

|  |           |
|--|-----------|
| <b>PRESENTACIÓN</b>  | <b>3</b>  |
| <b>INTRODUCCIÓN</b>  | <b>5</b>  |
| <b>¿QUÉ ES EL TDA-H?</b>   | <b>7</b>  |
| <b>COMORBILIDAD Y PROBLEMAS ASOCIADOS</b>  | <b>9</b>  |
| <b>CAUSAS DEL TDA-H</b>  | <b>13</b> |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>   | <b>15</b> |
| <b>TIPOS DE TRASTORNO</b>  | <b>19</b> |
| <b>PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN</b>   | <b>21</b> |
| • Detección inicial - sospecha   | 24        |
| • Evaluación - Identificación  | 24        |
| • Evaluación - Confirmación  | 25        |
| • Conclusión diagnóstica   | 26        |
| • Determinación de necesidades educativas  | 26        |
| • Tratamiento  | 26        |
| <b>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</b>   | <b>27</b> |
| <b>TRATAMIENTO PSICOLÓGICO - PSICOEDUCATIVO</b>  | <b>29</b> |
| 1. Intervención Escolar  | 30        |
| 2. Intervención Familiar   | 34        |
| 3. Implicar al niño  | 38        |
| 4. Técnicas de modificación de conducta más eficaces                                   | 39        |
| 5. Entrenamiento cognitivo   | 42        |
| 6. Entrenamiento en habilidades sociales   | 45        |
| <b>CONCLUSIÓN</b>  | <b>47</b> |
| <br>   |           |
| <b>ANEXO 1. Otros instrumentos de Evaluación</b>                                       | <b>53</b> |
| <b>ANEXO 2. Programas para alumnos, padres y profesores</b>                            | <b>55</b> |
| <b>ANEXO 3. Bibliografía recomendada para padres, profesores y otros profesionales</b> | <b>62</b> |
| <b>ANEXO 4. Páginas web</b>  | <b>67</b> |
| <b>ANEXO 5. Direcciones de interés</b>   | <b>69</b> |
| <b>ANEXO 6. Cuestionario - Screening elaborado por el grupo de trabajo</b>             | <b>73</b> |
| <b>ANEXO 7. Extracto del estudio realizado por el mismo grupo</b>                      | <b>79</b> |

## INTEGRANTES DEL GRUPO DE TRABAJO

En la elaboración de esta guía han participado diez orientadores que desarrollan su actividad en quince centros públicos y concertados de la ciudad de Zaragoza:

- Cuervo García, Felipe J. (Coordinador)
- Andrés del Río, Carlos Jesús
- Domingo Correas, Eva
- Estrada González, Ana Isabel
- De la Fuente Ibáñez, Araceli
- Guardia Solé, Rosa
- Laiglesia Posa, Mercedes
- Llorente García, Rosa M<sup>a</sup>
- Pallás Solana, María José
- Villanueva Roche, Guillermo

## AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro agradecimiento a aquellos profesionales de las instituciones que se citan, que han colaborado de forma desinteresada en la elaboración de este documento:

- Dirección General de Política Educativa. Servicio de Atención a la Diversidad e Innovación.
- Servicio Provincial de Educación de Zaragoza: Unidad de Programas.
- EOEPs de Zaragoza.
- Universidad de Zaragoza. Facultad de Educación.
- Hospital Infantil “Miguel Servet”: Neuropediatría y Neurofisiología.
- Hospital Clínico “Lozano Blesa”: Psiquiatría Infanto-Juvenil.
- Servicios de pediatría.
- Centro de Salud Mental “Sagasta”. Unidad de Psicología Infanto-Juvenil.
- Policlínica Quirón: Unidad de TDAH.
- AATEDA. Asociación aragonesa de padres y madres de niños hiperactivos.

Por otra parte, queremos mostrar un reconocimiento especial a Clara Sancho (Asesora de Atención a la Diversidad de la UPE), Ángel García (Psicólogo clínico; miembro del EOEP- 2), María Frontera (Profesora de la Facultad de Educación de la Universidad de Zaragoza) e Inmaculada Moreno (Profesora titular de la Universidad de Sevilla) por su generosa contribución a este trabajo.

# PRESENTACIÓN



01

Los problemas de atención son muy frecuentes en nuestras aulas. “Estos niños no escuchan”, “algunos parecen estar en la luna, no se enteran de nada”, “responden lo primero que se les ocurre”... Los profesores indican que a muchos de sus alumnos les resulta cada día más difícil fijar y mantener la atención y estos problemas suelen generar dificultades de aprendizaje (lectura expresiva, comprensión lectora, escritura y cálculo) y, a largo plazo, fracaso escolar.

En el estudio que ha realizado este grupo de trabajo, y al que más adelante haremos alusión, un 11,4 % de los alumnos de E. Primaria presentaba un déficit de atención que, en opinión de sus tutores, condicionaba de forma negativa tanto sus aprendizajes como su rendimiento escolar. Estos datos coinciden con investigaciones y estudios realizados por otros especialistas.

Diez orientadores que desarrollan su labor en diferentes centros públicos y concertados de Zaragoza, preocupados por el aumento de los problemas de atención de sus alumnos y por mejorar la respuesta que se les proporcionaba, iniciaron en el curso 2004/05 un Proyecto de Innovación e Investigación educativa con el título de “Déficit de atención, estudio sobre incidencia, diagnóstico e intervención; propuesta de un modelo de intervención”, con los siguientes objetivos:

1/ Conocer la realidad y nuestra práctica diaria, como primer paso para mejorarla

(VER ANEXO-7):

- Realizar un estudio descriptivo a desarrollar en quince centros públicos y privados concertados de la ciudad de Zaragoza.

- Recabar información sobre cómo están interviniendo en la provincia los diferentes servicios educativos y sanitarios.

2/ Mejorar en la detección, diagnóstico y tratamiento de los alumnos con déficits de atención, con la finalidad de descubrirlos de forma temprana, e intervenir para evitar futuros trastornos.

3/ Proponer un modelo de tratamiento multimodal y seleccionar procedimientos e instrumentos que faciliten nuestro trabajo diario y la eficacia en nuestra actuación.

4/ Buscar y concretar vías de colaboración en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de casos en los que intervienen distintos servicios, especialmente de salud y educativos, para que las colaboraciones puntuales y personales que ya existen se amplíen e institucionalicen.

Posteriormente, y después de conocer cómo se estaba interviniendo, los aspectos positivos, las dificultades y carencias, pensamos que una Guía Práctica podría ser un buen instrumento para avanzar en nuestro trabajo diario con estos niños, y para mejorar y facilitar la actuación de profesores y padres.

# INTRODUCCIÓN

02



**E**l Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es un trastorno del neurodesarrollo, con una base genética y de naturaleza crónica. Es muy estudiado en psicopatología infantil por su prevalencia (3-5 % en la población general y 10-15% en la población clínica) y porque sus manifestaciones conductuales y cognitivas tienen un gran impacto en el desarrollo del individuo, en su rendimiento escolar, en la vida familiar y en la adquisición de unas habilidades sociales necesarias para adaptarse y desenvolverse en la sociedad.

Para R. A. Barkley (2002), el TDA-H es un trastorno del cerebro ejecutivo que provoca la incapacidad del niño para inhibir o retrasar sus respuestas, para organizar y controlar su atención, su conducta o sus emociones y para hacer frente a las demandas que se le presentan. Se centran en el aquí y ahora; hacen lo que consideran interesante o entretenido en un momento determinado y tienden a evitar lo que no conlleva una recompensa inmediata.

Muchos de estos niños se sienten frustrados y confundidos por lo que les pasa y por lo que deben hacer. En su día a día se ven inmersos en conflictos relacionados con compañeros y hermanos, con los deberes escolares, con su comportamiento en casa, en el colegio o en la calle. Suelen tener pocos amigos, reciben pocas invitaciones en las fiestas de cumpleaños, se les aconseja que no participen en excursiones o que no asistan a las bibliotecas y ludotecas. Como consecuencia, su autoestima se resiente y tanto el niño como las personas de su entorno inmediato sufren por ello.

Con esta Guía queremos ayudar a los centros educativos y a las familias en la identificación del trastorno, a valorar sus consecuencias en los ámbitos personal, familiar y escolar y sensibilizar sobre la importancia que tiene para su evolución, tanto el diagnóstico como el tratamiento tempranos. En la primera parte se recogen las características generales del trastorno, los síntomas nucleares, los problemas asociados y las causas que ofrecen un mayor consenso. En la segunda se propone un protocolo de intervención interdisciplinar y se indican los instrumentos de evaluación que se pueden aplicar en las diferentes fases. En la tercera se recomienda un plan de tratamiento multimodal que tiene en cuenta al niño, a los padres y profesores y se desarrollan los tratamientos y técnicas de intervención que han demostrado una mayor eficacia.

En los Anexos se presenta una bibliografía básica, instrumentos de evaluación que complementan a los propuestos en el protocolo, programas de intervención destinados a los propios niños, al profesorado y a las familias, direcciones que consideramos de interés, el cuestionario elaborado por el grupo de trabajo a modo de screening y un resumen del estudio realizado por este mismo grupo en nuestra provincia.



¿QUÉ ES EL TDA-H?

03



Como ya se ha indicado, el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad es un trastorno de origen neurobiológico que comienza en la primera infancia y que, en muchos casos, persiste en la adolescencia y en la vida adulta. Se caracteriza por la presencia de tres síntomas típicos:

1. DÉFICIT DE ATENCIÓN
2. IMPULSIVIDAD
3. HIPERACTIVIDAD



Se identificará como un trastorno cuando estos síntomas o las conductas que se derivan de ellos se observen con mayor frecuencia e intensidad que en los niños y adolescentes de igual edad y contexto, y alteren su vida diaria en casa, en la escuela y en su entorno.

### \* NIÑOS CON PROBLEMAS DE ATENCIÓN

Son niños que parecen no escuchar cuando se les habla directamente, que les cuesta ponerse en marcha, que no persisten en el esfuerzo que requieren las tareas escolares y que, a menudo, olvidan o pierden cosas y se distraen con mucha facilidad.

### \* NIÑOS CON PROBLEMAS DE HIPERACTIVIDAD.

La hiperactividad se manifiesta por un movimiento excesivo y continuo, en situaciones en las que resulta inapropiado hacerlo. Estos niños se muestran inquietos, nerviosos, revoltosos, no paran de dar golpecitos, hacen ruidos, se mueven en sus asientos o molestan a los compañeros.

### \* NIÑOS CON PROBLEMAS DE IMPULSIVIDAD

La impulsividad se manifiesta por la precipitación en las respuestas, la dificultad para guardar turnos, la intromisión en las actividades de otros, por la participación en peleas, etc. En ocasiones puede dar lugar a accidentes o a conductas de riesgo.





04

**COMORBILIDAD Y PROBLEMAS ASOCIADOS**

**E**l TDA-H, en un porcentaje elevado de casos, se presenta acompañado por otros trastornos psicopatológicos. Es importante realizar un diagnóstico diferencial, dada la similitud de síntomas y la comorbilidad que presenta con otros trastornos, porque éstos pueden enmascarar o ser enmascarados por síntomas del TDA-H y se podría alterar tanto el proceso de diagnóstico como las intervenciones educativas y terapéuticas posteriores. Los trastornos más frecuentes con los que puede coexistir son:



## A. TRASTORNOS DE CONDUCTA

El trastorno por déficit de atención y los trastornos de conducta son independientes, no obstante, los niños y adolescentes que presentan un TDA-H asociado a un trastorno negativista-desafiante (40 %) o a un trastorno disocial (20 %), tienen peor pronóstico y un mayor riesgo de desarrollar en el futuro un trastorno antisocial.

## B. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO Y DE ANSIEDAD

Los trastornos del estado de ánimo en la infancia se caracterizan por la presencia de tristeza o de irritabilidad persistente. Estas se acompañan ocasionalmente de una pérdida de interés por la mayoría de las actividades, disminución de la concentración, sensación de cansancio físico, cambios en el patrón de sueño y alimentación, y presencia de quejas somáticas.

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por la existencia de temores, preocupación excesiva, episodios agudos de ansiedad y evitación fóbica. En torno al 30 % de los niños con TDA-H presentan un trastorno de ansiedad o un trastorno del estado de ánimo.

## C. TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

Alrededor de un 50% de los niños con TDA-H presentan trastornos o dificultades de aprendizaje y esto implica tener muchas posibilidades de fracasar en la escuela aunque su cociente intelectual sea medio o elevado. Con frecuencia los alumnos con TDA-H presentan retrasos en la adquisición del lenguaje, problemas de lecto-escritura, errores en las operaciones, dificultades en la resolución de problemas, falta de esfuerzo o de hábitos de trabajo.

#### D. TRASTORNO DE GILLES DE TOURETTE

Dentro de los trastornos por tics, el Trastorno de Gilles de la Tourette es la forma más severa y la menos frecuente (1/1.000 en niños y 1/10.000 en niñas). En este trastorno,

el niño tiene varios tics motores y uno o más tics vocales, varias veces al día. Un 35-70% de los niños con Síndrome de Gilles de la Tourette presentan también TDA-H.



### \* PROBLEMAS EN LAS RELACIONES SOCIALES

Muchos de estos niños molestan a sus compañeros, presentan dificultades para establecer y mantener amistades, sus habilidades sociales y de comunicación son escasas. En ocasiones pueden manifestar conductas agresivas y con frecuencia se ven inmersos en conflictos porque responden de forma impulsiva, sin pensar en las consecuencias.

