mayor beneficio que conlleva la integración es que le permite al alumno formar parte de un mundo “típico”, mientras que presenta al público en general la imagen de un estudiante ESPECIAL.

Conseguir esta integración soñada **puede ser posible** en función de las actitudes de los demás, de los recursos del entorno y de la existencia de programas adecuados para la integración. **No hay cambio si no hay implicación.**

Además es muy importante que el **perfil del cuidador** sea muy humano y profesional, y que pueda ayudar a desarrollar la personalidad de cada individuo sin anularle en ningún caso, pero tampoco deben ser actividades prácticas con un gran deterioro cognitivo, hay que saber parar cuando sea necesario. Debemos ser buenos observadores y no tratarles como diferentes, ya que esta idea es, simplemente, fruto de nuestra socialización.

“Educar para la convivencia. Educar para adquirir conciencia de la justicia. Educar en la igualdad para que no se pierda un solo talento por falta de oportunidades...”

Habrán que enseñarles a que empleen de manera óptima y adecuada sus limitaciones para que tengan esa capacidad crítica y habrá que intentar que aprendan a interiorizar normas y valores porque quizás las han perdido por el camino y necesitan comunicarse. Debemos esforzarnos para enlazar los contenidos con la propia realidad, de esta forma puede crear interés al alumno.

Es un hecho ya admitido, apoyado por las investigaciones sobre efectos del tratamiento del TDAH, que la intervención psicopedagógica debe centrarse en el centro escolar y que ha de ser ésta la que de respuesta adecuada a las distintas necesidades educativas que puedan presentar sus alumnos. Es obvio que para que la intervención sea eficaz, desde los primeros pasos, se necesita que el profesorado tenga una formación al respecto.

Lo que se pretende, desde este programa, es asegurar en todos los profesionales que intervienen en el campo educativo, una formación básica que permita ir considerando a estos niños, como sujetos de atención especial.

1. CAPÍTULO I: DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL TDAH

1.1. Definición

El TDAH o Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es un trastorno neurobiológico caracterizado por una dificultad o incapacidad para mantener la atención voluntaria frente a actividades, tanto académicas como cotidianas, unida a la falta de control de impulsos. Es un trastorno crónico, sintomáticamente evolutivo y de probable transmisión genética. Se manifiesta en niños y adolescentes, llegando incluso a la edad adulta en un 60% de los casos.

La prevalencia en la población se estima entre un 5% y 10% y se da por igual en cualquier parte del mundo, dándose con mayor frecuencia entre los niños que entre las niñas, en una proporción de 4:1. Lo padecen tanto niños como adolescentes y adultos de todas las condiciones sociales, culturales y raciales.

Respecto a las causas existen evidencias de la presencia de un desorden fisiológico a nivel de neurotransmisores, aunque todavía no se han determinado causas precisas sobre su origen, se relacionan con un desequilibrio químico en el cerebro (Dopamina, Noradrenalina).

Tipos

El trastorno se divide actualmente en tres subtipos de acuerdo a las principales características asociadas con el trastorno. Estos son:

- **Predominantemente inatento.**
- **Predominantemente hiperactivo-impulsivo.**
- **Combinado.**

Los síntomas del TDAH pueden manifestarse conjuntamente o bien predominar solamente uno de ellos. El TDAH no siempre cursa con hiperactividad.

Características del tipo predominantemente inatento

Les cuesta prestar atención a los detalles de las tareas en situaciones cotidianas y escolares, lo que les lleva a no tener en cuenta algunos aspectos de las situaciones, fundamentales para lograr los objetivos pretendidos en cada una de dichas situaciones

Cometen errores por descuido, como abrocharse mal una camisa, tirar un vaso, copiar mal un enunciado o cometer faltas de ortografía.

Tienen dificultad en mantener la atención en las tareas, sobre todo cuando ésta es monótona y aburrida o requiera un esfuerzo mental. Esto les provoca la pérdida del hilo de la tarea que están realizando y al volver de nuevo a lo que estaban haciendo, no recuerden donde lo dejaron y por ello puedan llegar a saltarse pasos o cometer errores. Al acumular fracasos en su vida escolar, no tener la motivación suficiente y miedo a continuar fracasando, abandonan con facilidad las actividades de mayor complejidad y esfuerzo.

Parecen no escuchar cuando se les habla. Esto es debido a la cantidad de estímulos externos que les llegan y que no son capaces de discriminar.

Son descuidado y olvidadizo, perdiendo elementos necesarios tanto para sus actividades escolares (libros, cuadernos, bolígrafos,..) como para su vida personal (lavarse los dientes, peinarse,...).

Tienen dificultad para prestar atención a dos estímulos distintos al mismo tiempo como pueden ser un estímulo oral (instrucciones, pautas...) y un estímulo visual (esquema, dibujo, datos...) ya que no los procesan a la vez. Por ejemplo, escribir en el cuaderno la información que hay en la pizarra exige al mismo tiempo fijar y retener la información y plasmarla en el papel.

Características del tipo hiperactivo

Tienen una **excesiva actividad motora**: Son inquietos, incapaces de relajarse, mueven en exceso manos y pies, les cuesta quedarse sentados cuando deben, les cuesta participar en actividades de manera tranquila, corren y trepan en situaciones inapropiadas y son más propensos a sufrir accidentes.

Suelen mantener una **excesiva actividad verbal**: Hablan mucho y en situaciones inapropiadas y mantienen el mismo tema durante mucho tiempo.

Dan **mayor intensidad al expresar sus emociones**: Tanto las alegrías como las tristezas las expresan de una manera desmedida.

Características de impulsividad

Tienen **dificultad para controlar e inhibir las conductas**: Actúan sin pensar, responden precipitadamente, interrumpen y se entrometen, en los juegos les cuesta esperar su turno, se pelean por cualquier cosa, destrozan sus propias cosas y las de los demás.

Tienen **dificultad para controlar las emociones**: Se muestran impacientes, suelen tener mal humor, irritabilidad y aspecto enfadado, no aprenden de sus errores y no saben perder.

1.2. Evaluación del TDAH.

La evaluación del TDAH no es sencilla al haber distintos subgrupos, según predominen los problemas de atención, los de hiperactividad y los de impulsividad. Además, no existe una única prueba que por sí sola permita un diagnóstico exclusivo y fiable.

Esta evaluación debe incluir una evaluación del ámbito familiar, escolar y psicológica, además de un examen médico completo que evalúe la salud general del niño para descartar otra serie de problemas, de tipo visual, auditivo o la falta de componentes vitales para su salud.

Evaluación del Ámbito Familiar.

Se realiza una entrevista detallada a los padres y el niño con TDAH, incluyendo la historia del desarrollo del niño, antecedentes del parto, desarrollo físico y motor, problemas médicos, alergias, medicación que toma,... Se hace un análisis sobre el ambiente familiar y social: antecedentes familiares de TDAH, estructura y funcionamiento del núcleo familiar, tipo de comunicación establecida, nivel socio-cultural, etc.

Habrán que hacer una exploración de la capacidad de atención, la impulsividad y la hiperactividad: tanto dentro de la consulta, como en la sala de espera, descartar otras patologías: como la ansiedad y la depresión y obtener datos importantes sobre su escolarización: dificultades de aprendizaje que presenta, si ha repetido curso...

Evaluación Escolar.

Habrán que efectuar una historia académica y de comportamiento del niño en el aula mediante cuestionarios específicos de síntomas de TDAH, a realizar por los profesores, con el fin de evaluar la intensidad del trastorno. Algunos de los síntomas de TDAH son más evidentes en las situaciones escolares y de grupo, ya que requieren un buen control de impulsos.

También se podrán realizar pruebas del lenguaje o específicas del aprendizaje si se sospecha de la existencia de un trastorno específico del aprendizaje.

Evaluación Psicológica.

Por último, se debe realizar un análisis psicológico del niño, para conocer su desarrollo cognitivo y emocional. Es aconsejable medir el nivel intelectual del niño con el test WISC-R para los niños pequeños y el Raven para los mayores. Dentro de este trastorno, se encuentran niños con una gran variación en su cociente intelectual y el TDAH suele producir un rendimiento escolar más bajo del que cabría esperar según el nivel de inteligencia del niño.

El diagnóstico se basará en el cumplimiento de los criterios del DSM-IV, que son los criterios diagnósticos establecidos por la Academia Americana de Psiquiatría (1994) o del CIE-10 reconocidos y establecidos por la OMS.

1.3. Tratamiento del TDAH

El tratamiento adecuado al trastorno debe ser multiprofesional, es decir, debe incluir: Tratamiento médico (Psiquiatra, Neuropsiquiatra, Pediatra), educativo (padres-colegio) y psicológico.

La **intervención médica** debe ser realizada por médicos expertos en TDAH o al menos conocedores en profundidad del trastorno. En la mayoría de los casos suele incluir tratamiento farmacológico.

Respecto a la **intervención educativa Escuela-Padres** debemos destacar que es imprescindible una intervención escolar debido a que es en el colegio donde los niños con TDAH van a encontrar sus mayores dificultades, por su falta de atención y de control de impulsos en las actividades, un mal seguimiento de las instrucciones escritas y orales, trabajos de peor calidad y dificultad para organizar y planear actividades que requieren varios pasos.

Los **conocimientos sobre el TDAH de los profesores son vitales** para una detección precoz, un buen manejo de las habilidades a desarrollar en el aula con el fin de obtener un mejor aprovechamiento y desarrollo de las capacidades de los alumnos con TDAH, al igual que el **conocimiento del TDAH por parte de los padres** y el entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales, de comunicación y asertividad, técnicas para establecer límites y normas, les favorecerá su autoestima.

Intervención Psicológica. Son niños catalogados como niños con problemas de conducta o con problemas de aprendizaje, cuando en realidad se trata de un problema neurológico que les impide un comportamiento y aprovechamiento académico adecuado a su edad y curso académico. Debido al concepto que se tiene de ellos y de sus capacidades son niños dañados emocionalmente, porque no se les está proporcionando la comprensión y el apoyo necesario para superar su déficit. Por ello, en muchas ocasiones el tratamiento suele estar acompañado de una intervención Psicológica

Debemos concienciarnos que actualmente este trastorno se puede controlar si se llevan a cabo los tratamientos educativos, psicopedagógicos, psicológicos y farmacológicos pertinentes. El trabajo conjunto de médico, profesores y familiares será el precursor del desarrollo personal y académico de estos niños, que con los estímulos positivos y el apoyo adecuado a sus dificultades, llegarán a alcanzar sus metas más próximas y de futuro.

1.4. Tratamiento farmacológico y no farmacológico

Tratamiento Farmacológico

Algunas formas leves de TDAH se pueden controlar a veces con tratamiento no farmacológico, sin embargo, los estudios indican que el tratamiento más eficaz es la combinación de medicación, psicoterapia conductual, entrenamiento a los padres y apoyo escolar.

Los niños con TDAH tienen un desequilibrio químico de los neurotransmisores, los más afectados son la Dopamina y la Noradrenalina (sustancias químicas del cerebro), lo que ocasiona un retraso en el desarrollo cerebral. Principalmente, se ve afectado el lóbulo frontal; por tanto habrá una alteración en la atención, en el control de impulsos y en las funciones ejecutivas.

Los fármacos utilizados en el trastorno son principalmente los estimulantes y la atomoxetina. Los estimulantes aumentan los niveles de dopamina y la atomoxetina aumenta los niveles de noradrenalina. Es necesario conocer que la medicación es segura y que los efectos secundarios son pocos y no son graves. Así como también que su eficacia es de un 80%.

El medicamento principal para el tratamiento del TDAH es el Metilfenidato. El metilfenidato es un estimulante que mejora tanto la hiperactividad como la inatención en niños con TDAH. Más de 60 años de experiencia con ésta medicación, y más de 150 estudios en diversos países confirman que es eficaz y segura en el tratamiento. Aunque suele tolerarse bien, como es un estimulante, a veces puede producir algunos efectos secundarios generalmente leves como la disminución del apetito o del sueño, fácilmente reversibles bajando la dosis.

La ATOMOXETINA es un medicamento no derivado anfetamínico, también de primera elección en pacientes con TDAH. Su efecto positivo dura todo el día y puede administrarse en una sola toma por la mañana. Además no tiene potencial de abuso, puede mejorar la ansiedad y no empeora los tics. Aunque es un medicamento nuevo, está muy bien estudiado, y lleva varios años siendo utilizado en muchos países (EE.UU., Gran Bretaña, Alemania, Canadá, Australia...), y más de 4 millones de personas lo han tomado, sin problemas de seguridad, y con eficacia en niños, adolescentes y adultos con TDAH.

