

TRABAJO FINAL DE GRADO EN MAESTRO/A DE
EDUCACIÓN PRIMARIA

**APROXIMACIÓN AL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.
TÉCNICAS PARA EL PROFESORADO DESDE UN ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL.**

Alumno/a: Belinda Pérez Bou
Tutor/a: Mónica Muiños Durán
Área de Conocimiento: Didáctica y organización escolar
Curso: 2017/2018

0. Resumen/Palabras claves

El aula es un lugar donde se exige una gran cantidad de demandas a los alumnos, ya que es donde deben seguir normas, interactuar con sus iguales y profesores, participar en las actividades propuestas e implicarse en su propio proceso de enseñanza-aprendizaje a la vez que respetan el del resto de sus compañeros. El alumnado que padece TDAH encuentra grandes dificultades para afrontar estos contextos, y esto repercute en su rendimiento académico, en la regulación de su comportamiento, en el autoconcepto y en las relaciones con sus iguales, entre otros aspectos.

La formación que tenga el docente para hacer frente a esta problemática es decisiva, ya que en numerosas ocasiones, el desconocimiento del trastorno supone una intervención inadecuada lejos de ayudar al alumnado afectado. Por este motivo, en la primera parte del presente trabajo aparece información actualizada sobre la evolución conceptual del TDAH, sus causas, sintomatología, comorbilidad y algunas opciones de tratamiento. A su vez, se proponen distintas técnicas didácticas dirigidas al docente desde un enfoque cognitivo-conductual con la finalidad de potenciar la atención, fomentar la autorregulación, y regular la motivación y las emociones del alumnado con TDAH en las aulas, ya que diferentes estudios han afirmado la eficacia de la implantación de estrategias didácticas para que se produzca la adaptación y progreso tanto del ámbito social como académico y/o emocional del niño/a con TDAH.

Palabras clave: TDAH, intervención, tratamiento cognitivo-conductual, estrategias didácticas

Abstract/Keywords:

The classroom is a place where numerous requirements are demanded to the students, because it is where they must follow rules, to interact with them and teachers, to participate in the proposed activities and to be involved in their own teaching-learning process at the same time they respect the rest of their classmates. The students who suffers from ADHD find great difficulties to confront these contexts, and it affects their academic performance, the regulation of their behavior, their self-concept and the relationships with their peers, among other aspects.

The training that the teacher has to face this problem is decisive, because in many occasions, the disorder's ignorance supposes an inadequate intervention far from helping the affected students. For this reason, in the first part of the present work appear updated information on the conceptual evolution of ADHD, its causes, symptomatology, comorbidity and some treatment options. At the same time, different didactic techniques are proposed to teachers from a cognitive-behavioral

approach, in order to enhance attention, encourage self-regulation, and regulate the motivation and emotions of students with ADHD in the classroom, because different studies have affirmed the effectiveness of the implementation of didactic strategies for the adaptation and progress of both the social and academic and / or emotional scope of the child with ADHD.

Keywords: ADHD, intervention, cognitive-behavioral treatment, teaching strategies.

“Cuéntame y olvido. Enséñame y recuerdo. Involúcrame y aprendo”
Benjamin Franklin.

ÍNDICE

1. Introducción.....	1
2. Metodología.....	2
3. Marco teórico.....	3
3.1 Evolución conceptual.....	3
3.2 Definición y descripción sintomatológica.....	4
3.3 Causas.....	7
3.4 Comorbilidad.....	9
3.4.1 Comorbilidad con los trastornos de aprendizaje.....	9
3.5 Tratamiento.....	10
3.5.1 Tratamiento farmacológico.....	10
3.5.2 Tratamiento psicopedagógico.....	11
3.5.3 Tratamiento en el entorno familiar.....	11
4. Introducción al tratamiento cognitivo-conductual en el contexto escolar	12
4.1 El papel del docente.....	13
4.1.1 Sugerencias prácticas.....	13
4.2 Aplicaciones conductuales.....	18
4.2.1 Técnicas para potenciar conductas deseadas.....	19
4.2.2 Técnicas para eliminar o reducir conductas negativas.....	20
4.3 Aplicaciones cognitivas.....	20
4.3.1 Entrenamiento en autoinstrucciones.....	21
4.3.2 Otras técnicas para el entrenamiento en resolución de problemas.....	21
5. Resultados.....	23
6. Conclusiones	24
7. Referencias.....	25

1. Introducción

En la actualidad uno de los problemas del desarrollo evolutivo infantil que más interés está suscitando es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (a partir de ahora también TDAH). Consultando el DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales), se define el TDAH como un trastorno de carácter crónico que aparece en la infancia caracterizado por patrones persistentes de falta de atención, exceso de actividad motora e impulsividad y que, en general, tiene un impacto negativo en la adaptación del sujeto a distintos contextos.