### \* BAJA AUTOESTIMA

Los niños con TDA-H suelen tener problemas con hermanos, compañeros y amigos y no saben qué hacer para evitarlos. En ocasiones

son considerados como “holgazanes” o “maleducados”, y aunque se esfuerzan por hacer bien las cosas y por agradar, los resultados no siempre son los esperados. La sensación de incompetencia y de fracaso les lleva a valorarse de forma negativa y su autoestima se debilita.

### \* PROBLEMAS...

de sueño, de motricidad, enuresis...

Los niños con TDA-H no son “vagos”, “torpes” o “rebeldes”. Son trabajadores, tan inteligentes como sus compañeros y les gusta complacer a los que les rodean aunque en muchas ocasiones no saben cómo hacerlo.

## CAUSAS DEL TDA-H

05



**E**l trastorno por déficit de atención es uno de los más estudiados e investigados en psicopatología infantil, sobre todo en los ámbitos clínico y educativo, y sin embargo todavía desconocemos cuáles son las causas que lo generan. Las últimas investigaciones apuntan a que no existe una causa única; para que se produzca el trastorno deben confluír una serie de causas biológicas y ambientales. Las que ofrecen un mayor consenso en la literatura científica son:

**A. INFLUENCIA GENÉTICA.** Los estudios realizados con familias avalan este tipo de influencia. Un importante número de padres de niños hiperactivos presentaba esta sintomatología durante su infancia. Por otra parte, los estudios con gemelos tanto monocigóticos como dicigóticos también muestran una gran concordancia en el diagnóstico clínico (51% en los primeros y 33% en los segundos - Goodman y Stevenson, 1989).

**B. BAJA ACTIVIDAD CORTICAL.** Niveles insuficientes o alteraciones en el funcionamiento de algunos neurotransmisores (sobre todo dopamina y norepinefrina). Menor flujo sanguíneo y una reducción de la actividad eléctrica en las regiones prefrontales y en sus conexiones con el sistema límbico. Estas áreas son las que nos permiten controlar la conducta, realizar planes para el futuro o inhibir y controlar las emociones.

**C. Algunas COMPLICACIONES PRENATALES Y PERINATALES** (prematurados, bajo peso, anoxia...); el consumo de alcohol y de tabaco durante el embarazo; los traumatismos, infecciones o enfermedades con afectación cerebral podrían aumentar el riesgo de padecer TDA-H.

\* **FACTORES SOCIO-AMBIENTALES:** los problemas familiares, crianzas inadecuadas, escuelas ineficaces..., pueden influir en la disfuncionalidad, en la mayor probabilidad de presentar trastornos asociados o en un peor pronóstico, pero **nunca se pueden considerar la causa que genera el trastorno.**

\* El consumo excesivo de azúcar, el uso de aditivos en los alimentos y las alergias alimentarias tampoco se pueden considerar causas del TDA-H.



# DIAGNÓSTICO



06

**P**ara diagnosticar un TDA-H el niño tiene que cumplir los criterios establecidos en las dos clasificaciones internacionales más reconocidas y que recogen este trastorno: CIE 10 (OMS - 1992) y el DSM IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría - 2001).

## • CRITERIOS DE LA CIE-10 PARA EL TRASTORNO HIPERCINÉTICO

1/ Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

### \* DESATENCIÓN

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.
5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental sostenido.

7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, tales como material escolar, libros, etc.

8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.

9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

2/ Al menos tres de los siguientes síntomas de hiperactividad y uno de impulsividad han persistido durante seis o más meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

### \* HIPERACTIVIDAD

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en su asiento.
2. Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.
4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.



### \* IMPULSIVIDAD

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.
3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.
4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.

#### \* ADEMÁS DEBERÁ CUMPLIR OTROS REQUISITOS:

- El inicio del trastorno es anterior a los siete años.
- Los criterios deben cumplirse en más de una situación (escuela, trabajo, en casa).
- Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.
- No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maníaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.

### • CRITERIOS SEGÚN EL DSM-IV - TR

La característica esencial del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado

habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar (Criterio A).

1/ El niño debe manifestar seis o más de los siguientes síntomas de inatención y que su evolución dure al menos seis meses y con una intensidad que no es normal para su nivel de desarrollo.

### \* INATENCIÓN

1. A menudo no presta suficiente atención a los detalles, por lo que se incurre en errores en tareas escolares o laborales.
2. A menudo presenta dificultades para mantener la atención en tareas y actividades lúdicas.
3. A menudo da la impresión de no escuchar cuando se le habla directamente.
4. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas y obligaciones.
5. A menudo presenta dificultades para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita actividades que requieren un esfuerzo mental sostenido.
7. A menudo extravía objetos de importancia para tareas o actividades.
8. A menudo suele distraerse con estímulos irrelevantes.
9. A menudo es descuidado en las actividades diarias.

2/ El niño debe manifestar seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad y que su evolución dure al menos seis meses y con una intensidad que no es propia de un niño de su nivel de desarrollo.

## \* HIPERACTIVIDAD

1. A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
2. A menudo abandona su asiento en clase o en otras situaciones en las que es inadecuado hacerlo.
3. A menudo corre o salta de forma excesiva en situaciones en las que es inapropiado hacerlo.
4. A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.



5. A menudo “está en marcha” como si tuviera un motor.

6. A menudo habla en exceso.

## \* IMPULSIVIDAD

7. A menudo responde antes de haber sido completadas las preguntas.

8. A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.

9. A menudo tiene dificultad para esperar su turno

## \* ADEMÁS DEBERÁ CUMPLIR OTROS CRITERIOS:

B. Algunos síntomas de hiperactividad - impulsividad o desatención, que causan alteraciones, están presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por estos síntomas se deberán presentar en dos o más ambientes (Ejemplo: en la escuela y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, académico o laboral..

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y tampoco se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.



## TIPOS DE TRASTORNO

07

**E**n función de la presencia de los síntomas expuestos anteriormente, existen tres subtipos de TDA-H siguiendo los criterios de la DSM-IV - TR (2001).

**\* F90.0** Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (314.01). Si se cumplen los criterios 1/ y 2/ durante los últimos seis meses.

Los niños con este tipo de trastorno presentan mayores dificultades de atención sostenida y en el control de la impulsividad. Suelen tener más problemas de conducta, son más rechazados por sus compañeros... Gran parte de los niños diagnosticados con este trastorno se incluyen en el subtipo combinado.

**\* F90.8** Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención (314.00). Si se cumple el criterio 1/ pero no el criterio 2/ durante los últimos seis meses.

Los niños con TDA tienen muchos problemas de atención selectiva y para procesar la información; lo hacen de forma desordenada y cuando necesitan recuperarla no la encuentran. El procesamiento y la recuperación son lentos, y su respuesta ante las presiones de tiempo es inadecuada. Por

otra parte, suelen permanecer más aislados socialmente; sus problemas de ansiedad y sobre todo de aprendizaje son más frecuentes.

Queremos destacar en este documento, y coincidimos con la gran mayoría de los profesionales consultados, que *los niños de este subtipo no llaman tanto la atención de sus padres y profesores, sus conductas tienen un menor impacto social y por ello se plantean menos demandas a los servicios educativos y/o sanitarios, se encuentran infradiagnosticados o se diagnostican de forma más tardía y no reciben un tratamiento adecuado.*

**\* F90.0** Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (314.01). Si se cumple el criterio 2/ pero no el criterio 1/ durante los últimos seis meses.

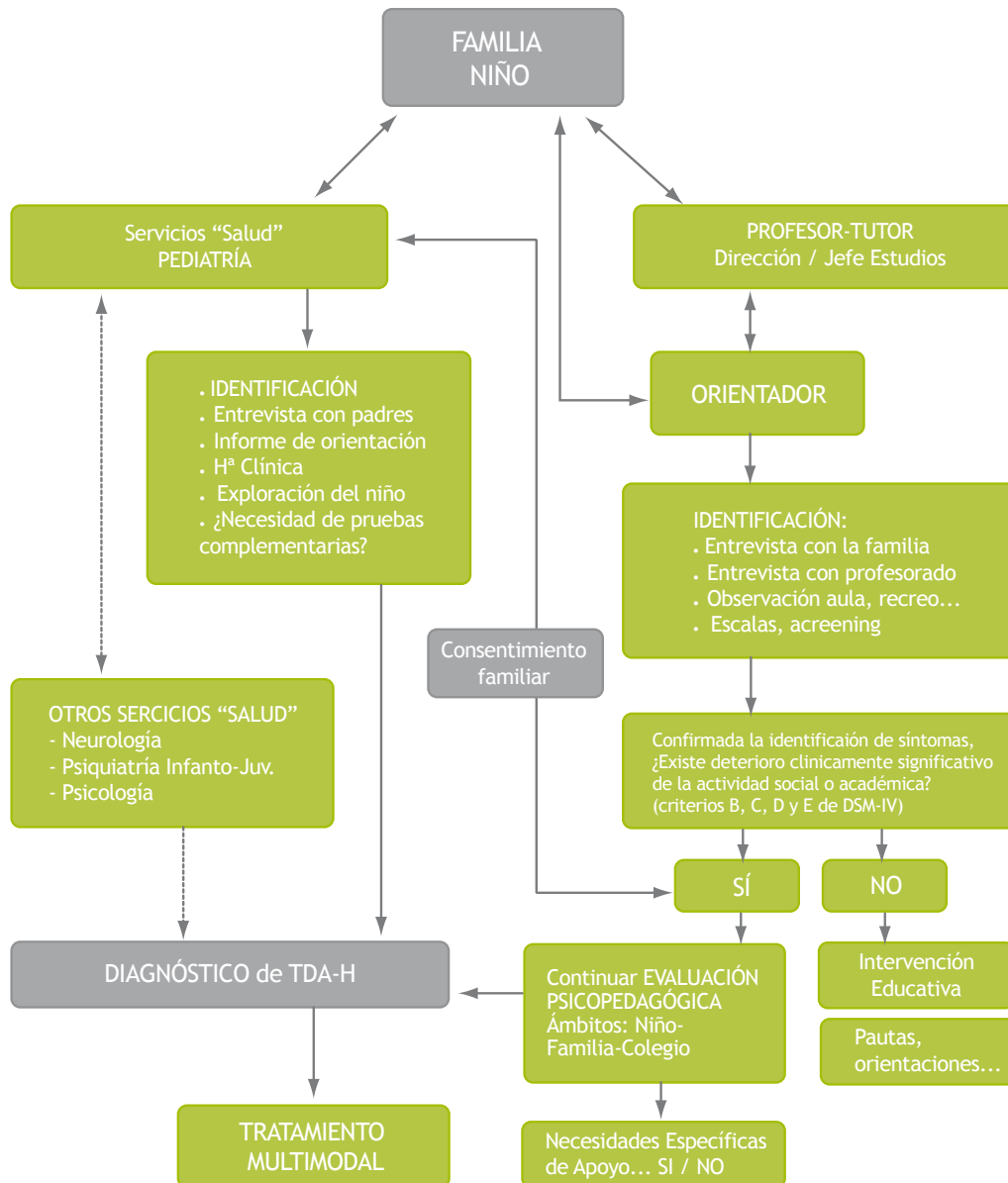
A pesar de que algunos autores señalan que podrían representar el 25 % de los niños con este trastorno, en la práctica clínica suelen incluirse en el subtipo combinado. Estos niños presentan, sobre todo, problemas de comportamiento social y falta de autocontrol.

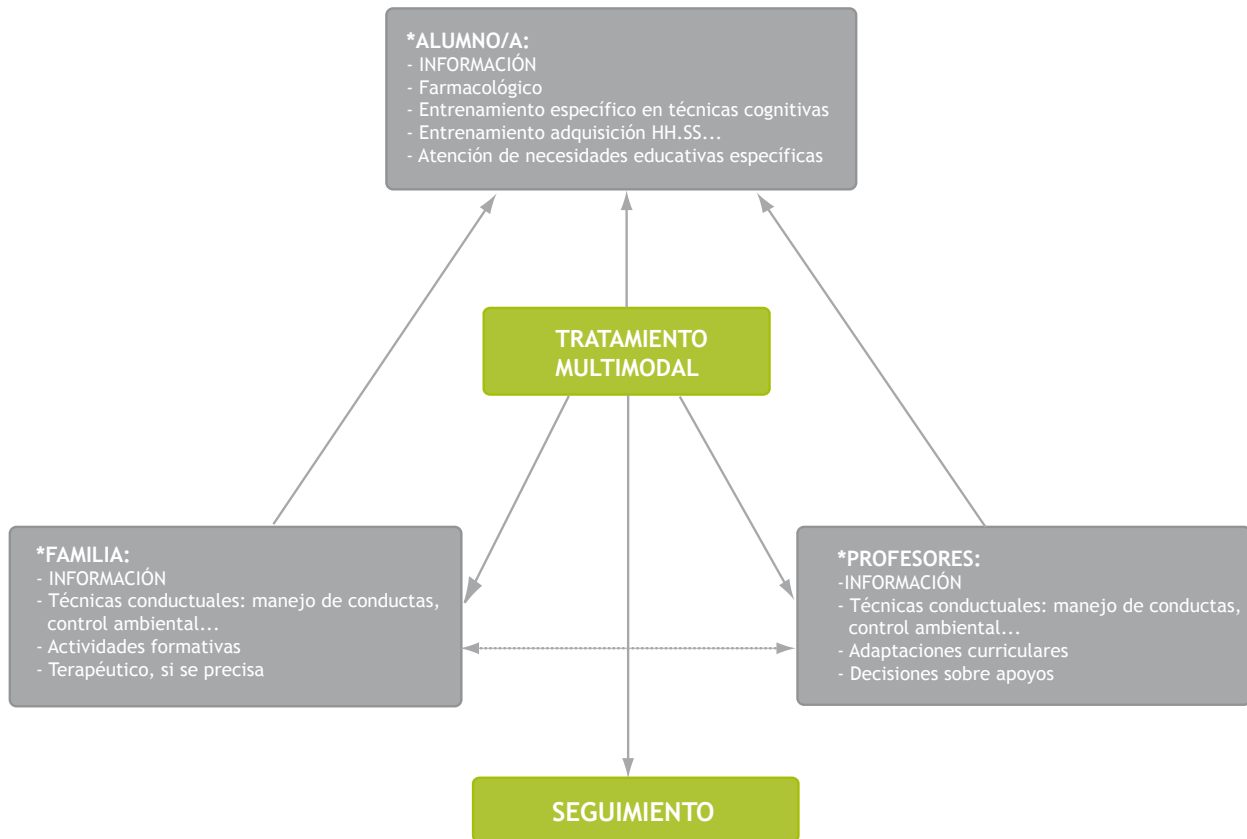




08

**PROCOLO DE INTERVENCIÓN**





**E**l Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad es un trastorno muy heterogéneo y por ello este grupo de trabajo, como la gran mayoría de especialistas en el tema, aboga por un modelo multidisciplinar e integrador. En la detección, diagnóstico y tratamiento del TDA-H deberán implicarse los servicios educativos, sanitarios y, en ocasiones, los servicios sociales.