Es importante destacar que son muchos los niños que se benefician de estos tratamientos farmacológicos y que es necesario en un 80% de los casos, pero siempre combinados con otras intervenciones tanto psico-educativas como socio-familiares, para mejorar la autonomía del niño, su déficit de atención, hiperactividad e impulsividad. Los fármacos utilizados para este trastorno modifican el funcionamiento cerebral y les ayuda tanto a estar más atentos en sus tareas escolares y cotidianas, como también a no tener esa necesidad de movimiento excesivo. Dichos fármacos son prescritos de acuerdo con el criterio del médico y con la aprobación de los padres.

Si un alumno está medicado y los profesores del niño lo conocen, éstos pueden colaborar observando y registrando si aparecen mejoras o no en el rendimiento académico, en el comportamiento y en las relaciones con sus compañeros. Su información puede ser de gran utilidad para el médico que trata al alumno a la hora

de valorar la efectividad del tratamiento farmacológico o bien la necesidad de ajustar la dosis. También pueden colaborar en la observación de posibles efectos secundarios tales como, irritabilidad, dolor de cabeza, náuseas, disminución del apetito, etc., y trasladar la información a los padres.

Es importante que cuando el alumno muestre resultados positivos tras la administración del fármaco, el profesor refuerce su buena conducta o buen rendimiento y no lo atribuya al fármaco; como lo haría con frases tipo “se nota que hoy te has acordado de tomar la pastilla” o “que bien trabajas cuando tomas la pastilla”.

Tratamiento no farmacológico

A veces el niño sale adelante sin medicación, pero quizás tiene demasiados apoyos que le hacen perder autonomía. Esto puede generar estrés en la familia, ya que los esfuerzos a lo que se ven sometidos son demasiados. Además, en el colegio se corre el riesgo de que los demás niños le etiqueten como el “niño diferente”.

El tratamiento no farmacológico implica varios tipos de psicoterapia: psicoeducación y entrenamiento a los padres para controlar el comportamiento del niño, para prevenir y anticipar las reacciones explosivas, terapia familiar e individual que reduce el stress en la familia debido a la enfermedad del niño, y un mayor apoyo en el colegio en las áreas donde el niño está más necesitado.

A nivel escolar no se precisa hacer una disminución de la exigencia, pero hay estrategias que mejoran la eficacia del niño a la hora de obtener mejores resultados. A veces se debe organizar las tareas del niño de forma secuencial, ya que él no se puede organizar sólo. También se enseña al niño a controlarse y monitorizar sus actividades inapropiadas, para que se vaya dando cuenta de cómo sus comportamientos interrumpen y molestan a los demás, y cómo intentar reducirlos.

Debe tenerse en cuenta que el TDAH puede estar acompañado de otros problemas psiquiátricos como depresión o ansiedad, que también requieren atención. La comunicación entre padres, médicos (pediatra, psiquiatra infantil), psicólogos y profesores debe ser fluida y coordinada, para presentar todo el equipo una idea homogénea al niño, y que no detecte fisuras o desacuerdos en el equipo.

1.5. Causas del TDAH

Qué Causa el TDAH

Difícilmente el Trastorno sea el resultado de algo simple y, probablemente, varias causas confluyan en conseguir que una muy pequeña parte del cerebro de estos niños sea diferente.

La causa más común para la existencia de estas diferencias es genética, aunque la transmisión no es del tipo mendeliano clásico y no está ligada de manera específica al sexo. Si uno o ambos padres tienen TDAH no es obligatorio que el hijo lo padezca pero sí existe una mayor probabilidad.

Siguiendo una línea de género: por ejemplo, si la madre tiene TDAH no es condición obligatoria que la transmisión sea a su hija. La cuestión es que tiene probabilidad de transmitírsele a sus hijos independientemente del sexo de ellos. Inversamente si el niño tiene TDAH no es obligatorio que los padres lo tengan, aunque las probabilidades son altas, y mucho más altas si indagamos entre tíos y abuelos.

Qué no causa el TDAH

La idea central es que, la mayoría de las veces, los niños a los que los profesionales caracterizamos bajo los términos que los consensos científicos establecen para el TDAH, han nacido o adquirido una constitución biológica diferente. Por ello se puede afirmar taxativamente que:

- No se origina el TDAH en conflictos neuróticos.
- No se origina el TDAH en los problemas familiares o conyugales.
- No se origina el TDAH en los problemas emocionales o psiquiátricos que otros familiares pudieran tener, a excepción de que tengan el mismo trastorno.
- No se origina en una crianza parental inadecuada.
- No se origina en la participación inapropiada del medio social y/o educacional.
- No se debe al consumo excesivo de azúcares, aditivos o colorantes artificiales.
- No se debe a procesos alérgicos.

Sin embargo, claro está, que cualquiera de los primeros cinco problemas pueden presentarse posteriormente aumentando las dificultades ya existentes y haciendo más compleja la situación. Los dos últimos, a pesar de recibir cierta publicidad y difusión no han hallado respaldo científico a la fecha.

Qué mejora y empeora el TDAH

Los factores que contribuyen a la mejora del TDAH son: un diagnóstico precoz, una educación coherente por parte de los padres, la transmisión de valores positivos y estabilidad familiar, el conocimiento por parte de los profesores y adaptación de las actividades educativas y la colaboración entre los padres y la escuela.

Los factores que contribuyen al empeoramiento del TDAH son: un diagnóstico retardado, fracaso escolar, una educación demasiado permisiva o severa, desavenencias y hostilidad entre los padres, problemas de salud en el niño y precedentes familiares de alcoholismo, conductas antisociales u otros trastornos sociales.

2. CAPÍTULO II: TDAH Y TRASTORNOS ASOCIADOS

Una de las dificultades del TDAH es que, con una elevada frecuencia, se presenta acompañado de uno o más trastornos. Por lo tanto, es frecuente que el alumno con TDAH presente además el siguiente perfil

Trastornos de aprendizaje	20%
Dislexia y TEA	25%
Dispraxia	20%
Trastornos perceptivo-motores	30%
Trastornos del Ánimo	30%
Trastornos de Ansiedad	25%
Trastorno de conducta	30-40%

2.1. Trastornos de aprendizaje

El bajo rendimiento escolar es la tónica generalizada en estudiantes con TDAH. Un 20% de niños hiperactivos, experimentan trastornos específicos de aprendizaje en las áreas de lectura, escritura y matemáticas. Tienen dificultades en la adquisición de una lectura adecuada, así como en captar las ideas principales del texto cuando éstas no aparecen de forma explícita. Fracasan en la composición escrita, lo que genera actitudes de rechazo hacia al escritura. Las dificultades cognitivas asociadas al TDAH interfieren en múltiples formas con el aprendizaje de las matemáticas: la impulsividad les lleva a cometer errores en las operaciones debido a la precipitación; no analizan los signos, pueden cambiar el algoritmo de la suma por el de la resta o restar el número mayor del menor sin considerar si se corresponde con el sustraendo. La impulsividad provoca la respuesta inmediata a los problemas antes de haberlos leído y no aplican una estrategia organizada para resolverlos.

El 25% de los afectados por TDAH padecen además dislexia. Es conveniente que al alumno diagnosticado de dislexia se le haga también un estudio sobre el TDAH.

Dificultades en Lenguaje y Escritura

Aproximadamente un 20% de los niños hiperactivos tienen problemas en el lenguaje oral. Su comprensión lectora es deficiente, tienen dificultades en la comprensión de textos largos a pesar de no tener puntuaciones bajas en vocabulario. Por su impulsividad y los problemas de atención suelen omitir palabras e interpretan mal el contenido de la lectura. De esta manera en la comprensión de instrucciones escritas, el niño realiza la tarea en función de la información que ha logrado retener, considerando solo algunas variables en la ejecución de tareas.

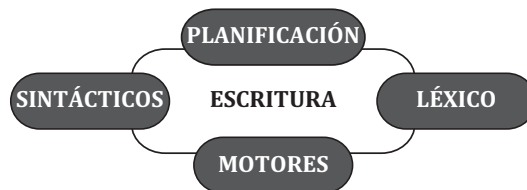
La comprensión de un texto implica construir el significado e integrarlo en los conocimientos previos que tenemos. En los niños con TDAH la dificultad aparece ante tareas de evaluación con altas demandas de autorregulación o que tratan de analizar la representación de un texto. Suelen presentar una comprensión pobre en oraciones de notable complejidad sintáctica; captan un número menor de ideas, no se ajustan a la estructura interna del texto y su organización de la información es pobre.

Podemos clasificar las dificultades en la lectura en dos grandes grupos:

- 1) niños cuyas dificultades se centran en la lectura de palabras y, como consecuencia, muestran dificultad para extraer el significado global del texto (déficit en procesos léxicos).
- 2) niños que pudiendo leer las palabras les cuesta comprender lo que leen (déficit en procesos de alto nivel).

En las áreas que requieren destreza manual, tales como la escritura, tienen problemas de motricidad fina que afecta a la coordinación y a la secuencia motora en el trazado de las letras, la inatención e impulsividad dificultan la regulación de sus movimientos, por lo que no desarrollan la habilidad de realizar movimientos lentos y controlados. Son torpes para ensartar, modelar con plastilina, colorear de forma controlada, abrochar botones pequeños, las cuales son habilidades pre-requisito para el control y manejo del lápiz y la adquisición de la escritura, como consecuencia, su letra es desorganizada, excesivamente grande o pequeña.

PROCESOS IMPLICADOS EN LA LECTURA



Modelo de procesamiento lineal.

A la hora de escribir se hace según unos procesos que se van activando. La escritura sigue un orden.



Pueden manifestar retraso en la adquisición del código fonológico y del nivel morfológico, especialmente en la comprensión y expresión de los tiempos verbales, bajos resultados en las pruebas que requieren pensamiento analógico lingüístico o resolución de problemas verbales, problemas en el acceso rápido a información lingüística y en la comunicación de información esencial y menos competencia en tareas de procesamiento semántico, de tipo metalingüístico y de conciencia fonológica.

La inatención en preescolares predice futuras dificultades de aprendizaje de la lectura. Existe una significativa relación entre inatención/ hiperactividad en preescolares y menor desarrollo de destrezas relacionadas con aprendizaje de la lectura.

Trastornos del habla

El TDAH puede expresarse también con Dispraxia o torpeza motora del habla, que consiste en un déficit en la expresión de la palabra por una lengua poco coordinada o torpe. Existe escasa agilidad y velocidad en los movimientos linguales, lo que conduce a la imposibilidad para repetir el mismo movimiento de la misma forma y a un lenguaje difluente y peculiar. Suelen tener una escasa o deficiente participación en actividades mediadas por habla.

En general, los niños con trastornos de la articulación tienen más problemas en su coordinación motora y más signos neurológicos “blandos” que los niños normales.

Dificultades en el aprendizaje de las Matemáticas.

Para los alumnos con TDAH, las dificultades en matemáticas se multiplican, ya que el déficit afecta a aspectos involucrados en la resolución de problemas, como la impulsividad y un déficit en autoinstrucciones. El rendimiento en Matemáticas es significativamente inferior al esperado a su edad y por debajo de su nivel de funcionamiento intelectual.

Podremos observar las diferencias de logro en comparación con sus compañeros sin déficit y analizaremos las dificultades y errores cometidos en las diferentes fases de la resolución

Déficit visoespaciales: No utilizan efectivamente imágenes visuales y pueden encontrar dificultades en tareas que requieren procedimientos holísticos y visuales, obstaculizando tareas que exigen diferenciación entre números similares desde el punto espacial (6 y 9), símbolos, monedas, manecillas del reloj; memorizar ordenadamente los números de cantidades (escribe 12 por 21); alinear números para hacer operaciones.

Déficit en memoria y procesamiento auditivo: El ejemplo más claro son las tablas de multiplicar. Tienen una dificultad específica para mantener la información numérica en la memoria de trabajo, lo que explica su escaso conocimiento de “hechos numéricos” tales como:

Reconocimiento rápido de números (auditiva y visualmente); dificultades para memorizar y reproducir el grafismo de cada número; El recuerdo de distintos pasos implicados en problemas con varios niveles o procesos...

Dificultades en el procesamiento auditivo: Manifestado al realizar ejercicios orales (cálculo mental) y al contar siguiendo una secuencia dada.

Procesos cognitivos y metacognitivos: Carecen de conciencia acerca de las habilidades y recursos necesarios para realizar una tarea y fallan en el uso de mecanismos autorregulatorios.

2.2. Problemas perceptivo- motores

Más de un 30% de pacientes con un diagnóstico de TDAH presentan frecuentemente movimientos rígidos y problemas en la coordinación motora. Estos problemas de coordinación afectan al trazado de las letras dando lugar a escritura irregular, tachones, soldaduras, interlineado y márgenes ondulantes. En algunos casos es fácil observar cuando están escribiendo que sacan la lengua y mueven los labios. También es significativo el número de niños con TDAH que tienen caídas y tropezones frecuentes como consecuencia de sus deficiencias en la motricidad gruesa.

Los diferencias sexuales son más consistentes para los movimientos asociados que para la velocidad motora. Los varones son más veloces que las niñas, pero en todas las tareas las niñas tienen menos movimientos asociados que los niños. Esta impresión se basa en que ellas se desempeñan mejor que los niños en tareas motoras complejas y adaptativas y en que muestran menos movimientos asociados durante todas las tareas motoras y eso determina que sus movimientos parezcan más armoniosos.

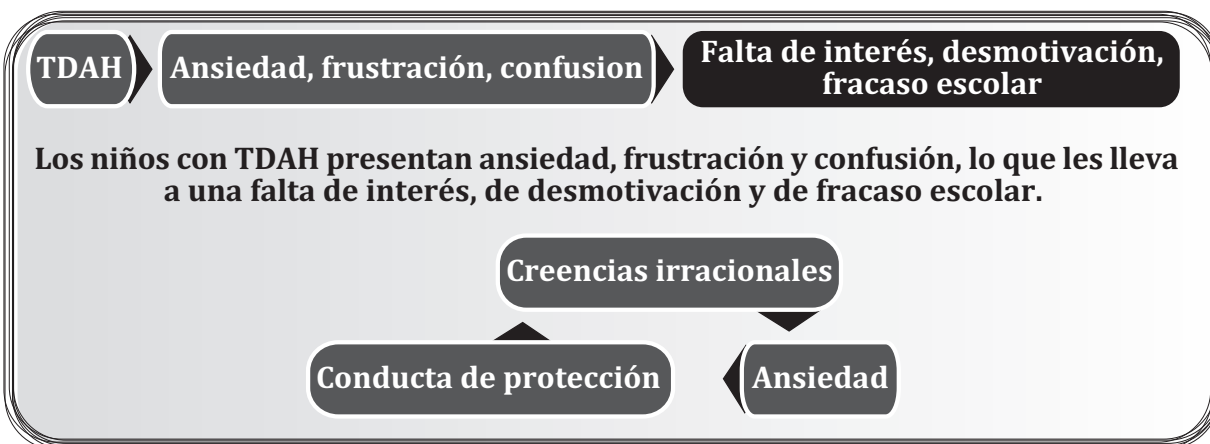
Normalmente los niños con TDAH conviven con su problema evitando aquellas actividades en las cuales son necesarias las capacidades motoras. En el entorno familiar tienen dificultades en las actividades del día a día, como vestirse, comer o atarse los cordones de los zapatos. En el juego, suelen ser niños solitarios, que participan poco en las actividades deportivas o juegos físicos. Son menos populares y frecuentemente reciben burlas de sus compañeros.

A veces, puede desorientar el contraste entre una excelente capacidad en algunas actividades motoras, y una gran torpeza en otras. Toda intervención dirigida a mejorar las capacidades motoras tendrá una repercusión exclusiva sobre ellas, además de en el tratamiento de los problemas de aprendizaje asociados.

Pobre organización viso-espacial manifestándose en las dificultades de utilizar la información proporcionada por los diferentes sistemas sensoriales (visión, audición, tacto y conciencia corporal global) produciéndoles una confusión acerca de la posición, tamaño y relación entre objetos, direccionalidad, detalles visuales, figura-fondo, lo que también afecta en cuanto a los déficits en destrezas iniciales en lectura y escritura y a usar la información visual y propioceptiva para atrapar una pelota en el aire.

2.3. Trastornos del estado de ánimo (depresión, ansiedad, afecto.)

El porcentaje de que en los niños con TDAH aparezcan sentimientos depresivos se sitúa alrededor del 30%. Los problemas académicos y sociales que experimentan los niños con TDAH pueden provocar síntomas de indefensión (excesiva preocupación por los acontecimientos específicos, ansiedad de separación, fobia social....) que van a incidir de forma negativa en la percepción de la competencia personal.



Los niños parten de unas creencias irracionales (ser listo es bueno, ser tonto es malo). Los listos son capaces de resolver cualquier problema, como yo no soy capaz soy tonto. Ante la situación de resolver un problema con esas creencias, hay una frustración que crea ansiedad, por lo que evitamos hacer ese problema (lo que sigue haciendo el círculo vicioso). Los sentimientos que priman son los de minusvalía, impotencia y baja autoestima.

Un niño deprimido, según los criterios, se caracteriza por: Sentimientos de preocupación excesiva, tristeza o deseo de aislamiento, irritabilidad persistente, aburrimiento, alteraciones en el apetito y sueño, quejas físicas y dolores abdominales, cansancio, disminución de la concentración, ideas de muerte recurrente.

El niño con TDAH prácticamente desde la primera infancia manifiesta un deseo intenso de agradar a los demás y de recibir aprobación social por lo que hace. Al no verse cumplidas todas estas expectativas éste sufre una gran ansiedad y miedo al fracaso, por lo que no se les debe permitir establecer objetivos a medio y largo plazo sino intentar que vayan consiguiéndolos y planteándolos progresivamente, de modo que, al ir viendo que pueden aprender y mejorar y ser aceptados, su autoconcepto mejora y su autoestima aumenta. Por otro lado, la familia puede representar un factor protector para posibles dificultades de aprendizaje en el niño, pero también puede ser un factor de interferencia para el aprendizaje de éste. Los padres cuyos intereses y preocupaciones están determinados por trabajos absorbentes, interfieren negativamente en el desarrollo de estos niños. Si el niño es muy capaz, probablemente esta situación no le afecte y por el contrario, incluso estimule su autonomía, pero si el niño requiere apoyo adicional para rendir de acuerdo a lo que se espera de él y no lo encuentra en sus padres, le marcará el comienzo de dificultades escolares, fracasos, etc.

El rendimiento escolar, junto con el afecto de los padres y adultos significativos, constituyen los factores más decisivos en la conformación de la autoestima del niño.

2.4. Trastorno oposicionista/desafiante y trastorno de conducta

Todos los niños demuestran oposición de manera normal, particularmente cuando están hambrientos, estresados, somnolientos. Pueden contestar, desobedecer, desafiar a los padres, maestros y otros adultos. El comportamiento de Oposición es a menudo parte normal del desarrollo de los chicos de 2 o 3 años y cuando llegan a la adolescencia. Sin embargo el comportamiento de falta de cooperación, hostilidad y enfrentamiento con los adultos y todas aquellas personas que representen autoridad, se convierte en un asunto serio cuando es frecuente y constante, tanto, que sobresale al ser comparado con otros niños de la misma edad y del mismo nivel del desarrollo, así como cuando afecta la vida social, familiar y académica del chico, es entonces cuando hay que comenzar a pensar en un posible Trastorno de Conducta Oposicionista/Desafiante.

Discuten continuamente con los adultos, Desafían las reglas de los adultos, se niegan a hacer sus quehaceres, son provocadores, siempre intentan molestar de manera deliberada a las personas que les rodean, culpan y reprochan a los demás de sus errores, suelen ser enojones, irritables, quisquillosos, resentidos y vengativos, utilizan malas palabras, suelen utilizar palabras hirientes con la intención de lastimar, con frecuencia tienen problemas académicos, son mentirosos e incumplidos y con crisis de rabietas.

Este trastorno afecta aproximadamente al 40% de los pacientes TDAH. Son niños que ya desde su etapa preescolar pueden presentar comportamientos negativistas hostiles y desafiantes durante periodos superiores a seis meses. También son fácilmente molestados por su grupo social que les pueden acabar rechazando, pudiendo ser también fácilmente responsables de actos de “bullying”, es decir, actos de intimidación física o verbal.

Hay también que destacar que el trastorno de conducta negativista desafiante severo y de inicio precoz es habitualmente el comienzo de un trastorno de conducta disocial en la adolescencia y de un trastorno de la personalidad antisocial en la vida adulta (Moffit, 2002).

A menudo estos comportamientos son consecuencia de la frustración que sufren por los mensajes negativos que reciben cada día de su familia y profesorado. Ante los conflictos sociales muestran una intensidad emocional inusitada; focalizan sus esfuerzos en los aspectos difíciles del conflicto en lugar de en la búsqueda de posibles vías de tranquilizarles a sí mismo.

2.5. Baja competencia social, conductas agresivas y trastorno disocial

Las conductas agresivas se producen a menudo como una respuesta desmedida a lo que el niño interpreta como una provocación o un ataque.

Es bastante frecuente que los niños hiperactivos experimenten problemas interpersonales desde la primera infancia. El rechazo de los compañeros parece obedecer, entre otros factores, a su estilo de interacción molesto y poco cooperativo: escasas habilidades de comunicación, baja comprensión de las señales sociales, egocentrismo, tendencia a perder el control en situaciones conflictivas, o a violar las reglas establecidas en los juegos.

Sus dificultades sociales se evidencian con mayor claridad ante las situaciones complejas que requieren de la aplicación flexible de estrategias sociales. Tienen menor empatía e interpretan de forma inadecuada las emociones de las otras personas; expresan frecuentemente tristeza, ira y sentimientos de culpa.

El trastorno disocial afecta aproximadamente al 25% de los pacientes TDAH, es el trastorno comórbido con peor pronóstico. Son aquellos adolescentes que presentan conductas que violan los derechos básicos de las personas o bien las normas sociales importantes. Así pueden agredir a personas o animales, destruir la propiedad, robar o violar gravemente las normas, con lo que son enfermos potencialmente delincuentes.

En el año 1994 un trabajo publicado por Eyestone y Howel en el Bulletin of the Am. Acad. Of Psychiatry and the Law, concluía que el 25% de la población presa estudiada presentaba el diagnóstico comórbido de TDA-H y trastorno de conducta disocial y datos cotejados últimamente en Holanda y así presentados por la EFCAP en el último Congreso.

2.6. Trastornos por uso de sustancias (drogodependencia)

Estudios realizados con pacientes que consultan por problemas derivados del consumo de alcohol, cocaína o heroína, han encontrado una mayor prevalencia del TDAH respecto a la población general. Se estima que entre el 31% y el 75 % de pacientes con trastorno por dependencia al alcohol presentan criterios DSM-IV de TDAH en la infancia, y hasta un 35% de pacientes cocainómanos presentan un TDAH (Levin *et al.*, 1998; Wilens *et al.*, 2000). Asimismo, en un estudio realizado con pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona por dependencia a heroína, se halló que el 17 % cumplían criterios de TDAH (King *et al.*, 1999).

La presencia del TDAH también se ha evaluado en pacientes ingresados en unidades de desintoxicación, hallándose cifras equiparables a las anteriores. En este sentido, en un estudio realizado con una muestra de 201 pacientes ingresados, el 24% (n = 48) presentaban un TDAH y el 39% (n = 79) tenían antecedentes de un trastorno de conducta. Asimismo, de los 48 pacientes con TDAH, 34 presentaban de forma comórbida un trastorno de conducta (Schubiner *et al.*, 2000). Este resultado pone de manifiesto que la presencia de un trastorno de conducta incrementa el riesgo de drogodependencias en los pacientes con TDAH (Abramowitz *et al.*, 2004).

La persistencia del diagnóstico de TDAH más allá de la adolescencia también parece jugar un papel destacado, dado que el riesgo de desarrollar una drogodependencia parece ser mayor en aquellos pacientes con TDAH en los que el trastorno se mantiene en la edad adulta (*Sullivan et al., 2001*). Entre el 17% - 45% de los casos que consultan por un TDAH en la vida adulta, presentan un abuso o dependencia de alcohol y entre el 9% - 30%, un abuso o dependencia de otras drogas (*Wilens et al., 2000*).

La investigación realizada en los últimos años, ha revelado que el TDAH es por si sólo, un factor de riesgo para desarrollar un TUS (*Davids et al., 2005; Sharps et al., 2005*). En comparación a la población general, e independientemente de otros trastornos psiquiátricos asociados, los pacientes adultos con TDAH tienen el doble de riesgo de presentar una drogodependencia (*Biederman et al., 1995*). Si a ello se suma la presencia de un trastorno de conducta durante la infancia, o de un trastorno antisocial de la personalidad en la vida adulta, el riesgo de desarrollar un TUS es aun mayor (*Mannuzza et al., 2004*).