## ■ DETECCIÓN INICIAL - SOSPECHA

La detección se iniciará a partir de la sospecha de padres, profesores, pediatra o médicos de familia. El objetivo de esta fase consiste en descubrir a aquellos niños que presentan conductas que podrían enmarcarse dentro del TDA-

En los centros educativos, la familia y el profesor-tutor o la Dirección trasladarán esta sospecha a los Servicios de Orientación. Cuando la detección inicial la realicen los Servicios médicos, la información también debería llegar al orientador del colegio a través de la familia.

Instrumentos que se podrían utilizar:

- *Entrevistas*: familia y tutor.
- *Observación en diferentes contextos* (aula, patio, comedor).
- *Revisión de informes*: médicos, psico-pedagógicos, expediente escolar...
- *Escalas y cuestionarios*: CONNERS (1989), EDAH (2001), Screening elaborado por el grupo de trabajo (2007).

Es importante una detección temprana; de no ser así, las dificultades serán cada día mayores, las conductas inadecuadas más frecuentes o más intensas, y los logros escasos.

En **Educación Infantil** observamos alumnos con riesgo de presentar TDA-H, y aunque tenemos que mantener una gran prudencia a la hora de realizar el diagnóstico en estas edades, ya debemos intervenir informando a la familia y al profesorado sobre el trastorno, realizando adaptaciones ambientales en el hogar y en el colegio, realizando algunas adaptaciones metodológicas en clase...

## ■ EVALUACIÓN - IDENTIFICACIÓN

Pretende centrar la demanda e iniciar el proceso para confirmar o descartar la existencia del trastorno. En los Servicios Sanitarios el responsable de esta fase inicial será su pediatra y utilizará los instrumentos que considere más adecuados. El responsable en los centros educativos será el orientador.

\* **Protocolo de evaluación que propone el Grupo de Trabajo:**

- Entrevista Clínica Semiestructurada para el TDAH de Barkley (1998).
- Escalas de evaluación (elegir una de éstas):
  - ADHD-IV, Rating Scales para padres y maestros de DuPaul y otros (1998).
  - Escalas para padres y profesores de



Conners, adaptadas por Farré y Narbona (1989).

- Inventario de Conducta Infantil de Achenbach (1983).
- Capacidades cognitivas (elegir una):
  - ABC de Kaufman (1998). Batería de Inteligencia General para niños
  - Escalas de Weschler (1990; 1993; 2005)
- Funciones ejecutivas y atención selectiva: Test de STROOP. JC Golden (2001).
- Atención sostenida: CSAT, de Mateu Servera y Jordi Llabrés (2003).
- Impulsividad: Test de Emparejamiento de Figuras conocidas (MFF-20) de Cairns (2005).
- Criterios del DSM-IV - TR (2001) o de la CIE - 10 (1992).

\* Otros instrumentos de evaluación (VER ANEXO-1)

#### • TOMA DE DECISIONES:

- Si se descarta la existencia del trastorno, pero existe la condición de déficit, el tratamiento será psicoeducativo y se desarrollará en los contextos familiar y escolar.
- Si los indicadores nos muestran la existencia de un TDA-H, continuará la evaluación psicopedagógica.

- El orientador, a través de la familia y con el consentimiento de ésta, trasladará la información al pediatra del niño para que realice una valoración complementaria. En el mismo sentido, si la identificación la ha realizado su pediatra, deberá informar al orientador del centro para que lleve a cabo una evaluación psicopedagógica.

El pediatra de atención primaria y el orientador del colegio, por su conocimiento y proximidad al niño y a la familia, son las figuras clave para que se diagnostique el TDA-H de forma precoz.

#### ■ EVALUACIÓN - CONFIRMACIÓN

El objetivo de esta fase es profundizar en los diferentes ámbitos (personal, escolar, familiar...), lo que nos llevará a conocer el perfil de cada niño y con ello a realizar un tratamiento individualizado.

El orientador evaluará las capacidades del niño, estilo de aprendizaje, competencia curricular, habilidades sociales... Los servicios sanitarios, además de lo reseñado en la fase anterior, realizarán un diagnóstico diferencial, trastornos comórbidos, asociados, etc.

El diagnóstico debe ser multidisciplinar y clínico; actualmente no existe ningún marcador biológico que nos permita diagnosticar el TDA-H. Dependiendo de la situación clínica, los especialistas del ámbito médico pueden considerar necesaria la intervención de los servicios de Salud Mental o de Neurología.

## ■ CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

Tras la evaluación, los diferentes profesionales que han intervenido en el proceso emitirán una formulación diagnóstica en la que deberían figurar un resumen de los problemas del niño, las posibles causas, factores de riesgo y protectores... y cómo han ido evolucionando sus problemas hasta llegar a los síntomas actuales. A partir de esta formulación se deberá elaborar un **Plan de Tratamiento individual e interdisciplinar** en el que se reflejen los distintos componentes del mismo, los profesionales que lo van a llevar a cabo, la coordinación y el seguimiento.

## ■ DETERMINACIÓN DE NECESIDADES EDUCATIVAS

En el ámbito educativo, el orientador y el equipo de profesores analizarán y concretarán las necesidades específicas de cada alumno en los diferentes contextos, para proporcionarle una respuesta adecuada.

La mayoría de los alumnos con TDA-H presentan necesidades educativas que requieren adaptaciones curriculares no significativas y que pueden ser atendidas mediante los recursos ordinarios con los que cuentan todos los centros: ajustes o cambios organizativos, metodológicos o en la evaluación, medidas de apoyo o de refuerzo, etc.

Cuando el alumno con TDA-H presente problemas de conducta, de aprendizaje, del estado de ánimo..., asociados a él, y que se suman al deterioro en su rendimiento académico, personal y social, propios del trastorno, debería ser considerado alumno con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo.

## ■ TRATAMIENTO

Los niños y adolescentes con TDA-H son muy heterogéneos y por ello el tratamiento deberá adecuarse a las características personales y a las condiciones familiares, sociales y escolares de cada uno. Actualmente, el **tratamiento multimodal** es el que ha demostrado una mayor eficacia: combinación de tratamientos farmacológico, psicológico (técnicas conductuales y cognitivo-conductuales) y psicoeducativo.

**Es fundamental establecer una coordinación formal entre los profesionales que intervienen en los distintos componentes del tratamiento y de su seguimiento.**



09



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

**E**l tratamiento farmacológico es siempre una decisión médica y a este profesional le corresponde la prescripción y el control del mismo. La elección del fármaco tendrá un carácter individual y se basará en las características y circunstancias del paciente. No obstante, los psicoestimulantes y sobre todo el metilfenidato (tanto de acción inmediata como de acción prolongada) son los fármacos más utilizados y los que han mostrado una mayor eficacia en el control de los síntomas centrales del TDA-H.

La atomoxetina, inhibidor selectivo de la recaptación de la norepinefrina, también ha demostrado una gran eficacia. Otros psicofármacos no estimulantes, como los antidepresivos, antipsicóticos, etc., se pueden utilizar combinados con el metilfenidato o para sustituir a éste si el resultado no es el esperado, o cuando los efectos secundarios no lo aconsejen.

Numerosas investigaciones avalan la utilización de psicoestimulantes para aumentar los niveles de atención, mejorar el rendimiento en tareas que requieren un



esfuerzo mental sostenido y para disminuir tanto la hiperactividad como la impulsividad. Muchos especialistas consideran que los fármacos facilitan la aplicación y/o permiten mejorar la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual.

Aunque los psicofármacos generan beneficios importantes a corto plazo y los síntomas mejoran de forma notable en un 60 - 80% de los casos, los estudios e investigaciones que tenemos actualmente no nos permiten afirmar que curen.

Todos los psicofármacos tienen algunos efectos secundarios; serán mayores o menores en función de las características individuales del paciente y de la dosis prescrita. Los más frecuentes en el metilfenidato son nerviosismo e insomnio, sobre todo en los inicios del tratamiento, y disminución del apetito, que suele ser pasajero; suelen mejorar ajustando la dosis. Otros efectos adversos menos frecuentes son dolores abdominales, irritabilidad, agitación y tics.

También deberíamos prevenir y tener en cuenta algunas consecuencias psicológicas adversas: los padres y/o el profesorado pueden atribuir las mejoras observadas al fármaco y eliminar o relajar el tratamiento psicoeducativo. Por otra parte, el niño podría infravalorar sus potencialidades o su esfuerzo y no utilizar las estrategias o los recursos aprendidos.

# TRATAMIENTO PSICOLÓGICO-PSICOEDUCATIVO



10

La literatura científica nos indica que no existe ninguna intervención aislada que dé una respuesta óptima al TDA-H y por ello la mayoría de los especialistas en el tema recomiendan programas multicomponentes que tengan en cuenta al niño, a la familia y al profesorado.

*El tratamiento consistirá en un protocolo de actuación individual y específico en cuanto a estructura (sesiones) y contenido (información sobre el trastorno, entrenamiento en aplicación de técnicas conductuales en el contexto natural, etc.). Padres y profesores recibirán asesoramiento sobre las condiciones de aplicación de los procedimientos y acerca de las dificultades u obstáculos psicológicos-conductuales que pueden plantearse. Por separado, los profesores serán asesorados sobre la realización de adaptaciones curriculares y los padres deberán aprender a mejorar sus habilidades de comunicación, o a minimizar la ansiedad y el estrés asociados.*

## 1. INTERVENCIÓN ESCOLAR

La intervención de los profesores es fundamental dentro del plan de tratamiento de los niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención. En su trabajo diario deben dar respuesta a las diferentes necesidades educativas de sus alumnos, entre ellos los que presentan TDA-H, y para ello necesitan una formación básica sobre

el trastorno y sobre la forma de manejarlo dentro de la institución escolar.

### 1.1. Información - formación al profesorado

- El orientador transmitirá al profesorado las conclusiones de la evaluación psicopedagógica y las necesidades del alumno en los diferentes ámbitos.
- Por otra parte, los profesores que intervengan con el alumno deben conocer el trastorno y su base biológica; de esta forma entenderán mejor sus dificultades y la necesidad de realizar las adaptaciones que precise.
- Concienciarlos de que deben centrarse en las soluciones y no tanto en los problemas: qué podemos hacer, cómo vamos a solucionarlos o a mejorarlos...
- El profesorado debe considerar que el problema es el TDA-H y no el niño. De esta forma, valorarán las áreas funcionales de éste y podrán motivar y reforzar de forma positiva tanto al niño como a la familia.

### 1.2. Actuación en el aula

El centro debe aceptar al alumno con TDA-H, con sus características individuales, y realizar los ajustes necesarios para darle la respuesta que precisa. Por otra parte, el profesorado deberá contar con recursos suficientes para manejar las dificultades derivadas del trastorno y para responder a sus necesidades específicas:

- Cumplir órdenes e instrucciones
- Comportarse de forma adecuada
- Planificar y organizar su trabajo escolar
- Participar de manera correcta en las actividades de grupo
- Lectura, escritura, cálculo...

Las actuaciones a desarrollar tanto en el centro como en el aula deberán ajustarse a las peculiaridades de cada alumno; no obstante, con carácter general se recomiendan las siguientes:

#### ■ Organización de la clase y distribución de los alumnos

- Controlar los estímulos sonoros, evitando ruidos, voces altas..., así como los estímulos visuales, retirando aquellos que puedan distraerles.
- Situar al alumno con TDA-H cerca de la mesa del profesor y al lado de compañeros tranquilos, atentos y ordenados. Evitar la proximidad a puertas, ventanas y a los lugares de mayor tránsito.
- En las actividades individuales debería ocupar una mesa separada y orientada hacia el frente del aula. Cuando realice trabajos en grupo, cuidar tanto la ubicación del grupo (próxima al profesor) como la elección de los compañeros..