Las personas con un TDAH durante la infancia inician el consumo de sustancias a una edad más temprana y la evolución hacia un abuso o dependencia es más rápida que en las personas que no padecen este trastorno (Spencer et al., 1998; Wilens et al 2000; Biederman et al., 1998).

2.7. Tics

Los Tics nerviosos son uno de los efectos secundarios que pueden aparecer: sacudidas abruptas de pequeños grupos musculares de la cara o, con menor probabilidad, de otras partes del cuerpo: guiños, parpadeos, muecas, sacudir los hombros... son algunos de los tics que pueden presentarse. Otros son vocales y pueden consistir en sonidos repentinos, ruidos con la nariz, carraspeo, tos...

Cuando la combinación de tics corporales y vocales es muy intensa recibe el nombre de Síndrome de Guillé de la Tourette.

El grado de dificultad que los alumnos presenten depende de:

- ***La gravedad de la disfunción neurológica de fondo.***
- ***La convivencia (o comorbilidad) con otros trastornos.***
- ***El ajuste emocional y la autoestima.***
- ***El grado en el que la educación recibida pueda influir en la moderación de los síntomas.***

3. CAPITULO III: LAS FUNCIONES EJECUTIVAS, QUE SON Y COMO INTERFIEREN EN EL ÁREA ACADÉMICO Y SOCIAL DEL ALUMNO CON TDAH.

3.1. Funciones ejecutivas

Estudios recientes reconocen que el TDAH es una limitación compleja del desarrollo de las funciones ejecutivas, actividades mentales complejas necesarias para planificar, organizar, guiar, revisar, regularizar y evaluar el comportamiento necesario para alcanzar metas.

Las funciones ejecutivas sostienen la actividad cognitiva del sujeto sobre un determinado tipo de estímulo o de tarea a lo largo de un periodo de tiempo (regulación de la atención sostenida.). El ejercicio de las funciones ejecutivas depende del plan que se ha trazado el sujeto para alcanzar una meta; así, a la vez que el sujeto focaliza la atención, debe ser capaz de rechazar estímulos irrelevantes para ejecutar bien la tarea propuesta.

El Dr. Russell A. Barkley denominada “El TDAH como trastorno de las funciones ejecutivas: El TDAH es un fallo en el sistema ejecutivo del cerebro y por lo tanto un trastorno de las capacidades ejecutivas de éste y más concretamente un fallo en su sistema de inhibición. Este fallo en la inhibición afecta a cuatro capacidades ejecutivas:

- ***Capacidad visual: mirar hacia atrás y ver o rescatar información visual de acciones pasadas y sus consecuencias***
- ***Lenguaje interno: voz en nuestro cerebro que nos permite hablarnos a nosotros mismos***
- ***Capacidad emocional: controlar las emociones, ajustarlas y moderarlas***
- ***La Capacidad de innovación dirigida a un objetivo, planificar una respuesta y elegir la más conveniente, enfrentarnos a problemas, planear nuestra vida y pensar en el futuro.***

Barkley apunta a que el TDAH retrasa el Lenguaje interno, que el cerebro de los afectados madura y crece de entre 2 y 3 años de retraso y su capacidad funcional es inferior a lo normal. Esto nos hace encontrarnos que niños con TDAH no consigan inhibir a los 5 años, que a los 7 no se hablen, a los 9 no puedan aún controlar sus emociones y que a los 12 años no consigan planificarse.

Esta falta de inhibición les hace ser impulsivos y su falta de capacidad visual les hace no cooperar, no compartir, no interactuar en grupo, no imitar y no tener un sentido del tiempo.

El fallo en la memoria del trabajo verbal les hace tener una pobre autodescripción, autoinstrucciones y tener problemas con lo que oyen, leen o ven. Su pobre capacidad emocional les hace no tener control de las frustraciones y de las emociones. Su fallo en la función de la habilidad para solucionar problemas les impide automotivarse, solventar problemas y recopilar información, por ejemplo, si les pedimos que nos cuenten la historia que han leído, no la pueden transformar en una narrativa coherente.

Tienen ceguera hacia el tiempo, miopía hacia el futuro y sólo miran el ahora. Son niños que tienen aptitudes pero no las saben utilizar.

El inadecuado funcionamiento de las funciones ejecutivas se manifiesta en los siguientes rasgos predominantes en los niños con TDAH:

- ***Inadecuada respuesta inhibitoria, dificultades en el control de impulsos y dificultades en la capacidad para demorar recompensas.***
- ***Excesiva actividad en tareas irrelevantes o bien pobre regulación de la actividad frente a la exigencia de una determinada situación.***
- ***Dificultades en la regulación de las emociones, la motivación y el estar alerta.***
- ***Su mayor variabilidad en el rendimiento de su trabajo.***
- ***Dificultad para mantener la atención de forma sostenida y gran facilidad para la distracción***
- ***Falta de capacidad en la generación de motivación intrínseca necesaria para las tareas que no tienen ninguna consecuencia inmediata o atracción para ellos.***
- ***El rendimiento académico está por debajo de su capacidad.***

Descripción de algunos aspectos de las diferentes funciones ejecutivas para una mejor comprensión de las dificultades que entraña el TDAH.

Respecto a la **memoria de trabajo** (sistema que mantiene y manipula la información de manera temporal) destacamos las dificultades que tienen los niños en la habilidad para retener en la mente aquella información necesaria para guiar las acciones, recordar el hacer las cosas en el futuro cercano, dificultad para memorizar y seguir instrucciones, olvidar una información mientras trabaja en otra, dificultad para memorizar datos matemáticos, de ortografía; como también la dificultad para manipular y transformar la información que almacena al servicio de guiar su conducta hacia un objetivo.

La **función de la voz privada de la mente** tiene que ver con el desarrollo del lenguaje interno, el cual usamos todos para conversar con uno mismo, dirigir y regir el comportamiento; las dificultades que tienen los niños con TDAH en esta función les entorpece en la autorregulación de la conducta (no saben si están comportándose adecuadamente en una situación determinada). Un niño sin el trastorno sería capaz de darse cuenta e indicarse internamente cuales son los pasos que ha de seguir para adaptarse a una determinada situación; en la habilidad para seguir reglas (porque no recuerdan las pautas que les han dado) y dar seguimiento a los planes (cuando deciden hacer algo, no siguen los pasos necesarios para lograr el objetivo).

La **función para autorregular las emociones y la motivación** también está afectada en los niños con TDAH encontrando dificultades para vencer o buscar alternativas para superar obstáculos, siendo más propensos a frustrarse y a no controlar bien sus emociones.

Las dificultades de la **función de la habilidad para solucionar problemas** les lleva a no planificar los problemas de manera ordenada y a no prever estrategias, además se añade la dificultad para prestar atención a los distintos aspectos de un problema al mismo tiempo, la incapacidad de inhibir tendencias espontáneas que conducen a un error (al no pensar cuál va a ser la consecuencia de una acción, lo llevan a cabo sin poder evitar el error), captar lo esencial de una situación compleja y manejar el tiempo.

3.2. ¿Cómo se manifiesta la problemática en el rendimiento académico?

En la calidad del trabajo: su trabajo suele ser pobre e incompleto, con mala presentación, aunque en ocasiones puedan hacerlo bien. Son muy dependientes del ambiente (organización, estructuración y supervisión.)

En la cantidad de trabajo: con frecuencia no terminan sus trabajos, tareas, exámenes, etc.

En la velocidad del trabajo: muchos niños trabajan más despacio, otros se precipitan, lo hacen muy rápido y cometen errores. En general, no revisan sus tareas y, cuando lo hacen, tienen gran dificultad para detectar los errores que cometen durante la ejecución del mismo.

En el rendimiento: su rendimiento puede variar significativamente de un momento a otro e incluso de un día a otro.

En la automotivación (autorreforzamiento): Les cuesta mantener el esfuerzo en tareas o actividades que no les proporciona recompensa inmediata. Tienen dificultad para trabajar por grandes recompensas a largo plazo, en cambio, necesitan recompensas frecuentes aunque sean irrelevantes. Pueden iniciar una tarea correctamente, pero después de un tiempo están desmotivados y/o cansados y se dejan llevar por estímulos que en esos momentos son más gratificantes e inmediatos, como hablar con un compañero o mirar por la ventana: lo saben hacer, pero hay una incapacidad para inhibir esos estímulos. Se dejan arrastrar por estímulos más divertidos para ellos y recompensas inmediatas.

En la regulación del nivel general de alerta: es decir, para centrarse en las demandas del ambiente y del momento (lo que ocurre aquí y ahora.) Tienen dificultades para iniciar el trabajo que deben hacer, evitar la distracción y mantenerse atento en situaciones monótonas. Con frecuencia, parece que sueñan despiertos o están en las nubes cuando se supone que deberían estar atentos, concentrados y centrados en una tarea.

Perdida del rumbo con la tarea porque no pueden inhibir la respuesta ante otros estímulos. Ejemplo: Se fijan en otros objetos, personas; cualquier estímulo les lleva a pensar en otro objeto-persona que puede o no tener relación con la situación en la que se encuentra en ese momento y cuando vuelven a la tarea puede suceder que no recuerden como continuar y haber olvidado algún paso fundamental para obtener el objetivo de la tarea.

Presentan patrones de pensamiento indefinidos, de manera que al perder detalles de la información que reciben y procesan, en ocasiones, no son capaces de recuperar lo aprendido de su memoria en el momento que lo requieren para llevar a cabo una tarea-acción, no pudiendo seguir ordenadamente pasos de una tarea (ej.la secuenciación de los pasos de un problema matemático; elaboración de un esquema conceptual...).

Tienen cambios de primeras impresiones, de manera que tienden a cambiar la información que reciben. Podemos observar esta consecuencia cuando vemos un niño TDAH que ante una tarea borra y escribe en continuación, cambiando sus ideas de un comienzo.

Dificultades en “Prestar atención a dos estímulos a la vez”: Copiar lo que está en la pizarra en su cuaderno; Dictar los deberes o un examen.

Poseen un tiempo cognitivo lento, lo que les lleva a no lograr responder a las exigencias en el tiempo requerido y a no reaccionar de inmediato.

Poseen problemas para nominar y describir, porque al tener un tiempo cognitivo lento no tienden a evocar conceptos para nominar y describir situaciones.

Cometen en la escritura múltiples errores, como son: **Conceptuales**, los cuales hacen referencia a una escasa planificación, supervisión y coherencia en las tareas; **Sintácticos** en la concordancia incorrecta sujeto-verbo. **Ortográficos** (faltas de ortografía); **Disortografía y disgrafía** ocasionando trabajos de baja calidad.

Esta variabilidad suele generar mucho desconcierto en los demás, ya que en algunas ocasiones pueden hacer su trabajo rápida y correctamente, mientras que, en otras, sus tareas son realizadas mal, con errores y de manera irregular.

3.3. ¿Cómo se manifiesta la problemática en su comportamiento?

Otra característica de las persona con TDAH es la dificultad en la **inhibición conductual** y la pobre **regulación del nivel de actividad** a las demandas de una determinada situación.

Frecuentemente, tienen dificultades para inhibir sus reacciones emocionales frente a acontecimientos, tal y como lo hacen los otros de su misma edad. No es que las emociones que experimentan sean inadecuadas, sino que suelen manifestarlas públicamente. No son capaces de privatizar sus sentimientos y/o pensamientos, guardarlos y mantenerlos internos.

En general, aparentan ser menos maduros emocionalmente, más expresivos con sus sentimientos, más exaltados, irascibles y se frustran fácilmente por los acontecimientos, provocando, a veces, dificultades en sus interacciones sociales (baja tolerancia a la frustración.)

No son capaces de interrumpir sus acciones cuando es evidente que ya no son adecuadas.

Suelen ser en exceso inquietos y muestran un movimiento excesivo que no es necesario para realizar una tarea determinada. Se manifiesta por un movimiento continuo de manos y pies, tocar cosas, moverse mientras está sentado y el cambio de postura constante mientras realiza tareas relativamente aburridas. Los niños más pequeños suelen correr y trepar en exceso u otra actividad motora gruesa.

Los adolescentes con TDAH suelen manifestar más inquietud que sus compañeros de la misma edad y nivel de desarrollo.