#### ■ Materiales y recursos

- En las clases en las que los materiales sean de uso común, deberán regularse de forma clara tanto su utilización como el lugar en el que estarán colocados. Evitarle recorridos largos y los lugares que puedan favorecer su distracción.
- Cuando se le den explicaciones sobre una actividad, dejarle claro qué materiales deberá utilizar. Sólo tendrá encima de la mesa los que necesite para realizar la tarea y al terminar deberá recogerlos y guardarlos.
- Podemos aprovechar los materiales para asignarle responsabilidades sobre su cuidado y utilización (reparto, recogida, ordenar, hacer fotocopias...).
- Utilizar información externa sobre normas, reglas o instrucciones (carteles, señales...).
- Estrategias para captar y mantener la atención

#### DURANTE LAS EXPLICACIONES

- Antes de iniciar una explicación debemos asegurarnos de que el niño está atento.
- Mantener el contacto visual; permanecer cerca de él e incluso tomarle por el hombro de forma suave...
- Implicar al niño permitiendo o promoviendo su participación a través de preguntas sencillas sobre el tema, introduciendo actividades

en las que se interpreten roles diferentes, manejando materiales diversos, presentando las tareas de forma novedosa, etc.

- Utilizar estímulos visuales, entonación o gestos exagerados, modificar el ritmo durante la exposición.
- Promover el aprendizaje cooperativo. Proponerle que explique a un compañero con mayores dificultades los puntos importantes de un tema o pedirle a otro compañero que se los clarifique o pregunte a él.

## ANTES Y DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

- Antes de iniciar una actividad conviene que se la expliquemos de forma clara y con un vocabulario sencillo. Asegurarnos de que la ha entendido.
- Secuenciar las instrucciones y órdenes complejas en pequeños pasos.
- Segmentar las actividades largas y limitar el número de éstas. Es más eficaz que realice dos de forma correcta que cinco de manera incorrecta.
- Supervisar la realización de forma frecuente para reforzarle positivamente o para reconducir tanto la ejecución como las distracciones. Utilizar registros para reflejar sus avances y logros.

- Conseguir la colaboración de un compañero “responsable” para que le ayude en la comprensión o en la realización de las actividades.

- Reforzarle las ejecuciones positivas y las conductas adecuadas. Los refuerzos deberán ser frecuentes y, siempre que podamos, centrados en la tarea: “has leído muy bien”, “qué bien te han salido las cuentas”, “estás haciendo muy buena letra”.

- No hacerle demasiadas indicaciones sobre lo que realiza de forma inadecuada: “estás en las nubes”; “no molestes”; “ya está bien”... Es mucho mejor hablarle en estos términos: “¿has terminado?”; “¿recuerdas lo que debes hacer?”, “vamos a salir al recreo”...

- Utilizar un sistema de refuerzos para motivarle y favorecer la ejecución de las tareas:

- Elogios privados y públicos por las actividades bien hechas.
- Colocar sus trabajos en el corcho o en la pared de la clase. Mostrarlos a sus compañeros o llevarlos a casa con una felicitación.
- Recoger la realización de tareas dentro de un sistema de Economía de Fichas.



### ■ Otras estrategias para desarrollar y mantener la atención

□ Es importante establecer rutinas y hábitos en las actividades del aula: hábitos de autonomía, de escucha, de utilización y recogida de materiales, de inicio, de finalización o de cambio de actividad...

□ Enseñarles que deben poner su nombre, fecha, títulos, que respeten el margen... y, en general, a utilizar todo tipo de elementos que faciliten el orden y la organización.

□ Entrenarles para que sigan unas secuencias en la realización de actividades:

- Escuchar o leer las instrucciones.
- Seleccionar el material necesario
- Reflexionar... ¿Qué se me pide que haga?
- Realizar la tarea
- Revisar esta tarea
- Enseñársela al profesor
- Corregir, si es necesario
- Recoger la tarea y los materiales utilizados

### □ Deberes

- El niño deberá tener claras las tareas para realizar en casa. Para ello podemos utilizar la pizarra, una agenda o la colaboración de un compañero de clase.

- Seleccionar y priorizar los deberes para que los pueda realizar en un tiempo prudencial (en función de la edad).

- La Agenda puede ser, además, un buen instrumento de comunicación entre la familia y la escuela. En ella se deben reflejar, sobre todo, sus avances y logros.

### □ Exámenes

- Utilizar diferentes formas e instrumentos de evaluación (trabajo diario, controles orales y escritos...).

- Entrenar tanto la preparación de los exámenes como su realización.

- Los exámenes escritos deberían ser cortos y más frecuentes, las preguntas claras y con un vocabulario sencillo; concederle más tiempo...

- Supervisar la comprensión de las preguntas y la ejecución.



## ■ Programa Conductual para regular el comportamiento

Como ya se ha indicado anteriormente, los alumnos con TDA-H tienen una baja capacidad para autocontrolar su atención, su conducta o sus emociones y por ello es aconsejable establecer un programa individual para regular su comportamiento.

- Cuatro principios que hay que tener en cuenta:
  - Hacer al niño responsable de sus conductas.
  - Recompensarle por las adecuadas.
  - Ignorar, reconducir-sancionar las conductas inadecuadas.
  - Enseñarle conductas alternativas.

También es importante contar en clase con unas normas claras para todos los alumnos: escuchar, respetar turnos, hablar, solicitar permisos, etc. Explicitar las conductas esperadas y las consecuencias por el cumplimiento o incumplimiento de las mismas.

## 2. INTERVENCIÓN FAMILIAR

Los padres son las figuras más relevantes para el niño y una pieza fundamental dentro del plan de tratamiento. Es importante que conozcan en qué consiste el trastorno y proporcionarles unos conocimientos básicos y unas habilidades mínimas para manejar las contingencias o las conductas disruptivas de sus hijos.



### 2.1. Información - formación a los padres

- El orientador comunicará a los padres las conclusiones de la evaluación diagnóstica y las necesidades de su hijo en los diferentes ámbitos. Tranquilizará a éstos y les hará ver que, con el trabajo de todos, los problemas van a mejorar.
- También debemos informarles sobre el tratamiento más adecuado, los profesionales que van a intervenir y la manera de coordinarse.
- Explicarles en qué consiste el trastorno. Insistir en la naturaleza involuntaria de muchas de las conductas inadecuadas que observen en el niño.
- Exponerles también cómo su forma de actuar puede influir positiva o negativamente en las conductas de su hijo con TDA-H.
- Desarrollar unas habilidades mínimas para el manejo de contingencias y proporcionarles unos recursos básicos para ayudarlos a manejar las conductas disruptivas en casa.
- **Asociaciones de familias.** Las asociaciones de padres de niños hiperactivos son muy importantes para las familias de éstos. En ellas se podrá ampliar y complementar la información individual:

- Mediante la adquisición de conocimientos teórico-prácticos sobre el TDA-H.

- Compartiendo experiencias personales, positivas y negativas, y aprendiendo de cómo las resuelven otros.

- Practicando el modelado, una técnica que capacitará a los padres para el manejo de algunas dificultades que presentan sus hijos.

### 2.2. Actuación en el hogar

#### □ Control ambiental

- Detectar aquellos estímulos ambientales que favorecen la aparición de conductas inadecuadas y realizar un análisis funcional de éstas.

- Detectar, igualmente, aquellos estímulos, actuaciones,... que facilitan la conducta adaptada del niño y la dinámica familiar.

- Introducir en el ámbito familiar reajustes para mejorar las condiciones que favorecen la eliminación de las conductas inadecuadas y la adquisición y/o el mantenimiento de las conductas deseadas.

- Adquirir unas estrategias de comunicación que mejoren las relaciones tanto con el hijo con TDA-H como con el resto de miembros de la familia.

## □ Algunas orientaciones para los padres de niños con TDA-H:

- Los padres deben repartirse las tareas y responsabilidades de la crianza y educación, y compartir las derivadas de la existencia del trastorno.

- Es importante que participen en una red de apoyo específica formada por asociaciones, grupos de apoyo, etc., relacionados con el TDA-H.

- Apoyar de forma incondicional a los diferentes profesionales con los que se relacionen tanto ellos como sus hijos (maestros, orientadores, médicos...).

- Dedicar un tiempo y atención a sus actividades personales (ocio, proyectos e ilusiones) y a su pareja, para que el trastorno no invada otras áreas vitales.

- Si tienen otros hijos, dedicarles un espacio y un tiempo específicos. Los hermanos de los niños con este trastorno necesitan una atención individualizada que en muchas ocasiones no reciben porque toda la atención recae en el hermano.

## □ Orientaciones para ayudar a los hijos con TDA-H (I. Moreno, 2008).

### • Habilidades de comunicación efectivas:

- Controlar la ira y el enfado que puede originar la desobediencia y desajustes de su hijo.

- Aprender a comunicarse con él de forma efectiva, no punitiva.

- Escucharle, acordando unas exigencias mínimas y evitando reproches y críticas.

- Reflexionar sobre las expectativas y priorizar los objetivos conductuales y educativos.

### • Iniciativas ambientales y conductuales encaminadas a fomentar la inhibición y el autocontrol:

- Establecer normas y reglas de funcionamiento claras, explícitas y conocidas por el niño previamente.

- Utilizar instrucciones y órdenes verbales breves y precisas, dirigidas a la conducta-acción que debe realizar.

- Favorecer hábitos de conducta y horarios regulares y conocidos por el niño.

- Fomentar la organización y planificación previa de las actividades y tareas que el niño tiene asignadas.

- Supervisar con frecuencia sus tareas escolares y proporcionar recompensas y refuerzo inmediato a sus avances y logros.

- Utilizar un sistema de puntos (Economía de fichas) para incentivar al niño en el cumplimiento de sus actividades diarias, trabajo escolar, etc.

- **Medidas con respecto a la realización del trabajo escolar:**

- Elegir un lugar idóneo y que el niño asocie con el trabajo. Evitar ruidos, zonas de tránsito o de reunión, etc.
- Programar una rutina diaria con relación al estudio y a las tareas escolares a realizar en casa tras la jornada escolar.
- Utilizar instrucciones precisas y concretas encaminadas a comenzar el trabajo y realizar los ejercicios.
- Proporcionar apoyos y reconocimiento inmediato tras el trabajo realizado. Reconocer y recompensar el esfuerzo del niño.

- **Iniciativas recomendadas para favorecer su relación con amigos y compañeros:**

- Planificar oportunidades para que su hijo establezca contactos sociales. Invitar a otros niños elaborando previamente un “plan de juegos”, con actividades que puedan resultarle atractivas y que los mantengan distraídos.
- Supervisar el comportamiento de su hijo mientras juega con otros niños y aprovechar estas experiencias y encuentros sociales para hablar y reflexionar con él sobre su comportamiento.
- Ensayar y ejercitar en casa habilidades y

conductas como compartir cosas, respetar turnos, pedir un juguete, etc.- Ensayar y ejercitar en casa habilidades y conductas como compartir cosas, respetar turnos, pedir un juguete, etc.

- Favorecer su participación en actividades deportivas, excursiones, campamentos.

- Permitirle el acceso a juguetes, cromos, películas, libros de aventuras... que despierten interés entre los niños, para facilitar su integración y participación.

- Prestar atención a su autoestima. No exponerle a situaciones sociales en las que tenga dificultades para ser aceptado.

La colaboración entre padres y profesores es fundamental. De ella depende, en buena medida, el éxito de la intervención.



## 3. IMPLICAR AL NIÑO

- Informar al niño, de forma ajustada a su edad y características personales, sobre qué le está pasando, en qué consiste la intervención y los objetivos que buscamos con ella.
- Dejarle claro que muchos de los problemas que tiene en el colegio, en sus relaciones con los compañeros y amigos o en casa van a mejorar.
- Explicarle qué conductas serán objetivo de la intervención; cuáles son adecuadas o inadecuadas y por qué las consideramos así.
- Elaborar con él una lista de posibles reforzadores.
- Consecuencias positivas y negativas que obtendrá cuando realice estas conductas.
- Conseguir que el niño las acepte y que las consecuencias negativas no las vea como un castigo.

### ■ Prestar atención a su autoestima

Como ya se ha indicado, muchos niños con TDA-H se sienten frustrados y confundidos por lo que les pasa. Suelen tener problemas con hermanos, compañeros y amigos y no saben qué hacer para evitarlos. En numerosas ocasiones se esfuerzan por hacer bien las cosas y por agradar y, sin embargo,

los resultados no son los esperados. La sensación de incompetencia y de fracaso los lleva a valorarse de forma negativa y su autoestima se resiente. Es importante que padres y profesores conozcamos estas dificultades y los ayudemos a superarlas o a moderarlas:

- Todos los niños y sobre todo los niños con TDA-H necesitan comprensión y afecto. Debemos aceptarlos como son, con sus cualidades, peculiaridades y dificultades, evitando las comparaciones con otros hermanos, compañeros o amigos.

- Cuidar el lenguaje y las etiquetas. Sustituir el “eres” por el “estás”; criticar los hechos y no al niño; proponerle mensajes positivos diciéndole lo que deseamos de él.

- Valorar su esfuerzo y no sólo los resultados. Destacar los aspectos positivos, reconocerle y elogiar todo lo que haga correctamente.

- Establecer normas y límites tanto en casa como en el colegio, asignarle responsabilidades, darle confianza... Utilizar los premios mucho más que los castigos.

- Favorecer sus relaciones con iguales y ayudarle a conseguir éxito social. Es importante que tenga al menos un amigo. Inscribirlo en actividades en las que destaque, invitar a compañeros y amigos a casa, asistir a la ludoteca...

#### 4. TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA MÁS EFICACES EN EL TDA-H

Las técnicas de modificación de conducta tienen como objetivo favorecer el cambio de comportamiento a través de la aplicación de una serie de estrategias y de procedimientos de intervención psicológica. Con ellas se pretende reducir o eliminar las conductas problema (moverse en exceso, interrumpir, molestar a los compañeros...) e implantar o fortalecer conductas adecuadas (permanecer sentado, terminar las tareas, incrementar sus habilidades sociales...). Las técnicas que han demostrado una mayor eficacia en el tratamiento del TDA-H son:

##### □ TÉCNICAS PARA INCREMENTAR LA CONDUCTA DESEADA

###### ■ Refuerzo positivo

Consiste en aplicar una recompensa de forma contingente a la realización de una conducta deseada; de esta manera conseguiremos incrementarla y fortalecerla. Habrá que tener en cuenta que los refuerzos (materiales, sociales...) pueden resultar muy eficaces para un niño y no significar nada para otro. Antes de aplicarlos, deberemos hacer una selección en función de cada niño. El refuerzo positivo es el método que ha demostrado una mayor eficacia para modificar conductas.

###### ■ Pasos a seguir en su aplicación:

- Identificar la conducta que deseamos reforzar.
- Planificar qué tipo de refuerzo vamos a utilizar.
- Reforzar de forma inmediata y continua.
- Seguir de forma exhaustiva los éxitos del niño en relación a la conducta deseada.

###### ■ Economía de Fichas

Se basa en la adquisición acumulativa de fichas o puntos dependiendo de la realización de conductas deseadas, o la pérdida de los mismos ante la aparición de las conductas que queremos eliminar. Es una técnica mixta en la que intervienen el reforzamiento positivo (fichas que gana el niño) y el castigo negativo, al poner en práctica el costo de respuesta (pérdida de puntos).

###### ■ Pasos a seguir:

- Los padres o el profesor y el niño deben concretar las conductas que se van a premiar, y fijar con claridad el valor de las fichas o puntos que se concederán.
- El niño deberá tener a la vista las conductas que va a realizar y el número de puntos que puede conseguir por cada una de ellas.
- Anotar los premios o privilegios que conseguirá con los puntos: normales (ver sus programas favoritos, jugar a lo que le gusta,



cuentos...) o especiales (comprar un regalo, ir al cine...).

- Durante las dos primeras semanas no se retiran fichas por los incumplimientos, etc. A partir de la tercera, empezaremos a utilizar el Costo de Respuesta (pérdida de puntos). El niño deberá tener claro por qué se le van a quitar estos puntos.

- Fijar un tiempo concreto para el recuento de puntos.

- Tener en cuenta que debemos utilizar los premios mucho más que los castigos (la proporción será de 3/1) y garantizar el éxito en las primeras metas propuestas.

## □ TÉCNICAS PARA REDUCIR CONDUCTAS NO DESEADAS

### ■ Extinción

Cuando un niño realiza una conducta inadecuada se le deben retirar las recompensas (prestarle atención) para que disminuya la frecuencia de la conducta o para que desaparezca.

### ■ Consideraciones a tener en cuenta:

- Esta técnica se debe utilizar para eliminar conductas que no resulten perjudiciales para el propio niño o para los que le rodean.

- Es importante que seamos firmes y

constantes en la aplicación de la técnica porque en un primer momento la conducta que pretendemos eliminar puede empeorar. Pasado un tiempo los efectos son claros.

- La retirada de la atención deberá ir unida a la de refuerzo de conductas incompatibles o alternativas a la que queremos eliminar.

### ■ Tiempo Fuera

Consiste en privar al niño de la posibilidad de obtener reforzamiento, aislándole durante un periodo corto de tiempo (1- 5 minutos) de las actividades que hacía y de las personas con las que estaba, cuando aparece una conducta no deseada.

### ■ Consideraciones para la aplicación:

- El lugar de aislamiento debe ser neutro, nada atractivo, pero tampoco debe producir temor.

- Antes de utilizar esta técnica se le debe explicar al niño que si realiza una determinada conducta (inadecuada), se le aislará.

- Se debe realizar de manera firme y sistemática, sin asustarse de las reacciones del niño, y tantas veces como sea necesario hasta que desaparezca la conducta.

- Debe ir acompañada de un programa de refuerzo positivo ante conductas adecuadas.



- Su aplicación es muy importante en el contexto escolar, ya que muchas de las conductas disruptivas pueden ser reforzadas por los profesores o por los compañeros.

#### ■ Castigo (positivo - negativo)

El castigo supone aplicar una consecuencia desagradable, tras una conducta inadecuada que deseamos eliminar. Este se puede producir de dos formas: presentando una situación molesta tras una conducta no deseada o retirando un privilegio o una situación agradable después de una conducta inadecuada. Es aconsejable que este

procedimiento se acompañe de la aplicación de reforzadores positivos contingentes a la aparición de las conductas que queremos incrementar.

#### ■ Consideraciones para su aplicación:

- Debe utilizarse sólo como último recurso porque provoca respuestas emocionales de ansiedad, miedo, baja autoestima...
- Tiene que ser inmediato, intenso y corto.
- Sólo se aplicará ante aquellas conductas que sean especialmente perjudiciales para el propio niño o para los demás.



## 5. ENTRENAMIENTO COGNITIVO

El entrenamiento cognitivo, como cualquier otro componente del tratamiento, debe ajustarse a las características individuales y a las dificultades específicas de cada niño, y pretende desarrollar las habilidades cognitivas, que suelen ser deficitarias en los niños con TDA-H.

Vygotsky señaló la importancia del lenguaje interiorizado para desarrollar el control de la conducta y para inhibir los actos motores. Este lenguaje es importante para todos, pero sobre todo para los niños hiperactivos, porque les facilita la organización de su propia actividad y la reducción de aquellas conductas que dificultan la ejecución de una determinada tarea.

Meichenbaum y Goodman, basándose en los estudios de Vygotsky y de Luria, elaboraron un método para enseñar a los niños hiperactivos estrategias cognitivas que les permitieran afrontar con éxito tanto las actividades escolares como otras situaciones en las que se exige control del comportamiento. El “entrenamiento en autoinstrucciones” consiste en enseñar al alumno una serie de pasos que le sirvan de guía para resolver diferentes tareas cognitivas de forma reflexiva.

### □ ENTRENAMIENTO EN AUTOINSTRUCCIONES. FASES:

1. *Modelado cognitivo*: El profesor o el terapeuta realiza la tarea mientras se da instrucciones a sí mismo en voz alta. El alumno observa cómo trabaja el profesor-terapeuta y escucha sus verbalizaciones.

2. *Guía externa manifiesta*: El alumno realiza la misma tarea siguiendo las instrucciones dadas oralmente por el profesor o terapeuta. Éste observa la ejecución y corrige verbalmente, si es necesario.

3. *Autoinstrucción manifiesta*: El niño realiza la tarea dándose instrucciones en voz alta.

4. *Autoinstrucción manifiesta atenuada*: El niño desarrolla la tarea mientras se susurra a sí mismo las instrucciones.

5. *Autoinstrucción encubierta*: El niño ejecuta la tarea utilizando como guía el lenguaje interno. La utilización de tarjetas gráficas le ayudará a organizar la secuencia y a recordarla.

La mejoría observada en los niños con TDA-H, a los que se había aplicado el entrenamiento en autoinstrucciones, llevó a los especialistas a implementar programas de adiestramiento en solución de problemas y en la mejora del autocontrol, dirigidos a controlar la agresividad, a mejorar las relaciones, o a favorecer la reflexión y el análisis.

□ ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (ANAMIRANDA, 2001). CUATRO FASES:

1. *Reconocimiento del problema:* En esta primera fase se entrena a los niños a reconocer la existencia de un problema.
2. *Análisis del problema:* Los niños deben conocer las causas físicas o emocionales implicadas en el problema y valorar su grado de dificultad.
3. *Plantear soluciones alternativas y valorar sus consecuencias:* Los niños proponen todas las soluciones que se les ocurren. Posteriormente el profesor-terapeuta plantea una discusión tendente a evaluar las consecuencias de las distintas alternativas.
4. *Pensamiento Medios-Fines:* Una vez elegida la mejor solución, ésta se debe llevar a la práctica. En esta fase se entrena a los niños a ignorar, a expresar sus sentimientos de forma correcta, a ser asertivos, a cooperar y a compartir, a escuchar, a obedecer las demandas del adulto, etc.



□ TÉCNICA DE LA TORTUGA

Esta técnica fue diseñada por M. Schneider (1974) y está dirigida a niños de E. Infantil y de primer ciclo de E. Primaria. Es un método eficaz para lograr el **autocontrol** de la conducta impulsiva y la relajación en situaciones de estrés. Desarrollo de la técnica:

1. El profesor-terapeuta lee la historia de la “tortuga” para que el niño se identifique con ella.
2. El profesor invita a los niños a dramatizar la sensación de frustración de la tortuga, su rabia contenida y su intento de introducirse en el caparazón. La sesión termina invitando a todos los niños de la clase a convertirse en la tortuga en aquellas situaciones en las que se sientan estresados, con deseos de agredir, etc.
3. Ante una situación estresante, el profesor dice la palabra “tortuga” y el niño adopta la postura entrenada: barbilla pegada al pecho, brazos a lo largo del cuerpo y puños cerrados y en tensión. Contar hasta diez y relajar todos los músculos.
4. El profesor deberá reforzar tanto el entrenamiento como la aplicación de la técnica para que los niños se animen a utilizarla de forma autónoma en situaciones de descontrol. Este refuerzo se aplicará de manera individual y colectiva.

\* En [www.aprendiendocon-tdah.com](http://www.aprendiendocon-tdah.com) aparece una información completa de esta técnica.

## □ ENTRENAMIENTO EN AUTO-OBSERVACIÓN

Los niños hiperactivos tienen dificultad para reflexionar sobre los acontecimientos que viven. Les cuesta observar lo que sucede a su alrededor, analizarlo, y todavía les resulta más complejo observarse a sí mismos, percibir sus dificultades y analizar las posibles soluciones.

Durante las sesiones de entrenamiento individual los especialistas deberán enseñar al niño con TDA-H a autoevaluar sus conductas (positivas y negativas), sus estilos de aprendizaje, sus dificultades y errores. La autoevaluación debe dirigirse hacia dos aspectos:

### 1/ *Autoevaluación de su comportamiento:*

- Confeccionar con el niño una lista de aquello que hace bien (comportamiento, rendimiento, actitud y relaciones con los demás).
- Confeccionar otra lista de lo que le resulta difícil realizar.
- Buscar soluciones para cada uno de los aspectos destacados en la lista anterior, que proponga soluciones, y ayudarle a pulirlas o a desecharlas si resultan incoherentes o irrealizables.

### 2/ *Autoevaluación de las tareas realizadas durante las sesiones de trabajo.*

Esta técnica resulta muy útil con niños mayores, con una buena capacidad cognitiva y con una autoestima no demasiado baja. Con niños más pequeños o con la autoestima muy deteriorada conviene iniciar la autoevaluación solo con las conductas correctas.

## □ ENTRENAMIENTO PARA ATRIBUIR DE FORMA ADECUADA LAS CONSECUENCIAS DE SUS ÉXITOS Y FRACASOS:

Los niños hiperactivos suelen atribuir sus éxitos y sobre todo sus fracasos y su mal comportamiento a factores externos. Atribuir los fracasos a los demás es una forma de proteger su autoestima, pero supone una falta de control absoluta sobre los hechos que le conciernen. El reconocimiento de cierto grado de responsabilidad sobre una conducta es un requisito previo para su modificación.

Las técnicas cognitivas han demostrado su eficacia en el tratamiento del TDA-H; no obstante, los problemas para generalizar los beneficios terapéuticos que se obtienen aconsejan la conveniencia de unir los entrenamientos cognitivos a las técnicas operantes. Los tratamientos cognitivo-conductuales surgen del interés por integrar los beneficios de estas dos técnicas. (VER PROGRAMAS EN EL ANEXOS - 2).



## 6. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

La mayoría de los niños con TDA-H presentan dificultades para establecer y mantener las amistades, sus habilidades sociales y de comunicación son escasas. Unos pueden reaccionar con agresividad y con frecuencia se ven inmersos en conflictos porque responden de forma impulsiva, sin pensar en las consecuencias. Otros se muestran pasivos, retraídos y auto-controlados en sus interacciones sociales y pasan

desapercibidos. Por ello es necesario incluir el entrenamiento en habilidades sociales dentro del tratamiento multicomponente.

Las habilidades sociales son comportamientos aprendidos, y aplicando técnicas conductuales y cognitivas podemos conseguir que el niño adquiera conductas de relación interpersonal que no tiene en su repertorio y modifique otras que ya tiene pero resultan inadecuadas.

## CONCLUSIÓN

11



**E**l Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es el problema más frecuente en psicopatología infantil. Es un trastorno del cerebro ejecutivo y sus manifestaciones conductuales y cognitivas tienen un gran impacto en el desarrollo del niño, en su rendimiento escolar, en la vida familiar o en sus relaciones.

Los padres y profesores, por su proximidad al niño, desempeñan un papel fundamental en la detección del trastorno. Los pediatras de atención primaria y los orientadores son las figuras clave en su diagnóstico temprano. El diagnóstico debe ser multidisciplinar y clínico, puesto que actualmente no existe ningún marcador biológico que nos permita diagnosticar el TDA-H.

Reiteramos nuestra preocupación por la situación de los niños del subtipo inatento porque como sus conductas apenas molestan y tienen un menor impacto social, no llaman tanto la atención de padres y profesores y, como consecuencia, se encuentran “infradiagnosticados” o se diagnostican de forma más tardía y no reciben el tratamiento adecuado.

Los niños con TDA-H son heterogéneos, por lo que el tratamiento deberá ser individual y adecuarse a sus características personales y a las condiciones familiares, sociales y escolares de cada uno. No obstante, el tratamiento multimodal (combinación de tratamientos psicoeducativo, psicológico y farmacológico) es el que ha acreditado una mayor eficacia y el que ofrece un mayor consenso internacional. Es importante establecer una coordinación formal entre los profesionales que intervienen en las distintas fases del diagnóstico, en el tratamiento y en su seguimiento.