4. CAPÍTULO IV: CÓMO PUEDE UN PROFESOR DETECTAR A UN ALUMNO CON TDAH Y QUE PASOS DEBE SEGUIR.

4.1. Evidencias de un TDAH

Los síntomas deben estar presentes en dos o más ambientes (en casa y en el colegio) para sospechar la evidencia de un TDAH, aunque es en el aula donde va a experimentar sus mayores dificultades. Además estos síntomas deben estar interfiriendo en el funcionamiento de la vida del niño por un periodo continuado de al menos seis meses. Los síntomas han de ser más intensos de lo normal para niños de su edad y se han de haber presentado desde edades tempranas (antes de los 7 años).

4.2. ¿Qué tipos de niños con TDAH nos podemos encontrar en el aula?

Niños o niñas que manifiestan una conducta predominantemente inatenta (Trastorno subtipo " Predominio Déficit de Atención.)

- Aquellos que muestran déficit de atención pero que nunca han mostrado hiperactividad ni impulsividad. Es más, niños que se caracterizan por su lentitud e hipo actividad.
- Aquellos que muestran déficit de atención significativo y rasgos de hiperactividad e impulsividad leves bien porque nunca hayan presentado éstos síntomas de forma acusada o bien porque esta sintomatología ha remitido con la maduración como suele suceder en muchos adolescentes.

Niños o niñas que manifiestan una conducta predominantemente hiperactiva e impulsiva (Trastorno Subtipo " Hiperactivo- Impulsivo".)

- Niños que nunca han mostrado déficit de atención
- Niños que pudiendo tener déficit de atención, pasan desapercibidos porque compensan las dificultades que podrían acarrear su déficit de atención con una capacidad intelectual.
- Niños que se encuentran en los primeros cursos escolares y su déficit de atención no resulta significativo para la exigencia escolar del momento como sucede con frecuencia en Educación infantil o primer ciclo de primaria.
- Niños que realizan un gran esfuerzo para adaptarse al entorno, temen el fracaso pero luchan para no defraudar a los que le rodean.

Niños que manifiestan los dos grupos de síntomas (Trastorno del Subtipo combinado.): Déficit de Atención e Hiperactividad e Impulsividad.

Una de las dificultades del TDAH es que con una frecuencia muy elevada se presenta comórbido con otros trastornos. Por lo tanto es fácil que algunos de los niños anteriores presenten además el siguiente perfil:

- Niños con TDAH y Trastorno Negativista Desafiante (niños con conducta claramente opositorista.)

- Niños con TDAH y conductas agresivas entre los que podríamos diferenciar:
- Aquellos que manifiestan una conducta agresiva proactiva (planificada, deliberada y dirigida a obtener un beneficio.
- Niños con agresividad reactiva (conductas agresivas defensivas, de carácter más impulsivo que producen como una respuesta desmedida a lo que el niño interpreta como una provocación o ataque.)
- Niños con TDAH y otros diagnósticos asociados como Dificultades de Aprendizaje (Trastorno del cálculo, Trastornos de la Escritura, Trastorno de la Lectura) y/o Trastorno de la Coordinación.
- Niños con TDAH que presentan Trastornos del estado de ánimo (depresión y/o ansiedad.)

4.3. ¿En qué momento comienzan a observarse los síntomas?

Es un requisito básico que los síntomas se hayan presentado antes de los 7 años, aunque en la práctica se es más flexible con los síntomas de inatención y el límite se eleva hasta la edad de 9 años. Al confeccionar las historias clínicas se constata que los niños han presentado dificultades desde antes de entrar al Jardín de Infancia.

Es un hecho que en la medida en que el niño tiene que afrontar las exigencias de estructura (orden, disciplina) que impone la escuela, las dificultades van adquiriendo cada vez mayor dimensión y pueden establecerse círculos viciosos, especialmente, cuando el factor hiperactividad- impulsividad tiene un peso significativo en los síntomas.

En el caso de los niños con predominio de problemas atencionales, el círculo vicioso es diferente, ya que al no presentar comportamiento perturbador; el medio social actúa en forma permisiva, es decir que lo ignora, favoreciendo su aislamiento y disminuyendo los beneficios posibles de un diagnóstico precoz.

4.4. ¿A partir de cuándo se puede realizar un diagnóstico correctamente?

Hay algunas pautas que hallamos en muchos niños/as hiperactivos desde el nacimiento: Actividad elevada, grado de alerta, dificultad para adaptarse a los cambios, reacciones de desagrado frente a extraños, dificultades para establecer horarios regulares de sueño y alimentación, etcétera. No obstante, ninguna de ellas tiene valor predictivo y/o diagnóstico, de hecho, un buen porcentaje de los niños posteriormente diagnosticados fueran niños tranquilos hasta el inicio de la locomoción.

Por otra parte, casi todos los niños de 2 años presentan movimiento elevado, dificultad para respetar normas, van de una cosa a otra como ruiseñores que saltan de flor en flor, se frustran y manifiestan berrinches. Sin embargo, a medida que va pasando el tiempo, se encausan, se ordenan y pueden establecer una relación con las reglas y los ritmos que les impone el medio. Esto no ocurre exactamente así con los niños que presentan TDAH (salvo en los predominantemente inatentos que son unos "soñadores") y de hecho, podemos verlos llegar a los 5 años convertidos en verdaderos terremotos.

4.5. ¿El comportamiento se modifica de acuerdo al contexto?

El comportamiento de todas las personas siempre es el resultado de una interacción con el contexto. En el caso de los niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, no hay motivo para que los hechos sean diferentes. Por ejemplo, pueden no presentar comportamientos muy diferentes de otros niños en situaciones que no exigen un esfuerzo mental sostenido y/o en las que no es necesario seguir procedimientos o instrucciones.

Para evaluar la inatención del niño, no lo observaremos cuando mira la Televisión si no cuando debe realizar sus tareas escolares, atender a explicaciones, etcétera.

Cuando el niño tiene a mano un adecuado refuerzo, mejora su performance atencional, es decir, que cuando está muy motivado; se produce una mejoría. Debemos comprender que parte de los circuitos cerebrales responsables de los procesos atencionales, también cumplen un rol importante en la motivación.

Los neurotransmisores implicados, es decir, los agentes químicos que actúan en el intercambio de información entre las neuronas también son los mismos, por ende, atención y motivación nunca pueden dissociarse.

4.6. Errores frecuentes que nos pueden hacer sospechar:

Además de encontrarnos con las características de: Una producción verbal espontánea excesiva, una mala producción y fluidez en tareas que requieran planificación y organización, dificultad en cambiar de tema, problemas de expresión verbal y escrita, y problemas en la adaptación del lenguaje auditorio nos podremos fijar en otros errores comunes que nos puedan hacer sospechar de un TDAH:

Errores en lectura:

- **Omisiones:** “Mi hermana tiene seis año_”
- **Adiciones:** “La~~s~~ casa de mis tíos”
- **Sustituciones:** “Me acerqué al perro con cierto *tambor*” (en lugar de temor)
- **Dificultades ante grupos consonánticos:** tr/bl pr/br
- **Comprensión lectora deficiente.**
- **Desmotivación ante la lectura y rechazo:** por fatiga, fracasos anteriores.

Errores en escritura:

- **Uniones de letras:** “Fui aver” (a ver)
- **Fragmentaciones:** “Des pues”(después)
- **Adición de letras, sílabas y palabras:** “Vol-e-veré”
- **Omisión de letras, sílabas y palabras:** “Semana-s”
- **Sustitución de letras, sílabas y palabras:** “Aguelos”
- **Caligrafía pobre y desorganizada.** Saber a que se debe: rapidez, descuido por impulsividad por des-pistes...
- **Mayor número de faltas de ortografía:** por dificultad en memorizar las normas ortográficas y dificultad a la hora de automatizarlas.
- **Las letras suelen ser bastante irregulares,** es decir, unas son más grandes que otras.
- **Ni letras, ni márgenes ni páginas guardan ningún tipo de orden.**
- **Los renglones ascienden u descienden.**

- **Los óvalos suelen ser muy grandes, con respecto a otras vocales.**
- **La escritura es muy irregular,** tachones soldaduras, interlineado y márgenes ondulantes.

Errores en cálculo:

- **Pobre comprensión de los enunciados.** Por lectura impulsiva o falta de atención.
- **Errores en las operaciones** debido a la precipitación; no analizan los signos, pueden cambiar el algoritmo de la suma por el de la resta o restar el número mayor del menor sin considerar si se corresponde con el sustraendo.

Suma:

- No la automatiza, no suman mentalmente
- Colocan mal las cantidades
- No comprenden el concepto de “llevar”
- En cada columna ponen el resultado completo.

Resta:

- Dificultad para asimilar la posición espacial (restan la mayor de la menor)
- Cuando tienen que llevar no saben a donde (minuendo/ sustraendo)
- Colocan mal las cantidades
- Suelen empezar por la izquierda
- Frecuentemente confunden los signos, y por tanto la operación.

Multiplicación:

- Memorizar las tablas.
- Cálculo mental

División:

- Disposición espacial

No entienden porque tienen que trabajar solo con una cifra dejando otras para más adelante en el dividiendo.

No saben por donde empieza, si apartando unas hacia la derecha o a la izquierda.

La impulsividad provoca la respuesta inmediata a los problemas antes de haberlos leído y no aplican una estrategia organizada para resolverlos.

Son lentos en dar respuestas y en realizar las tareas.

Hacen uso de la contabilidad tangible (dedos, marcas, dificultad para estimar...)

Tiene dificultades con las secuencias (se pierde al contar, con tablas de multiplicar, en los pasos de un proceso...) Dificultades mnésicas

Hacen uso de la imitación y el aprendizaje de “memoria” en lugar de comprender.

Tienen dificultades con la organización espacial.

Dificultad de abstracción de conceptos matemáticos: dificultades con el lenguaje matemático (dificultades para explicar procesos matemáticos, no formula preguntas, en interpretación de enunciados, en generalizar...)

Tachones y borrones en las operaciones.

5. CAPÍTULO V: ESTRATEGIAS A DESARROLLAR CON EL ALUMNO TDAH DENTRO Y FUERA DEL AULA

5.1. Consideraciones previas

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

Las dificultades de organización y planificación del alumno con TDAH provocan frecuentemente que las comunicaciones del centro y la información de la agenda no lleguen al propio alumno y a la familia. Esta situación se da en los alumnos con TDAH tanto de primaria como de secundaria.

La comunicación es muy importante, sin ella es muy difícil que se mantenga de forma consistente la supervisión del trabajo en casa o por parte de los profesionales externos que puedan dar apoyo al alumno, de acuerdo a las expectativas del centro educativo, con el objeto de mejorar el rendimiento académico. Es recomendable encontrar la forma de asegurarse que la información ha llegado a su destino “a tiempo”, a través del sistema que sea, bien sea la agenda tradicional o utilizando medios electrónicos como correos electrónicos, sms u otros.

Reglas y rutinas claras, ayudan a los alumnos con hiperactividad, enseñarle al alumno cómo usar un libro de tareas y un horario diario, destrezas de estudio y estrategias para aprender y reforzar. Ayudar al alumno a conducir sus actividades físicas y proporcionarle sus descansos regulares. Darle instrucciones paso a paso tanto de forma verbal como escrita. También trabajar junto con los padres. Es bueno tener altas expectativas para el alumno y maximizar sus oportunidades

Es imprescindible el que los profesores acepten que los alumnos con TDAH requieren de un aprendizaje distinto y que deben estar abiertos a cambios.

5.2. Estrategias relacionadas con la familia

Docentes y familia han de tomar la misma actitud positiva. Para ambas partes es necesario que tengan el pensamiento de que el alumno padece un trastorno, lo que se traducirá en un sentimiento de ayuda hacia el niño.

Se deben mantener con el tutor citas regulares (cada 2 o 3 semanas). No pasar de tres semanas, sobre todo al principio del curso. Hay que contar con que nos pueden coincidir con vacaciones y puentes con lo que a veces serán las citas con un espacio de un mes. Acordar con él un seguimiento con el resto de profesores para ver cómo va evolucionando en las diferentes asignaturas.

Planear conjuntamente unos objetivos realistas tanto para padres como para profesores para llevar a cabo entre cada cita. Pocos pero alcanzables. Ir aumentando objetivos según se vayan cumpliendo. Centrarse en las soluciones y no en los problemas. Si no se cumpliera alguno de los objetivos analizar el porqué e intentarlo hasta la siguiente cita.

Informar a los padres de todos los aspectos, positivos y negativos, sobre los avances en el rendimiento académico, la conducta del niño, su estado emocional y las relaciones con sus compañeros y profesores. Hacer un seguimiento de los objetivos que funcionan y aquellos que no y transmitirlos a los padres.