Las familias y el profesorado de los niños con TDA-H necesitan conocer qué les sucede a sus hijos o alumnos y la formación suficiente para comprender y manejar sus conductas o para responder a sus necesidades educativas. Deberían contar, además, con la comprensión de todos, la ayuda de profesionales formados y con una red de apoyo social.



Cuando un alumno con TDA-H presente de forma asociada problemas de conducta, de aprendizaje o del estado de ánimo, que además se añaden al deterioro del rendimiento académico, personal y social propio del trastorno, pensamos que debe ser considerado alumno con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo.

Actualmente, con los conocimientos, técnicas y recursos de que disponemos, podemos dar una respuesta satisfactoria a los niños con este trastorno. Las familias, la escuela y los profesionales de la medicina o de la psicología, con la participación y el esfuerzo de los propios niños, podemos conseguir que mejoren su rendimiento escolar, comportamiento, relaciones y autoestima. Es decir, que sean más competentes y felices.





# anexos

HACIA UNA ESCUELA INCLUSIVA

**DÉFICIT DE ATENCIÓN: ASPECTOS GENERALES.**  
PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO



---

## **ANEXO 01. OTROS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN**

---

Además de los instrumentos indicados en el Protocolo de Intervención, podríamos utilizar otros:

► **ENTREVISTAS CLÍNICAS:** Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes DICA-P (Reich y otros, 1988 - Informe Parental de Síntomas Infantiles (PACS) de Taylor 1986.

► **CAPACIDAD ATENCIONAL:**

- Focalización de la atención: FDT (test de los cinco dígitos 1995) y pruebas de dígitos y claves del WISC-R.

- Atención sostenida: Test de Ejecución Continua (CPT) de Conners (1995). Test de CARAS 1985, Animales de WISC-IV (2005) e integración visual del ITPA (2004); EMAV de Albor Cohs (2000).

► **CAPACIDAD VISUAL Y AUDITIVA:** ITPA 2004.

► **COMPETENCIA CURRICULAR:** Expediente Escolar, Informes de Evaluación, pruebas curriculares: Prolec; Proesc (2003), TALE-2000...

► **FUNCIONES EJECUTIVAS:** WISC-IV (Memoria de trabajo).

► **AJUSTE EMOCIONAL:**

- Autoestima A - EP. R. Ramos, Jiménez y Muñoz. 4º- 6º Primaria. (2006);

AFA - 5: García, - a partir de 5º de Primaria. (2001).

- Ansiedad: CAS (6-8 años) 1999; STAIC (9-15 años) 1995.

- Depresión: Children depression inventory CDI de Kovacs (1992).

► **COMPETENCIA Y ESTRATEGIAS SOCIALES:** Escala de autocontrol de Kendall (1979). Cuestionario sobre conocimiento de estrategias de interacción entre iguales de M<sup>a</sup> José Díaz Aguado (1985); IPE Inventario Problemas en la Escuela (1993).

► **COMPORTAMIENTO:** CCP de Miranda y Santamaría (Infantil) 1986; Informe escolar de comportamiento y descripción de conductas en el aula. ALBOR-COHS

---

## **ANEXO 02. PROGRAMAS PARA ALUMNOS, PADRES Y PROFESORES**

---

## PROGRAMAS PARA ALUMNOS

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA NIÑOS TDAH.**

Isabel Orjales y Aquilino Polaino. 2005.  
Editorial CEPE.

Dirigido al trabajo con niños de los tres subtipos de TDAH entre 6 y 12 años. Consta de 30 sesiones. Descrito en su totalidad en el libro del mismo título.

**ENFÓCATE. Programa de Entrenamiento de Focalización de la Atención.**

M. García Pérez y Á. Magaz. 1998.

Recurso metodológico para mejorar la atención sostenida y la eficacia o calidad atencional. 6-14 años.

**ESCUCHA. Programa de Mejora de la Atención Auditiva.**

R. Cañoto.2000.  
Editorial ALBOR-COHS

Para niños de 6 a 14 años con problemas atencionales. Programa para mejorar la capacidad atencional de los niños y adolescentes Los ejercicios están grabados en tres discos compactos (CD). Aplicación: Individual o en grupo muy reducido.

**PROGRAMA ¡FÍJATE Y CONCÉNTRATE MÁS! PARA QUE ATIENDAS MEJOR.**

Álvarez, L. ; González Castro, P. 2004  
Editorial CEPE.

Dirigido a desarrollar la atención visual, selectiva y sostenida. Cuatro niveles (uno por cada ciclo de Primaria y Primer C. de la ESO). Contiene 4 CDs para el trabajo.

**PROGRAMA REEDUCA.**

Pépin y Loranger, 2002.  
(Traducción al español, A. Otero 2008).  
<http://www.psychotech.qc.ca/logiciels/reeduca.htm>

Dirigido a niños entre 6 y 10 años. Se trabaja con ordenador. Contiene módulos de atención sostenida auditiva y visual, atención compartida, coordinación mano-ojo memoria, razonamiento, ...

**PROGRAMA DE CORRECCIÓN NEUROPSICOLÓGICA DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN**

Solovieva, Quintanar y Flores 2002. México.  
Univ Autónoma de Puebla

Dirigido a niños de 5 - 6 años. Emplea el juego grupal. El objetivo es incluir al niño en la realización de juego dirigido a un fin.



**PIAAR. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA AUMENTAR LA ATENCIÓN Y REFLEXIVIDAD.**

Gargallo, 1997. TEA EDICIONES

Dirigido el nivel 1 a niños de 7 a 11 años y el nivel 2 de 12 a 14 años.

Orientado al aprendizaje de la reflexividad. Posible aplicación colectiva.

**PEMPA. PROGRAMA PARA EL DESARROLLO DE LA REFLEXIVIDAD Y AUTOCONTROL.**

Servera, Bornas y Galván, 2000. Editorial ALBOR-COHS.

Programa para mejorar el desarrollo de la reflexividad. Aplicable desde los 4-8 años de forma orientativa. (Para-Escucha-Mira-Piensa y Actúa.)

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TDAH.**

Calderón Garrido, 2003.  
(En [www.tesisred.net](http://www.tesisred.net) )

Para niños de 8 a 12 años. Dirigido a mejorar el autocontrol comportamental mediante el habla autodirigida, la reflexión y la previsión de consecuencias.

**PROGRAMA PIENSA EN VOZ ALTA.  
Camp y Bash-1998.**

Desarrollado íntegramente en el libro “Piensa en Voz Alta”, de B. Camps y M.A. Bash. Ed. Cinteco-Promolibro. Valencia 1998.

Originalmente dirigido a niños entre 6 y 8 años con problemas de agresividad, está adecuado para niños impulsivos. Trabaja la resolución de problemas con modelado cognitivo y autoinstrucciones.

**PROGRAMA DE CONTROL DE LA IRA.  
Miranda Casas. 1998.**

Está contenido en “Estudiantes con Deficiencias Atencionales”. Miranda Casas, 1998 Promolibro.

Basado en el programa de Kendall (1980). Consta de 12 sesiones que incluyen razonamiento, reestructuración cognitiva de autoinstrucciones y relajación. Tras eso se entrena la resolución de problemas Inter- personales siguiendo a Bloonquist (1991).

PROGRAMA PÁRATE Y PIENSA de Kendall, 1980.

Adaptado por Miranda, Llácer y García 1989.

Tratamiento de problemas derivados de su impulsividad. 22 sesiones que combinan las autoinstrucciones, el modelado y las contingencias; 15 sesiones aplicadas al desarrollo de la atención y la reflexión, y 7 a la solución de situaciones interpersonales. Una descripción del programa y sus sesiones puede encontrarse en Miranda Casas (1998).

**ESCEPI. Enseñanza de Soluciones Cognitivas para Evitar Problemas Interpersonales.** Programa de entrenamiento en Resolución de Conflictos. García, M y Magaz, Á. Editorial ALBOR-COHS. 1997.

De aplicación para niños de Edad infantil y E. Primaria. Plantea situaciones de conflicto habituales en el niño y nos enseña una serie de pasos para resolverlas de forma adecuada. El entrenamiento de cada fase es progresivo.

**PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE GRUPO.** Goldstein y Pollock (1988).

En pequeño grupo. Durante 6 sesiones se entrenan 21 habilidades para la solución de problemas. Una relación de éstas y de los pasos para adquirirlas puede encontrarse en Orjales-2005.

**PROGRAMA COGNITIVO-CONDUCTUAL DE KENDALL, PDAWER Y ZUPAN (1980)** Adaptación de MIRANDA Y SANTAMARÍA (1986) En “Hiperactividad y Dificultades de Aprendizaje”, Miranda y Santamaría. 1986. Promolibro.

Utiliza entrenamiento en solución de problemas, autoinstrucciones, modelado, autoevaluación y en contingencias. Las autoinstrucciones se han adaptado a partir de las de Kendall, Meichenbaum y otras.

**PROGRAMA DE ENSEÑANZA DE HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL (PEHIS)** para niños y niñas en edad escolar. INÉS MONJAS. 1993.

Desde E. Infantil a Secundaria. Contiene materiales, fichas para trabajar un amplio conjunto de HH.SS. en el colegio y en casa.

**PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES.** Goldstein y Pollock (1988).

22 habilidades entrenadas en 6 sesiones. Tanto éstas como los pasos utilizados para enseñar cada una de ellas pueden encontrarse en Orjales 2005.

## OTROS PROGRAMAS Y MATERIALES:

|   |   |
|---|---|
| <p><b>PROGRAMA DE ATENCIÓN.</b><br/>Vallés A., 2000.<br/>Editorial Promolibro.</p>  | <p>Dirigido a alumnos de E. Primaria. Orientado al desarrollo de la capacidad de atención selectiva y sostenida. (Incluye percepción de diferencias, integración visual, laberintos, discriminación visual, seguimiento visual, identificación de aciertos y errores, asociación visual, ...)</p> |
| <p><b>PROESMETA. PROGRAMA DE ESTRATEGIAS METACOGNITIVAS .</b><br/>Vallés, A., 1998.<br/>Editorial Promolibro.</p>   | <p>Desarrolla estrategias cognitivas y meta-cognitivas para el aprendizaje escolar. Dirigido a mejorar la atención, el lenguaje y la memoria.</p>   |
| <p><b>ATENCIÓN SELECTIVA.</b><br/>Colección <b>RED: REFUERZO Y DESARROLLO DE HABILIDADES MENTALES BÁSICAS.</b><br/>Yuste, C. y García. N. ICCE.</p>                             | <p>Números 1.4 - 2.4 - 3.4<br/>Fichas para el trabajo de la atención selectiva y la percepción viso-espacial, para cada uno de los ciclos de Primaria.</p>  |
| <p><b>PROGRAMA DE ATENCIÓN Y OBSERVACIÓN.</b><br/>Colección <b>PROGRESINT.</b> Yuste, C. 1994, 2002. Editorial CEPE.</p>  | <p>Nº 13-21. De forma orientativa: hasta 3º de Primaria y hasta 6º. El nº 27, dedicado a la Atención Selectiva, está dirigido a alumnos de la ESO.</p>  |
| <p><b>PROGRAMAS DE REFUERZO DE MEMORIA Y ATENCIÓN I y II.</b> Colección de Recuperación y Refuerzo de las Técnicas Básicas.<br/>Gª Vidal y Glez. Manjón, 1994.<br/>Ed. EOS.</p> | <p>Dirigidos a escolares de Primaria. De forma orientativa, el primero de ellos para el 1º y 2º ciclos, y el segundo, dirigido al 2º - 3º ciclos.</p>   |
| <p><b>EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN-I: ATENCIÓN.</b><br/>Estévez, A y García, C. 2003<br/>Ediciones LEBÓN</p>  | <p>Ejercicios de atención para ser auto-aplicados a partir de 12 años.</p>  |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO PARA DESCIFRAR INSTRUCCIONES ESCRITAS.</b><br/>Orjales 2003. CEPE.</p>   | <p>Para niños a partir 6 años que tienen lectura fluida y dificultades para comprender lo que leen y organizar la respuesta, por su impulsividad.</p>  |
| <p><b>PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO PARA DESCIFRAR INSTRUCCIONES ESCRITAS CON CONTENIDO MATEMÁTICO-1.</b><br/>Isabel Orjales, 2007.<br/>CEPE</p>                                       | <p>A partir de 9 años. Dirigido a mejorar la reflexividad y la atención aplicándolas a la resolución de problemas matemáticos.</p>                     |
| <p><b>PROGRAMA PARA EL CONTROL DE LA IMPULSIVIDAD Y LA FALTA DE ATENCIÓN.</b><br/>“Aprendo a ser reflexivo”. Vallés, A., 1997.<br/>Ed. Promolibro. Isabel Orjales, 2007. CEPE.</p> | <p>Actividades dirigidas a lograr un control metacognitivo de las tareas habituales de la atención. Dirigido a los primeros cursos de E. Primaria.</p> |
| <p><b>ENTRENAMIENTO EN AUTOCONTROL.</b><br/>Vallés, A. 2003.<br/>Ed. Promolibro.</p>   | <p>Orientado al aprendizaje de actitudes, valores y normas. Se fundamenta en las Técnicas de Modificación de Conducta.</p>                             |
| <p><b>PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE LA HIPE-RACTIVIDAD</b><br/>Vallés, A., 2003<br/>Ed. Promolibro.</p>   | <p>Dirigido a alumnos entre 6 y 9 años. Va orientado a mejorar la reflexividad, relajación, solución de conflictos, ...</p>                            |
| <p><b>PROGRAMA DE HABILIDADES BÁSICAS</b><br/>Vallés, A., 2003.<br/>Ed. Promolibro.</p>  | <p>Dirigido a niños entre 6 y 8 años. Orientado a prevenir dificultades. Programa lúdico que gira en torno a centros de interés.</p>                   |

## PROGRAMAS PADRES

**PROGRAMA DE ORIENTACIÓN Y ENTRENAMIENTO A PADRES. PEP.**  
BARKLEY.2000.

Enfoca la terapia cognitivo-conductual familiar. Trabaja la aceptación del diagnóstico, el manejo de conductas de su hijo y el control emocional de los padres.

**PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA NIÑOS CON PROBLEMAS DE CONDUCTA.** Bloomquist.1996.  
Referencia a las áreas contenidas y algunas indicaciones sobre las mismas aparecen relacionadas en Orjales-2005.

Es un programa para padres y terapeutas que abarca diez áreas relativas a los padres, interacción familiar, habilidades que precisan los hijos para la solución de problemas y otros, autoestima, ...

## PROGRAMAS PROFESORES (AULA)

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN EL AULA.**  
MIRANDA, PRESENTACIÓN, GARGALLO, SORIANO, GIL Y JARQUE (1999)  
(Mismos autores, 1999: “El niño hiperactivo. Intervención en el aula. Un programa de formación para profesores” Castellón. Universidad Jaime I).

Dirigida a Infantil y a los dos primeros ciclos de E. Primaria. Se plantea como opción combinable con la intervención familiar y tratamiento farmacológico.  
Incluye técnicas de modificación de conducta; cognitivo-conductuales (auto-instrucciones); manejo del aula, y otras técnicas cognitivo-conductuales aplicadas al conjunto del aula y al alumno.

**PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HH. METACOGNITIVAS PARA MAESTROS DE NIÑOS HIPERACTIVOS.**  
BELTRÁN Y TORRES. 2003.  
Editorial ALBOR-COHS

Consta de seis unidades extensas que incluyen contenidos teóricos, actividades de enseñanza y de aprendizaje y dinámicas de grupo.



---

**ANEXO 03. BIBLIOGRAFÍA  
PARA PADRES, PROFESORES  
Y OTROS PROFESIONALES**

---

- ▶ **ADANA - FUNDACIÓN.** (2006). El alumno con TDAH. Guía práctica para educadores. Barcelona: Mayo Ediciones.
- ▶ **ANSHDA.** (2005). Testimonio de madres con hijos hiperactivos. Madrid: J Editores.
- ▶ **Barkley, R.** (2002). Niños Hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Barcelona. The Guilford Press.
- ▶ **Barkley, R.** (1997). Niños Desafiantes. Materiales de Evaluación y Folletos para los padres. New York.. Paidós Ibérica.
- ▶ **Barkley, R. y Benton Ch. M.** (2000). Hijos desafiantes y rebeldes. Consejos para recuperar el afecto y lograr una mejor relación con su hijo. Barcelona: Paidós Ibérica.
- ▶ **Bauermeister, J. J.** (2002). Hiperactivo, impulsivo, distraído, ¿me conoces?. Guía acerca del Déficit atencional para padres. Madrid: Albor Cohs.
- ▶ **Bonet, T., Soriano, Y. y Solano, C.** (2008). Aprendiendo con los Niños Hiperactivos. Un reto educativo. Madrid: Thomson.
- ▶ **Brown, T.** (2003). Trastornos por Déficit de Atención y Comorbilidades en Niños, Adolescentes y Adultos. Barcelona. Masson.
- ▶ **Buela-Casal, G., Carretero, H. y Roig, M.** (2002). El niño impulsivo. Estrategias de evaluación, tratamiento y prevención. Madrid: Pirámide - Ojos Solares.
- ▶ **Equipo Metra** (2002). Hiperactividad y trastorno disocial en la escuela. Guía para educadores. Madrid: Defensor del Menor
- ▶ **Marc A. Nemiroff, Phd, Jane Annunziata, PsyD** (2007). Me van a ayudar. El TDA explicado a los niños. Madrid: TEA Ediciones.
- ▶ **Miranda, A., Amado, L. y Jarque, S.** (2001). Trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Una guía práctica. Madrid: Aljibe.



- ▶ Miranda, A., Presentación, M.J., Gargallo, B., Soriano, M., Gil, M.D. y Jarque, S. (1999). El niño hiperactivo (TDAH). Intervención en el aula: un programa de formación para profesores. Castellón: U.J. I.
- ▶ Moreno, I. & Servera, M. (2002). Los trastornos por déficit de atención con hiperactividad. En M. Servera (coord.), Intervención en los trastornos del comportamiento infantil (pp. 217-254). Madrid: Pirámide.
- ▶ Moreno, I. (1995). Hiperactividad: prevención, evaluación y tratamiento en la infancia. Madrid: Pirámide - Ojos solares.
- ▶ Moreno, I. (2008). Hiperactividad Infantil. Guía de actuación. Madrid: Pirámide - Ojos Solares
- ▶ Orjales Villar, I. (2000). Déficit de atención con Hiperactividad. Manual para padres y educadores. Madrid: CEPE.
- ▶ Orjales Villar, I. y Polaino Lorente, A. (2005). Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con Déficit de Atención con Hiperactividad. Madrid: CEPE.
- ▶ Polaino-Lorente A. y Ávila de Encio, C. (2000). Cómo vivir con un niño hiperactivo. Madrid: Narcea.
- ▶ Revista de Neurología. Vol. 42. Suplemento 2. Febrero de 2006. Barcelona: Viguera Editores.
- ▶ Rief, S. (1999). Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad. Técnicas, estrategias e intervenciones para el tratamiento del TDA / TDAH. Paidós: Buenos Aires.
- ▶ Servera, M., Bornas, X. & Moreno, I. (2001). Hiperactividad infantil: Conceptualización, evaluación y tratamiento. En V.E. Caballo & M.A. Simon, (eds.). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente; trastornos generales (pp. 401-433). Madrid: Pirámide.
- ▶ Taylor, R. E. (1991). El niño hiperactivo. Barcelona: Martínez Roca.
- ▶ Valdizán, J.R. (Coordinador del Grupo de Consenso TDAH Multidisciplinar - 2006). Trastorno por Déficit de atención con hiperactividad (TDAH): bases para el Consenso Diagnóstico y Terapéutico Multidisciplinar. Gobierno de Aragón - Departamento de Salud y Consumo.
- ▶ Vallés, A. (2006). Alumnos con inatención, Impulsividad e Hiperactividad. Madrid: EOS.



---

## ANEXO 04. PÁGINAS WEB

---

Actualmente son numerosas las páginas web que incluyen entre sus contenidos el Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad. Las diferentes asociaciones de TDAH, autonómicas o locales, disponen de webs en las que informan sobre el trastorno, contienen enlaces con otras páginas, ofrecen información sobre sus actividades y servicios, materiales, etc. Algunos laboratorios, editoriales, grupos o asociaciones de profesionales también disponen de páginas con contenidos similares.

Para que la lista no sea innecesariamente extensa, hemos seleccionado las siguientes.

### [www.tda-h.com](http://www.tda-h.com)

Portal dedicado a los diversos Déficit de Atención con o sin Hiperactividad: gestionado por la División de Investigación y Estudios del Grupo ALBOR-COHS.

Portal dedicado a los trastornos por déficit de atención, que contiene información amplia y variada, posibilidad de descargar una Guía para Padres y Maestros en formato pdf, preguntas y respuestas más frecuentes, orientación sobre diagnóstico y tratamiento, etc.

### [www.trastornohiperactividad.com](http://www.trastornohiperactividad.com)

Página de los laboratorios Janssen-Cilag, especializada en TDAH. Ofrece una información amplia y accesible sobre el trastorno, enlaces de interés para conseguir guías para padres y para profesores, etc.

### [www.aportodas.org](http://www.aportodas.org)

Portal de la Alianza por los TDAs (más de 1500 asociaciones y profesionales que comparten información y recursos). Dispone de abundante información básica.

### [www.anshda.org](http://www.anshda.org)

Página de la Asociación de padres de Niños con “Síndrome de Hiperactividad y Déficit de Atención”. Contiene direcciones, teléfonos, enlaces-web de diversas asociaciones de TDAH de diferentes comunidades autónomas y locales.

### [www.aateda.org](http://www.aateda.org)

Página de la Asociación Aragonesa del Trastorno por Déficit de Atención.

### [www.atenciona.es](http://www.atenciona.es)

Página de la Asociación Regional Aragonesa de Familiares y Profesionales (TDA-H).

---

## ANEXO 05. DIRECCIONES DE INTERÉS

Como ya se ha indicado en el Protocolo de Intervención, el pediatra de atención primaria y el orientador del colegio, por su conocimiento y proximidad al niño y a la familia, son las figuras clave para el diagnóstico y seguimiento de los niños-alumnos con TDA-H. No obstante, queremos apuntar algunas direcciones que pueden interesar tanto a las familias como al profesorado.

---

► DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE. DIRECCIÓN GENERAL DE POLÍTICA EDUCATIVA. Servicio de Atención a la Diversidad e Innovación.

Avenida Gómez Laguna, 25, 2ª planta • Tfno. 976-715 418 • 50009 - ZARAGOZA.

---

► SERVICIO PROVINCIAL DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE DE HUESCA.

Plaza de Cervantes, 1 • Tfno. 974 293 271 • 22003 - HUESCA

---

► SERVICIO PROVINCIAL DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE DE TERUEL.

C/ San Vicente de Paúl, 3 • Tfno. 978 641 258 • 44002 - TERUEL

---

► SERVICIO PROVINCIAL DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE DE ZARAGOZA.

C/ Juan Pablo II, 20 • Tfno. 976 716 405 • 50009 - ZARAGOZA

---

► HOSPITAL “OBISPO POLANCO” DE TERUEL.

Avda. Ruiz Jarabo s/n • Tfno. 978 621 150 • 44002 - TERUEL

---

► HOSPITAL “SAN JORGE” DE HUESCA.

Avenida Martínez de Velasco 36 • Tfno. 974 247 000 • 22004 - HUESCA

---

► HOSPITAL “MIGUEL SERVET” DE ZARAGOZA.

Paseo Isabel la Católica, 1-3 • Tfno. 976 765 500 • 50009 - ZARAGOZA

---

► HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO “LOZANO BLESA” DE ZARAGOZA.

Avenida San Juan Bosco 15 • Tfno. 976 765 700 • 50009 - ZARAGOZA

---

► ASOCIACIÓN ARAGONESA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD.

C/ Poeta Blas de Otero, 2 local 5 (Actur) • Móviles: 651 027 962 - 653 952 560 • 50018 - ZARAGOZA.

---

C/ de Ntra. Sra. de Cillas, 1, bajo B • Móvil: 680 599 589 • 22002- HUESCA.

---





---

**ANEXO 06. CUESTIONARIO SCREENING  
ELABORADO POR EL GRUPO DE TRABAJO**

---

## INDICADORES PARA IDENTIFICAR EL DÉFICIT DE ATENCIÓN Y ALGUNOS PROBLEMAS ASOCIADOS.

## ■ CONDUCTAS DE DESATENCIÓN

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| Parece no escuchar cuando se le habla directamente  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Tiene dificultades para mantener la atención, sobre todo en la realización de tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido | 0 | 1 | 2 | 3 |
| No presta atención a los detalles o errores por descuido  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| No suele terminar las actividades escolares que empieza   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Presenta dificultades para organizar y mantener el orden en tareas y materiales   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Extravía objetos necesarios para realizar todo tipo de actividades  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| A menudo incurre en olvidos en las tareas cotidianas  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Se queda ausente, mirando al vacío. Parece estar en la luna   | 0 | 1 | 2 | 3 |

## ■ CONDUCTAS DE HIPERACTIVIDAD

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| “Está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor                          | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su silla                            | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Con frecuencia abandona su asiento en situaciones en las que debe estar sentado   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Realiza ruidos extraños con la boca, con las manos, dedos, etc.                   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo          | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Tiene dificultad para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio      | 0 | 1 | 2 | 3 |
| A menudo habla en exceso o de forma atropellada; le cuesta permanecer en silencio | 0 | 1 | 2 | 3 |

### ■ CONDUCTAS IMPULSIVAS

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| Precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas              | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Responde de forma rápida y comete muchos errores en tareas que exigen reflexión | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Tiene dificultad para guardar turno en diferentes situaciones                   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Exige una satisfacción inmediata de sus demandas                                | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Sufre caídas o accidentes con más frecuencia que otros niños                    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Interrumpe o se inmiscuye en las actividades y conversaciones de otros          | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Le resulta difícil realizar actividades cuyos refuerzos están lejanos           | 0 | 1 | 2 | 3 |

### ■ COMPORTAMIENTO INADECUADO

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| Presenta conductas impredecibles   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| A menudo presenta explosiones de mal genio                                 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| No suele respetar las reglas en diferentes situaciones y actividades       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Se muestra apático; cuesta interesarle por una actividad                   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Se irrita cuando no se hace lo que él quiere                               | 0 | 1 | 2 | 3 |
| En sus acciones se muestra lento, como si le faltase energía               | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Niega sus errores o echa la culpa a otros                                  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Se muestra desobediente y hostil hacia las figuras de autoridad            | 0 | 1 | 2 | 3 |
| En ocasiones presenta conductas desafiantes                                | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Está como en una nube; tarda en darse cuenta de lo que pasa a su alrededor | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Presenta muchas dificultades para aceptar los límites                      | 0 | 1 | 2 | 3 |

### ■ DIFICULTADES EN LAS RELACIONES SOCIALES

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| Es evitado o rechazado por muchos de sus iguales                                | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Molesta con frecuencia a sus compañeros   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Habitualmente permanece aislado   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Tiene dificultad para incorporarse y seguir el ritmo de juego de sus compañeros | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Sus habilidades sociales y de comunicación son escasas                          | 0 | 1 | 2 | 3 |
| En sus interacciones se muestra pasivo o retraído                               | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Tiene muchas dificultades para establecer y mantener amistades                  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Arremete verbal o físicamente contra sus compañeros                             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Ataca física o verbalmente a los adultos  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Utiliza la agresión para resolver sus problemas personales                      | 0 | 1 | 2 | 3 |

### ■ ALTERACIONES EMOCIONALES

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| Presenta una autoestima baja  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Se muestra inseguro y muy dependiente   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Sus cambios de humor son frecuentes e impredecibles                               | 0 | 1 | 2 | 3 |
| En ocasiones llora sin ningún motivo aparente para los demás                      | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Su umbral de frustración es bajo  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Se muestra triste y tiende al aislamiento   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| A menudo presenta sentimientos de culpa   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Presenta unos niveles de ansiedad elevados; se chupa los dedos, el lápiz, la ropa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Se muestra miedoso ante objetos o en determinadas situaciones                     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Presenta alteraciones del sueño y en la alimentación                              | 0 | 1 | 2 | 3 |

■ **DIFICULTADES DE APRENDIZAJE (PROFESORADO)**

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| Carece de estrategias de procesamiento de la información y de elaboración verbal             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Procesa la información de forma global; presta poca atención a los detalles                  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Le cuesta seguir instrucciones y consignas   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Tiene dificultad para mantener el esfuerzo que requiere la tarea                             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Trabaja lentamente. Parece no poder hacerlo más deprisa                                      | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Presenta dificultades para establecer relaciones espaciales                                  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Su nivel de lectura oral es inferior a la de sus compañeros                                  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Le resulta difícil comprender textos escritos propios de su edad                             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Presenta dificultades de motricidad fina que afectan, entre otras actividades a la escritura | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Son frecuentes sus dificultades en el manejo de los números y en cálculo mental              | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Comete muchos errores en la resolución de diferentes operaciones                             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Carece de estrategias adecuadas para la resolución de problemas                              | 0 | 1 | 2 | 3 |

|                         | RIESGO |       |      |
|-------------------------|--------|-------|------|
|                         | BAJO   | MEDIO | ALTO |
| <b>DESATENCIÓN</b>      | 1-10   | 11-16 | 17-  |
| <b>HIPERACTIVIDAD</b>   | 1-6    | 7-10  | 11-  |
| <b>IMPULSIVIDAD</b>     | 1-5    | 6-8   | 9-   |
| <b>COMPORTAMIENTO</b>   | 1-6    | 7-10  | 11-  |
| <b>REL. SOCIALES</b>    | 1-5    | 6-9   | 10-  |
| <b>ALT. EMOCIONALES</b> | 1-6    | 7-10  | 11-  |
| <b>DIF. APRENDIZAJE</b> | 1-10   | 11-16 | 17-  |



---

**ANEXO 07. EXTRACTO DEL ESTUDIO  
REALIZADO POR EL MISMO GRUPO**

---

**\* PROYECTO DE INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN EDUCATIVA: “Déficit de Atención. Estudio sobre incidencia, diagnóstico y tratamiento. Propuesta de un modelo de intervención”**

► **OBJETIVOS** \_\_\_\_\_

- Conocer la realidad y nuestra práctica diaria, como primer paso para mejorarla:
  - Estudio descriptivo desarrollado en quince centros públicos y privados concertados ubicados en Zaragoza y en algunos barrios rurales.
  - Recabar información sobre cómo se está interviniendo en nuestra provincia.

► **CENTROS PARTICIPANTES:** \_\_\_\_\_

- Centros públicos:
  - C.E.I.P.s “Cesáreo Alierta”, “Juan Pablo Bonet”, “Eugenio López”, “San Braulio”, “José Camón Aznar”, “Andrés Oliván”, “Ramiro Solans”, “Recarte y Ornat”, “Domingo Miral”, “Julián Nieto Tapia” y “La Estrella”.
- Centros privados - concertados:
  - “Santa Magdalena Sofía”, “Compañía de María - La Enseñanza”, “Nuestra Sra. del Carmen”, “San Antonio de Padua”.

► **“PROBLEMAS DE ATENCIÓN”:** \_\_\_\_\_

- Población: 4.900 alumnos de E. Primaria.
- Dificultades de atención: 560 alumnos.

Según sus profesores, las dificultades de atención que presentan estos alumnos condicionan de forma significativa tanto sus aprendizajes como su rendimiento.

- Prevalencia: ..... 11,4 %
  - Aragón: 7.370 alumnos de E. Primaria (aplicando este porcentaje).
  - En un estudio similar realizado en la Comunidad de Castilla La Mancha (Albor y Centros de Profesores.) ..... 13 %



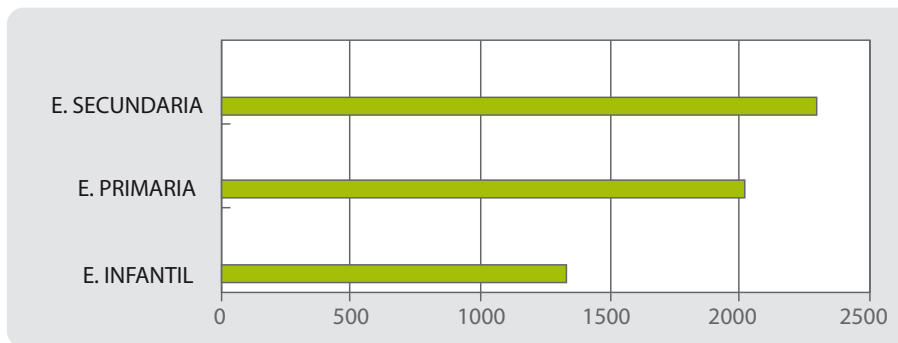
► **TDAH - PREVALENCIA:** \_\_\_\_\_

- General: ..... 3 - 7 % (APA. 2002)
- Población clínica:..... 10 - 15 % (Barkley y otros, 1990)

□ Algunos ejemplos en España:

- 9 Autonomías (Aragón, entre ellas): ..... 3 % (Albor, 2003)
- Mallorca: ..... 4,6 % (M. Servera, 2003)

□ Aplicando el 3 % en nuestra Comunidad:



► **TDA-H (población: 4.900 alumnos de E. Primaria)** \_\_\_\_\_

□ Diagnosticados ..... 2,86 %

□ 140 alumnos de E. Primaria

- Niños ..... 2,26 %
- Niñas ..... 0,6 %
- TDA-H ..... 80 %
- TDA ..... 20 %

► MUESTRA SELECCIONADA: 48 ALUMNOS

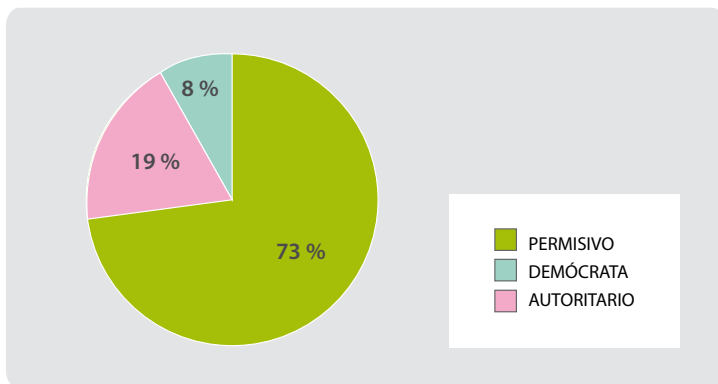
- TDA ..... 16
- TDA-H ..... 32
- ACNEEs: 25 alumnos (TDA-H como trastorno asociado).

La muestra fue obtenida en nuestros archivos; alumnos sin ningún otro trastorno clínico diagnosticado.

► DINÁMICA FAMILIAR (HOGAR)

- Estable ..... 56 %
  - TDA-H ..... 38 %
  - ACNEEs ..... 60 %
- Inestable ..... 44 %
  - TDA-H ..... 62 %

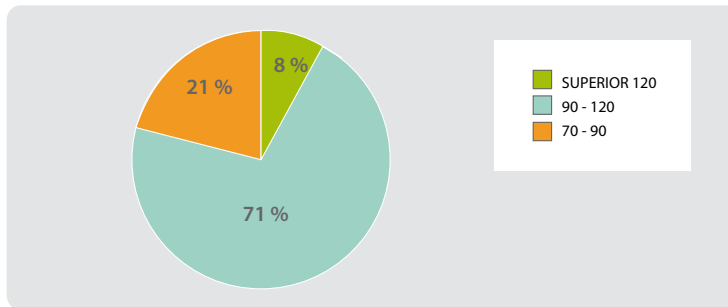
► ESTILO EDUCATIVO (DE LA PAREJA)



- Uniforme ..... 48 %
- Diferente ..... 52 %

► **CAPACIDADES COGNITIVAS**

**Cociente Intelectual**



► **APRENDIZAJES - RENDIMIENTO**

□ **Necesita Mejorar (calificaciones escolares)**

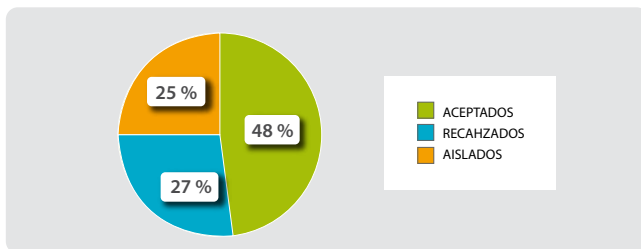
- Lengua española ..... 77 %
  - TDA ..... 93 %
  - TDA-H ..... 68 %
- Matemáticas ..... 65 %
  - TDA ..... 81 %
  - TDA-H ..... 56 %
- Repetición de curso ..... 35 %

□ **Apoyos**

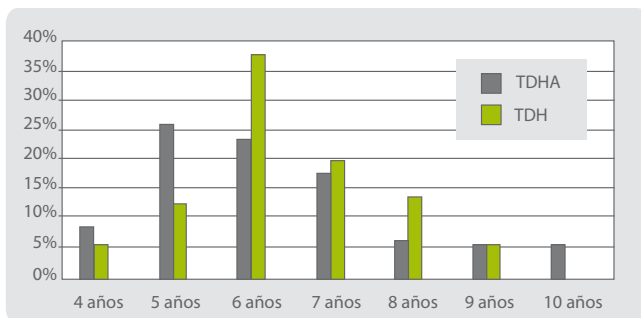
- En el colegio ..... 78 %
  - Profesorado ordinario ..... 67 %
  - Especialista de P. T. .... 6 %
  - Especialista de A. L. .... 7 % (TDA ... 12 %)

► **CONTEXTO ESCOLAR - CLIMA SOCIAL**

- Relaciones con el tutor (valoración interjueces)
  - Entendimiento ..... 68 %
  - Tensión ..... 32 %
- Relaciones con los compañeros (valoración del profesorado)



► **EDAD DE DIAGNÓSTICO**



► **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

- General ..... 77 %
  - TDAH ..... 84 %
  - TDA ..... 60 %
- ACNEEs ..... 84 %

□ Fármacos ...

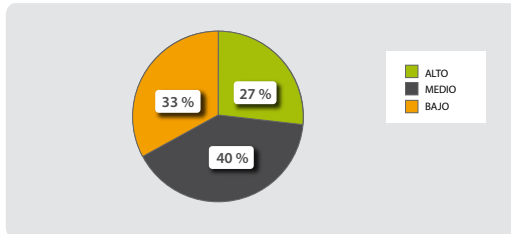
- Metilfenidato ..... 91 %
  - Rubifén..... 79 %
  - Concerta..... 12 %
- Otros ..... 9 %
- Atomoxetina (todavía no se podía adquirir en España)

► EVOLUCIÓN (TRAS LAS DIFERENTES INTERVENCIONES)

□ Positiva ..... 90 %

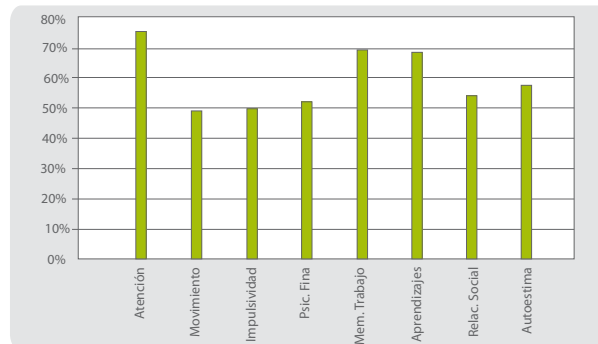
- TDAH ..... 97 %
- TDA ..... 75 %

□ Niveles (evolución positiva)



\* Valoración interjueces (profesorado, orientador, familia)

► EVOLUCIÓN POSITIVA EN ...



► EVOLUCIÓN POSITIVA EN RELACIÓN A ... \_\_\_\_\_

|                             |      |
|-----------------------------|------|
| □ Implicación familiar..... | 77 % |
| - TDAH .....                | 78 % |
| - TDA .....                 | 69 % |
| □ Implicación escuela ..... | 90 % |
| - TDAH .....                | 97 % |
| - TDA .....                 | 86 % |
| □ Aplicación fármacos ..... | 75 % |
| - TDAH.....                 | 77 % |
| - TDA .....                 | 64 % |

**NOTA:** El contenido íntegro de este estudio se puede consultar en la Sala de Recursos Pedagógicos “María Sánchez Arbós”, en el CPR-1 de Zaragoza.