Trabajar conjuntamente y valorar el trabajo realizado por ambas partes.

Comunicar a los padres si se van a efectuar medidas de intervención, tanto dentro como fuera del aula: Tipo de intervención, tiempo de la intervención, fechas, duración, lugar donde se va a intervenir, quien realizará la intervención, etc.

No dudar en el diagnóstico: Asumir que las características que demuestra el niño son debidas al trastorno y no a la mala educación que hayan recibido de sus padres.

Uso imprescindible de la agenda. Algunas de las dificultades más relevantes del alumno con TDAH son las de organización y planificación de sus deberes, tareas, estudio, etc., por lo tanto, se recomienda:

Sensibilizar sobre la importancia de que la comunicación entre el centro y la familia, a través de la agenda, contenga información de aspectos tanto positivos como negativos del alumno; así como cuidar la forma en que se transmite. Cuando las comunicaciones negativas se den de forma frecuente no se aconseja el uso de la agenda, pues irá en detrimento de su autoestima; se pueden usar otras vías como un sobre aparte, una llamada telefónica, registrarlos para reuniones posteriores, etc.

Considerar que el manejo de la agenda es una de sus dificultades más significativas.

Para asegurarse que el alumno ha recibido las instrucciones de las tareas previstas se recomienda explicar las tareas para realizar en casa y apuntarlas en la pizarra. Reservar un espacio o recuadro en la pizarra para anotar en él toda la información relativa a la agenda y que permanezca siempre a la vista. Incluso en secundaria.

Dedicar un tiempo cada día para que el alumno apunte las tareas en la agenda.

Además de las tareas diarias, **es esencial que el alumno y los padres tengan acceso a las fechas de exámenes con suficiente antelación, el contenido que abarcará, las fechas previstas para la entrega de trabajos y lo que deberán contener, así como los libros que deben leer y las fechas límite de entrega para planificar los tiempos de estudio y la supervisión necesaria.**

Asegurarse que llevan el material necesario a casa para realizar las tareas.

5.3. Adaptaciones y Estrategias a utilizar dentro del aula

Las primeras medidas las dirigiremos a realizar adaptaciones ambientales y metodológicas aplicables a todo el grupo. Una vez estudiadas las posibilidades del grupo, el profesor ahorrará mucha energía y trabajo si diseña sus clases adaptándose al ritmo de los niños con más dificultades. No se trata de reducir el nivel de exigencia sino de modificar las condiciones en las que se desarrolla la clase. Tareas que por lo general están diseñadas para que los niños los realicen durante 1 hora pueden cambiarse por 4 tareas de un cuarto de hora.

Adaptaciones ambientales

Situar los pupitres de modo que se reduzca la dispersión.

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

Adaptaciones metodológicas generales

Comprenderle y ayudarle, tener una relación positiva entre el alumno y el profesor: Más que ningún otro niño necesitan los apoyos positivos, elogios y ánimos.

Hacerle participar en clase: Para ellos es muy necesario que alguien les preste atención.

Mostrar interés cuando está trabajando en su mesa. Acercarse a su mesa habitualmente y preguntarle si tienen dudas o necesitan apoyo y animarle a que siga trabajando. Un chasquido de dedos o apoyar la mano en su hombro puede hacerle recuperar su atención. Acordar con él señas.

Preguntarles habitualmente, que salgan a la pizarra, así conseguiremos que esté más atento, tenga más motivación y conozcamos mejor su evolución. Será manera de saber mejor cuales son sus conocimientos y no sólo los conocimientos que trasmite en los exámenes para poder evaluarles más justamente.

Supervisión constante, mirarlo a menudo, encontrar una consigna como tocar su espalda, pasar por su lado para asegurarnos que realiza satisfactoriamente la tarea. Se pueden pactar consignas (mejor silenciosas) para mejorar su comportamiento y rendimiento, y marcar las normas y los límites básicos dentro del aula, si hace uso adecuado de esquemas, resúmenes...

Si la tarea es muy larga fragmentarla. Para facilitar su implicación en las tareas incrementar el número de veces que supervisáis su trabajo, que le pedís el cuaderno, que revisáis lo que lleva hecho.

Parece no escuchar cuando se le habla. Esto es debido a la cantidad de estímulos externos que le llegan y que el niño no es capaz de discriminar. Para captar su atención de nuevo es conveniente buscar estrategias como puede ser el contacto físico (tocarle el rostro, el hombro...), contacto visual y proximidad a la hora de comunicarnos con él.

Anticipar y prevenir situaciones que puedan presentar problemas, por ejemplo cuando el niño se tambalea en la silla no esperar a que se caiga.

Supervise de manera especial en los exámenes, darles más tiempo, incluso realizarles exámenes orales. Estos niños tienen además un mal concepto del tiempo, se pueden pasar medio examen enfrascados en una sola pregunta, por eso es necesario hacerles un seguimiento durante los exámenes. Comprobando primero si está bien escrito y si van realizando los pasos oportunos; si se han confundido desde el comienzo o si continúan con el mismo ejercicio animarle a que cambie de ejercicio.

Aprender a dar instrucciones: Establecer contacto ocular, se darán las instrucciones de una en una; concretas; cortas y en lenguaje positivo. Elogiarles inmediatamente.

Explicar los contenidos académicos. Motivadoras, dinámicas, participación frecuente de los alumnos, estructuradas, organizadas y asegurándose de que comprenden.

Asignación de deberes y tareas. Formato simple y claro y signado en una cantidad justa. Fragmentando actividades largas. Útil registros y contratos para planificación.

A la hora de transmitirles los deberes en vez de escribirles en la pizarra es mejor darles fotocopias. Durante las clases sí se les debe escribir en la pizarra y sí se les debe dictar, puesto que tienen que aprender y mecanizar el sistema,.

En los exámenes, es mucho mejor entregarles unas fotocopias con los ejercicios. Con ello evitaremos los errores que puedan cometer a la hora de escribirlo. Al tener mala escritura o escribir más despacio que sus compañeros, pueden llegar incluso a comerse palabras y luego no entender lo que han escrito, lo que les llevará a no realizar bien la tarea o examen.

Mientras explicamos una lección se perderán varias veces. Si hay alguna descripción que queramos que se aprendan y que no está reflejada en el libro debemos asegurarnos que la tengan escrita en el cuaderno o en los márgenes del libro.

Realizar periódicamente entrevistas individuales con el alumno, de seguimiento y motivación de su trabajo.

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

5.4. Estrategias para mejorar la lectura

Hagan que lean en voz alta aunque tengan dificultades de lectura, se equivoquen, etc. Anticiparles actividades, lecturas que se le van a proponer realizar en el aula (evitaran errores y miedos a la lectura).

Consolidar el conocimiento de las letras del alfabeto

Desarrollar habilidades de síntesis y segmentación fonémica

Desarrollar la habilidad de aislar fonemas en palabras

Desarrollar la habilidad de omitir fonemas en palabras.

Desarrollar la aplicación de las reglas de conversión grafema-fonema (RCGF) que permita el reconocimiento de las palabras de forma automática (vía directa visual), contribuyendo a la adquisición de la fluidez. Para alcanzar tal objetivo presentamos tres tareas.

- a) Lectura de sílabas con diferentes estructuras (ccv,cvc) para incrementar la automatización de RCGF dependiendo de las estructuras silábicas en las que se presente la dificultad.
- b) Lectura de palabras para ir favoreciendo el empleo de etiquetas visuales.
- c) Lectura de textos. A la hora de trabajar con niños con TDAH es importante utilizar formatos simplificados, pues favorecen la motivación del niño al no desanimarlo con una sobrecarga de información. Por lo general es útil utilizar pequeños textos en letra grande y a doble espacio, con marcadores en rojo para los puntos y en naranja para las comas que actúen de pistas visuales durante la lectura.

5.5. Estrategias para mejorar la escritura

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

Mantener un contacto permanente con el alumno y sus producciones escritas. Evitar una práctica inicial sin supervisión

Proporcionar corrección inmediata de los errores. Implicar al alumno en el análisis de sus errores.

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

Evitar actividades poco valiosas como son la copia reiterada de las mismas palabras o frases. No es necesario que copie las faltas más de dos o tres veces. Si le hacemos copiar más veces lo que podemos conseguir es el efecto contrario es decir que se reduzca su atención y vuelva a cometer el mismo error.

Observar el proceso de ejecución: dónde están los déficits. Sentarse con el niño e ir preguntándole que va a escribir y darle pautas para la composición: " ahora léelo y mira si lo entiendes ", " bien, pero todo eso ponlo muy claro ", " entonces lo que tú quieres decir es... "

Considerar otros profesionales del equipo educativo: aportar datos y observaciones. Fomentar una actitud positiva respecto a la correcta formación de las letras, subrayando la importancia de que la escritura es para comunicarnos, de ahí la importancia de conseguir una letra legible.

5.6. Estrategias para mejorar el cálculo

Principios de actuación:

- Individualización de la enseñanza.
- Análisis de tareas
- Utilizar el mayor número posible de sentidos para facilitar su comprensión
- La manipulación debe preceder a la representación
- Primero deberá comprender las operaciones para después automatizarlas.
- Los problemas y en consecuencia las operaciones aritméticas deben partir en la medida de lo posible de la experiencia diaria del alumno.
- Debe dominar el vocabulario implicado.

Permitir no copiar los enunciados de los problemas de matemáticas en niños con disgrafía o permitir el uso de las tablas de multiplicar al realizar las operaciones mientras en casa se le entrena en memorizarlas.

5.7. Estrategias para mejorar su organización

Mantener un ambiente estructurado, con rutinas, organizado, motivador y predecible. Conseguiremos que el alumno conozca que es lo que tiene que hacer en cada momento y le ayude a sentirse seguro en el aula, de modo que el modelo al que se enfrenta el niño cada día sea lo más predecible posible. Importante acordar límites y normas para fomentar un mayor autocontrol.

Recordarle, repetirle y avanzarle las tareas a realizar o entregar según se vaya aproximando la fecha. Ejemplo: El jueves de la semana que viene tenéis que entregar el resumen del libro; Acordaros que el viernes me tenéis que entregar tal trabajo; El examen de lengua será el próximo martes; Os recuerdo que tal examen se ha cambiado para tal día. Mirarle a los ojos para comunicarle las cosas y asegurarse que lo ha entendido.

Pierden u olvidan cosas necesarias para sus tareas escolares tanto para llevar a clase como para casa. Importancia del uso de la agenda

Es fundamental que los profesores estén pendientes en recordarles que metan a la mochila lo necesario para realizar los deberes y que anoten en la agenda la tarea para que los padres puedan estar pendientes de que es lo que tienen que hacer o estudiar.

“Examen de mates el jueves 24”, “Entrega de resumen del libro tal, el 12 de tal mes”,

“Lengua, ejercicios 6 y 7 para mañana” ó “lengua, ejercicio 6 y 7 para el viernes”.

Trasmitir a los padres la no entrega de tareas pero sin descalificativos, por ejemplo en vez de escribir “no ha hecho la tarea de lengua”, escribir “le falta la tarea de lengua”. No hacer uso de la agenda sólo para lo

negativo. Cuando haya que comunicar a los padres cosas que el niño debe corregir es preferible escribir en la agenda: "Solicitar hora", los padres entenderán que es necesario hablar con el profesor.

A la hora de que cada profesor dicte o escriba en la pizarra la tarea para hacer, hacerlo con el suficiente tiempo antes de que suene la campana. Ellos, como los demás, querrán salir al patio o a casa como todos, sólo que a los demás les ha dado tiempo y ellos no lo habrán terminado de hacer o al menos bien.

Mientras el profesor trasmite la tarea a hacer deberá echar un vistazo a los alumnos que tengan TDAH y comprobar con discreción que lo está haciendo correctamente.

Hacer un calendario y lista de actividades, tareas y exámenes tan predecible como sea posible. Se puede colocar en algún panel donde lo tenga visible o pegado en su pupitre. Si el profesor no puede hacerlo, asignar un delegado de deberes.

Proporcionar pistas visuales que le ayuden a organizarse (láminas con dibujos que informen de qué tipo de tarea están realizando en cada momento...) Estas pistas junto con un apoyo visual que actúe de recordatorio de las reglas o normas de convivencia en el grupo deberán estar en lugar visible.

Elegir un delegado de los deberes que se encargue, junto uno de los niños que tienen dificultades de organización (rotando cada vez), de anotar en la puerta de la clase, fechas importantes, entrega de trabajos y deberes.

5.8. Estrategias para mejorar la reflexividad

No exponer al niño a actividades con límite de tiempo, lo que favorece su impulsividad y su tendencia a improvisar respuestas para "salir del paso".

Ayudar al niño a adquirir estrategias de tipo analítico durante el proceso de aprendizaje a partir de:

- Dar importancia a la exactitud en la solución de un problema mediante una explicación verbal detallada.
- Mostrar al niño las pautas de comparación de cada uno de los aspectos de la tarea.
- Entrenar el mantenimiento de la atención que requiere una exploración detallada de la tarea.
- Ayudar a decidir cuándo es adecuado parar de procesar y dar la solución correcta.

Enseñar al niño a hablar con él mismo, a explicarse a él mismo lo que está haciendo.

Proporcionarle ayuda para que relacione las diferentes características de los estímulos y utilice buenas estrategias de memoria.

Enseñar estrategias diferentes a un mismo problema con el fin de que aprenda a generalizar a otras actividades y amplíe sus posibilidades de no cometer los mismos errores.

Fomentar el trabajo en grupo, dado que la cooperación comporta en sí misma estrategias de tipo analítico necesarias para el contraste y la valoración conjunta de las diferentes soluciones a un problema.

Entrenarles en autoinstrucciones del tipo:

1. **Paro:** “Dejo el lápiz sobre la mesa”
2. **Miro:** “Observo la hoja y leo todo lo que aparece”
3. **Decido:** “Subrayaré los datos y buscaré la palabra que me indica lo que tengo que hacer”
4. **Sigo:** “Ahora ya puedo coger el lápiz y hacer lo que he decidido”
5. **Repaso:** “Vuelvo a hacer la operación comprobando el resultado y me pregunto si éste tiene sentido”

5.9. Estrategias para mejorar su motivación y estado emocional

Incrementar el número de situaciones estimulantes dirigidas al alumno y, si es posible, resaltar ante el grupo cualquier pequeño logro o avance que tenga. Por ejemplo: Ofreciéndole de vez en cuando algún cargo de responsabilidad.

Conocer su estilo de aprendizaje, sus preferencias y motivaciones, e introducir nuevos elementos metodológicos que le faciliten su motivación hacia el aprendizaje (dibujos, material manipulable, contenidos de su interés...)

Dividir las tareas en partes y supervisar y felicitar por la realización de cada parte, al evaluar el trabajo realizado **resaltar siempre un par de cosas positivas**.

Proponerle tareas significativas que lo motiven a buscar soluciones y que impliquen un desafío a su alcance (no exponerlo al fracaso ante tareas que excedan sus posibilidades).

Orientaciones para mejorar la autoestima: Aceptar las dificultades, Identificar los esfuerzos, Ofrecerle mayor grado de confianza, Evitar evaluar siempre negativamente, Proyectar expectativas de éxito futuro

Intentar modificar nuestro lenguaje: Aprender a expresarnos de manera positiva evitando expresiones como “Bien, pero lo puedes hacer mejor”. Es preferible usar expresiones como: “Mejorable, pero bien; la próxima vez podrías mejorar tal cosa..., procura hacer mejor tal otra..., procura que no se te olvide hacer.....”.

Ayudar al niño a hacer una valoración más objetiva de sus errores sin hacerle sentir infravalorado y culpable.

Utilizar métodos que permitan que él visualice sus avances (permitir que compare un dictado correcto actual con otro igual del pasado pero incorrecto, utilizando registros de mejora, etc.)

Determinar la posibilidad de que sean evaluados emocionalmente aquellos niños que presentan irritabilidad, problemas de conducta, agresividad, baja autoestima y sentimientos de desesperanza por posible sintomatología depresiva además de la sintomatología de TDAH

Posibilitar que los niños que lo deseen puedan recuperar durante la evaluación los exámenes suspensos: El niño con TDAH tiene un rendimiento muy irregular, en parte por su propio trastorno y en parte por la desmoralización que le producen los malos resultados. Su rendimiento aunque mejore a lo largo de la evaluación, suele no reflejarse en los resultados finales al realizar el profesor la media entre las notas de los exámenes realizados.

Pedirle que revise sus trabajos antes de entregarlos para que corrija los posibles errores y para estimularle positivamente si no los hubiera.

5.10. Estrategias para mejorar su conducta

El principal objetivo es aumentar el comportamiento apropiado y disminuir el comportamiento inapropiado. Consiste en cambiar los antecedentes y las consecuencias para que el comportamiento del niño cambie. Las reglas son claras y consistentes y las consecuencias son manifestadas antes de tiempo y corregidas inmediatamente. Los premios y recompensas son abundantes, los elogios son frecuentes y el feedback negativo es mínimo.

Mostrar una actitud tolerante, flexible y paciente. Para afrontar adecuadamente las situaciones que se produzcan en el aula.

Comprender las características propias del TDAH. Saber a que se debe un comportamiento y no castigar por aquellas conductas que no puede modificar.

Ayudando al niño a controlar su conducta situando su asiento más próximo a él.

Refuerzo positivo: Elogiar comportamientos que queremos que se den con mayor frecuencia. Podemos trabajar también de forma grupal.

Evitar las recriminaciones verbales, ignorar los comportamientos de levantarse, removerse en el asiento. En su lugar, elogiar los momentos en los que están tranquilos.

Utilizar puntos para conseguir premios colectivos por conductas que deben ser entrenadas en todos los niños: subir y bajar de forma ordenada, levantar la mano para hablar y respetar el turno de palabra, cambiarse a tiempo en gimnasia, etc.

Adelantarse a las llamadas de atención, prestando pequeños momentos de atención a los niños con peor comportamiento: recibirlos con agrado, llamarlos a menudo a la mesa del profesor, pasear por la clase y pararse a observar su trabajo, guiñar un ojo cuando levante la vista del trabajo realizado.

Permitir el movimiento mientras no resulte disruptivo para los demás niños, enviar a recados con frecuencia tras una actitud correcta, fragmentar las tareas y supervisarlas por partes, etc.

Discutir y revisar las normas de comportamiento para el aula.

Evitar la acusación, la ridiculización y la falta de respeto

Evitando que los niños perciban su agresividad o su conducta impulsiva como intencionada.

Evitando el etiquetaje moral (“es malo”) y ayudando a los niños a interpretar correctamente la situación (“tiene genio” “no piensa lo que dice”).

Evitando situaciones en las que el niño no pueda controlar su conducta y que acaben en una mala experiencia con los compañeros (por ejemplo, situarlo a trabajar toda la mañana en grupo cuando se mueve y da patadas que resultan molestas).

Favoreciendo que los demás niños aprendan a darle oportunidades para jugar e ignorándole cuando se porte mal. Potenciar actividades que fomenten la integración social (dinámicas, trabajos en grupo)

Apoyando a los padres con información sobre qué niños parecen relacionarse con él para fomentar su encuentro fuera del aula.

Tomar medidas disciplinarias y hablar en privado con aquellos niños que presentan conductas oposicionistas.

Extinción: Dejar de atender un comportamiento para evitar o reducir que se repita.

El Time Out o tiempo fuera: Cuando el niño está fuera de control, es enviado a un lugar predeterminado, en un ambiente carente de estímulos y por un corto periodo de tiempo. No debe ser un lugar traumático, debe proporcionar al niño un periodo de enfriamiento (minuto por año).

Realizar un contrato escrito que el alumno esté de acuerdo en realizar, estableciendo las consecuencias del cumplimiento y del no cumplimiento. La conducta exigida debe ser fácil y la recompensa inmediata. Las recompensas deben estar especificadas, de forma que el alumno tenga evidencia de hasta que punto lo ha cumplido. El contrato debe requerir un incremento progresivo de exigencias. El contrato debe ser claro, justo, honesto y positivo para las dos partes y aceptado por el alumno. Eventualmente puede incluirse una cláusula de bonificación por largos periodos de cumplimiento. Podemos realizar un sistema de registro que permita controlar las conductas emitidas y los reforzamientos recibidos.

Entrenarle en el método IDEAR: **I**dentificar el problema, **D**efinir el problema, **E**laborar alternativas, **A**plicar el plan diseñado y **R**eflexionar si se ha logrado solucionar el problema y de no ser así que alternativa debemos elegir.

Uso de símbolos o fichas (ganas estrellas y las cambias por regalos) y **costo-respuesta:** Se le dan fichas y son retiradas por comportamientos inapropiados. Recomendaciones a trabajar con las fichas:

- Hacer una lista de comportamientos problemáticos.
- Seleccionar los comportamientos a ser modificados.

Diseñar un sistema de recompensa.

Las técnicas de modificación del tratamiento son: el reforzamiento positivo o negativo y las consecuencias verbales y sociales y específicas.

5.11. Estrategias para el apoyo de la medicación

Muchos de los niños con TDAH pueden necesitar apoyo farmacológico. El profesor puede servir también de apoyo.

Encargándose de la supervisión, de forma discreta, de la medicación especialmente en aquellos casos de niños que deben tomar una dosis a mediodía. No están obligados a hacerlo pero sería muy difícil que, sin su ayuda, el niño pueda recibir el tratamiento si no va a comer a casa. El profesor puede pedir a los padres una carta del médico informándole del tipo de medicación, la dosificación y la hora de hacerlo.

Colaborar con los padres realizando registros de la conducta del niño en clase durante la fase de adaptación a la medicación y del cálculo de la dosis. El efecto de la medicación no es observado por los padres en casa puesto que para ese momento suele haberse pasado el efecto. Anotar durante 3 días sobre el horario de clase la valoración de 0-10 de conductas como “falta de atención”, “hiperactividad” y “calidad del trabajo” puede suponer una información cuantificable y objetiva que ayudará a prescribir la dosis adecuada.

5.12. Recomendaciones para evaluaciones y exámenes

- Valorar el trabajo diario.
- Realizar los exámenes-controles por etapas. Nunca un examen-control de cinco preguntas muy largas seguidas.
- No realizar más de un examen-control al día. Procurando que sean las tres primeras horas de la mañana.
- Reducir el contenido del examen-control con respecto a sus compañeros.
- Nunca hacer el mismo examen del resto de los alumnos en dos sesiones diferente. Esto les hace perder la explicación de las siguientes clases.
- Evitar los exámenes-controles con tiempo determinado y muy largos.
- Procurar poner un examen-control, en la misma página, dos tareas.
- Durante la realización del examen brindarle un apoyo individual.
- Siempre que el alumno lo necesite se realizará la evaluación de forma individual, las escritas por los orales.

5.13. Equipo de orientación y coordinación entre profesores.

Orientaciones para que la CCP considere el inicio de la valoración inicial exploratoria del TDAH:

1. Coincidencia en la mayoría del profesorado del equipo educativo que comparte más tiempo con el escolar, de que presenta suficientes indicadores o señales de alerta de TDAH, según los criterios del DSM-IV previamente cumplimentado por los docentes y analizados por el orientador u orientadora.
2. Opiniones en el mismo sentido del profesorado de cursos anteriores

Orientaciones para que el EOEP considere el inicio del informe psicopedagógico de un posible TDAH: Estaría justificado iniciar el informe psicopedagógico de un escolar con sospecha de TDAH, después de haberlo propuesto la CCP o el departamento de orientación y cuando ocurran al menos dos de las siguientes circunstancias:

1. Cumple las condiciones propuestas por el DSM-IV para el TDAH en tanto en el ámbito escolar como familiar.
2. Presenta las suficientes señales de alerta de dificultades específicas de aprendizaje.
3. Presenta las suficientes señales de alerta de necesitar apoyo y atención individualizada en al menos tres de los siguientes ámbitos: dificultades de atención, dificultades en la memoria de trabajo, carencias de las suficientes habilidades sociales, problemas para la autorregulación de los aprendizajes, otros trastornos de la conducta o trastornos emocionales.
4. Presenta un desfase escolar de un curso en la mayoría de las áreas o materias de su grupo de edad según el criterio del equipo docente.

El tutor facilitará la coordinación entre todos los profesores del alumno, con el objeto de que se implementen las mismas técnicas de control de conductas, en caso de ser necesarias, además de facilitar la posibilidad de implementar y mantener de forma coherente y sistemática los apoyos metodológicos necesarios para aumentar la eficacia educativa.

Cuando el alumno afectado cambie de curso o de ciclo, se recomienda informar al nuevo profesor de sus dificultades y los apoyos que requiere.

6. CONCLUSIONES

No podemos ignorar que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, o trastorno hiperactivo, es un síndrome muy diverso. El TDAH es tan complejo, presenta tantas limitaciones, está tan contaminado por otros problemas que es imposible hacer nada. Nada más lejos de la realidad. Si somos capaces de delimitar claramente en cada niño sus dificultades específicas, si somos capaces y disponemos de medios apropiados para implementar una intervención individualizada, estos niños responderán sorprendentemente bien, incluso mejor que otros alumnos que no presentan estos problemas.

Siempre que contemplemos la motivación y la autoestima en nuestras intervenciones, los niños y niñas con TDAH responderán de forma muy satisfactoria a los programas psicopedagógicos. Creo que no debe condicionarnos negativamente el déficit, sino pensar que detrás de él hay una gran variedad de posibilidades que debemos explorar y utilizar con objeto de sacar el máximo partido de ellos. A veces, con nuestros comentarios negativos, con nuestras limitaciones en cuanto a recursos, con nuestros prejuicios contribuimos a acentuar los déficits más que destacar las enormes posibilidades que estos niños presentan.

7. BIBLIOGRAFÍA

- María Elena Gorostegui (2007): “Manejo interdisciplinario de las dificultades escolares”.
- T. Bonet., C. Solano., Y. Soriano: “Aprendiendo con los niños hiperactivos. Un reto educativo”. Ed. Thomson.
- AMHIDA (Asociación Manchega de Hiperactividad y Déficit de Atención de Ciudad Real: “Signos de alerta y orientaciones educativas para la actuación en el centro y aula en alumnos con Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad”.
- M. Clariana: “Reflexividad-impulsividad y estrategias cognitivas”. Universidad Autónoma de Barcelona.
- A. Fernández, B. Calleja: “Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad (TDAH). Abordaje multidisciplinar”.
- J. Díaz Atienza: “Comorbilidad en el TDAH”.
- Escuela de Psicología (2004). Universidad de Valparaíso. Chile.
- Ramos-Quiroga JA y otros: “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y drogodependencias”.
- Francisco D. Fernández Martín: “Dificultades del alumnado con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el aula: implicaciones para la formación docente”.
- Gabriela Morelato y otros: “Aportes a los criterios de evaluación de las habilidades cognitivas para la solución de problemas interpersonales en niños argentinos”.
- M^a Ángeles Domingo Sanz: “Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en terapia ocupacional”.
- Pedro Garrido., Nieves Herranz: “Trastorno por Déficit y/o Hiperactividad. Tratamiento psicológico de la sintomatología conductual”.
- Soutullo C. (2007): “Manual diagnóstico y tratamiento del TDAH”. Ed. Médica Panamericana. Madrid.

8. ANEXOS

8.1. Cuadro de diagnóstico del DSM-IV

CUADRO DE DIAGNÓSTICO DEL DSM- IV: INATENCIÓN.

Al menos 6 meses de los siguientes síntomas de inatención deben haber persistido por no menos de 6 meses en un grado que no sea adaptativo e inconsistente con el nivel de desarrollo del sujeto.

- Frecuentemente no puede mantener la atención focalizada en los detalles o comete errores por falta de cuidado en las tareas escolares, laborales y/o en otras actividades.
- Frecuentemente tiene dificultad en mantener la atención en tareas o en el desarrollo de actividades lúdicas.
- Frecuentemente no parece escuchar cuando se le dirige la palabra.
- Frecuentemente falla en el intento de seguir las instrucciones y/o fracasa en completar sus actividades escolares, tareas domésticas u obligaciones en su lugar de trabajo (no debido a conductas de oposición o dificultad para comprender las indicaciones).
- Frecuentemente tiene dificultades en organizar sus tareas y actividades.
- Frecuentemente evita, manifiesta desagrado y/o rechaza comprometerse en la realización de tareas escolares o caseras que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- Frecuentemente pierde los elementos necesarios para sus tareas o actividades, ya que se trate de hojas, encargos escolares, cuadernos, útiles, juguetes, herramientas, etc.
- Frecuentemente es distraído por estímulos extraños.
- Frecuentemente se olvida de las actividades de realización continua.

CUADRO DE DIAGNÓSTICO DEL DSM-IV: FACTOR HIPERACTIVIDAD IMPULSIVIDAD.

Al menos seis de los siguientes síntomas de hiperactividad. Impulsividad deben haber persistido por al menos 6 meses en un grado que no es adaptativo y a la vez es inconsciente con el nivel de desarrollo del sujeto.

Hiperactividad.

- Frecuentemente juega o mueve inquietamente dedos, manos, o pies y/o se retuerce en el asiento.
- Frecuentemente deja su asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
- Frecuentemente corre y/o trepa en exceso en situaciones en las que es inapropiado (en adolescentes y adultos este criterio debe limitarse a los sentimientos subjetivos de desasosiego e impaciencia.)
- Frecuentemente tiene dificultades para participar o disfrutar de actividades de descanso y ocio.
- Frecuentemente está como en funcionamiento permanente y/o a menudo está en acción como si estuviese impulsado por un motor.
- Frecuentemente habla excesivamente.

Impulsividad.

- Frecuentemente comienza a contestar o hablar antes que la pregunta se haya completado.
- Frecuentemente tiene dificultades en esperar su turno en juegos o conversaciones.
- Frecuentemente interrumpe o se entromete en las actividades de otros (ej. Interfiere en conversaciones o juegos o tiene intervenciones " descolgadas ".)

CUADRO DE DIAGNÓSTICO DEL DSM-IV: CRITERIOS ADICIONALES.

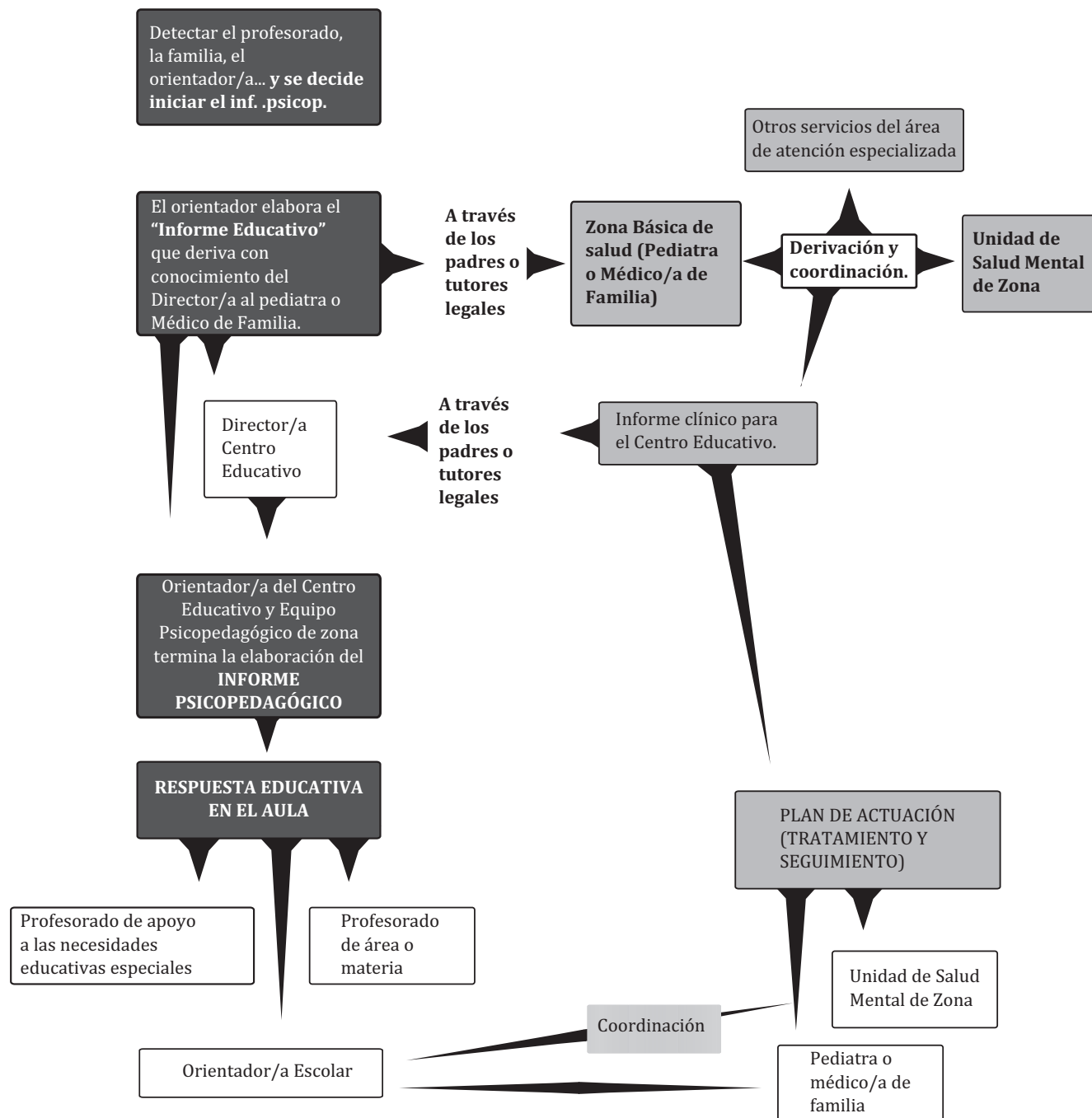
Además se deben considerar los siguientes puntos ya sea que nos encontremos evaluando los criterios del factor inatención o del factor hiperactividad- impulsividad.

- Los síntomas deben haberse instalado antes de los 7 años
- Los síntomas deben haber estado presentes ininterrumpidamente al menos durante los últimos 6 meses.
- Los síntomas deben manifestarse en 2 o más ámbitos (escuela, hogar, etc.)
- Y se debe tener clara evidencia clínica que los síntomas provoquen angustia significativa y/o perjuicio sobre la vida social, académica, laboral, etc.
- No debe existir alguna condición médica general que pueda explicar los síntomas.

8.2. Protocolo de detección del TDAH

PROTOCOLO DE DETECCIÓN (TDAH)			
Datos del alumno:..... Nombre del alumno:..... Sexo:..... Curso:..... Edad:..... Fecha de Nacimiento:..... Nombre de la persona que cumplimenta el cuestionario:..... Relación con el niño/a:..... Fecha de Examen:..... A continuación va a encontrar una lista de ítems que describen a su alumno/a. Por favor, no deje sin contestar ningún ítem. Piense en su alumno/a para responder a cada una de las preguntas y rodee con un círculo la respuesta que considere más apropiada: 1 = Nunca o Pocas Veces 2 = A menudo o Con Frecuencia 3 = Siempre			
1. ¿Se mueve mucho?	1	2	3
2. ¿Contesta antes de que se formulen las preguntas?	1	2	3
3. ¿Comete errores en sus tareas escolares?	1	2	3
4. ¿Interrumpe a los demás y/o se entromete en las conversaciones?	1	2	3
5. ¿Se levanta de la silla?	1	2	3
6. ¿Tiene dificultad para esperar su turno?	1	2	3
7. ¿Da la sensación de que parece que no oye cuando se le llama directamente?	1	2	3
8. ¿Pierde las cosas que necesita?	1	2	3
9. Tiene problemas para organizar las tareas y las actividades?	1	2	3
10. ¿Corre o da saltos cuando no debe?	1	2	3
11. ¿Encuentra dificultades para seguir las instrucciones?	1	2	3
12. ¿Fracasa en la finalización de las tareas y juegos?	1	2	3
13. ¿Habla mucho?	1	2	3
14. ¿Se distrae con estímulos irrelevantes?	1	2	3
15. ¿Tiene problemas para mantener la atención en el trabajo y en el juego?	1	2	3
16. ¿Abandona las actividades que requieren un esfuerzo mental sostenido?	1	2	3
17. ¿Está en movimiento continuo, da la sensación de que “nunca se le agotan las pilas”?	1	2	3
18. ¿Tiene dificultades para hacer tranquilamente actividades de ocio y de trabajo?	1	2	3
19. ¿A la hora de hacer las tareas no presta suficiente atención a los detalles?	1	2	3
20. Generalmente, suele perderse en las actividades diarias. (Por ejemplo, no sabe qué deberes hay que hacer, no sabe por qué página van, ...)	1	2	3

8.3. PROCESO DE IDENTIFICACIÓN E INTERVENCIÓN CON EL ALUMNADO QUE PRESENTA DIFICULTADES SUSCEPTIBLES DE ATENCIÓN EDUCATIVA Y SANITARIA.



Depósito Legal: SA-191-2009
Edita: Fundación CDAH
Impresión: Imprenta Cervantina, S.L.



1. **PARO**
2. **MIRO**
3. **DECIDO**
4. **SIGO**
5. **REPASO**