Al ser uno de los trastornos más comunes en edad escolar, afecta aproximadamente al 5% de los niños (A.P.A, 2014), y debido al gran impacto que supone su sintomatología en el desarrollo de los menores, la actual Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE) menciona por primera vez al trastorno en el artículo 71.2 para recordar la responsabilidad y obligación que tienen las administraciones educativas de brindar las adaptaciones pertinentes y utilizar los recursos adecuados para que este alumnado alcance el máximo desarrollo de sus capacidades y consiga los mismos objetivos que el resto de alumnos que no posee ningún tipo de necesidad educativa.

Para poder ofrecer esta repuesta educativa de calidad es muy importante que los agentes implicados en la educación del niño¹ conozcan de cerca el trastorno, ya que en muchas ocasiones los síntomas pasan desapercibidos por desconocimiento y esto hace que se dificulte el realizar un diagnóstico temprano adaptado a las necesidades del menor. Esta falta de información nos hace ver que todavía queda mucho camino por recorrer para poder hacer frente al reto que supone en numerosas ocasiones tratar con el TDAH.

Como futura docente me interesa indagar en el trastorno para ser capaz de reconocer las dificultades que presenta el alumnado que lo padece y en consecuencia realizar las adaptaciones debidas y hacer uso de técnicas adecuadas para que mi práctica docente se adapte a sus necesidades. La experiencia profesional que he adquirido en los años de prácticas como futura docente ha hecho que me encuentre en varias ocasiones con alumnado diagnosticado bajo este trastorno, he podido observar algunos de los síntomas principales que manifiestan los niños y también algunas de las técnicas que utilizan los docentes para atenderles. Con el objetivo de seguir ampliando mis conocimientos, he decidido centrar mi investigación en el trastorno.

El presente trabajo se centrará en el ámbito escolar, sin olvidar que el esfuerzo personal, y el apoyo de los familiares y el resto de profesionales influirá notablemente en el desarrollo del

¹ Siguiendo las recomendaciones de la publicación "Igualdad, Lenguaje y Administración: propuestas para un uso no sexista del lenguaje" de la "Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives de la Generalitat Valenciana", en el presente trabajo se ha utilizado, en la medida de lo posible, sustantivos genéricos (p.e.: estudiante, docente). No obstante, en otras ocasiones se ha optado por el uso del masculino genérico en lugar de las formas dobles (p.e.: maestro/maestra; niño/niña) para evitar sobrecargar la lectura.

afectado. La finalidad que me propongo con la realización de este proyecto es doble. Por un lado, ofrecer a otros docentes, familias con niños con TDAH y/u otros profesionales del ámbito educativo una aproximación al trastorno y una serie de pautas metodológicas y técnicas cognitivo-conductuales que han demostrado ser efectivas y, por otro lado, enriquecerme tanto personalmente como futura docente para poder comprender y atender mejor las necesidades del alumnado al que posiblemente me enfrente en un futuro.

Con el fin de cumplir los objetivos propuestos, el trabajo que a continuación presento constará de, en primer lugar, un marco teórico en el que se describirá la evolución conceptual del TDAH, su diagnóstico, causas, trastornos comórbidos, y distintos tipos de tratamiento y, en segundo lugar, se propondrán una serie de pautas y estrategias cognitivo-conductuales a aplicar en la escuela para mejorar la adaptación y desarrollo del alumnado.

2. Metodología

Para la realización del presente trabajo y, por tanto, para el cumplimiento de los objetivos marcados, consultaré algunas de las investigaciones y autores más relevantes del tema. Dadas las innumerables publicaciones que tratan el trastorno, me centraré en las más actuales, a pesar de que en muchas ocasiones consultaré publicaciones más antiguas por la importancia y repercusión de la información expuesta.

En primer lugar, se realizará una búsqueda de información consultando la base de datos "Google Académico" y "Dialnet, utilizando palabras clave como: hiperactividad-impulsividad, inatención, tratamiento, prevalencia, comorbilidad... con el fin de obtener información fundamentada y sólida sobre el trastorno. También se consultará el DSM-V y el CIE-10 para dar forma a los apartados que integran el marco conceptual.

Una vez se haya estructurado y desarrollado el marco teórico sobre el trastorno, se llevará a cabo una segunda fase de búsqueda de información con las mismas bases de datos y también consultando manuales de la BPE, para extraer información sobre la efectividad del tratamiento cognitivo-conductual en los últimos 10-15 años, para después proponer una serie de técnicas y pautas dirigidas a los docentes bajo este mismo enfoque. Las técnicas expuestas se plantearán con el objetivo de mejorar el desarrollo y el rendimiento del alumnado con TDAH en la escuela.

Finalmente se realizará un análisis de las afirmaciones expuestas y se concluirá reflexionando sobre las bases del trabajo.

3. Marco teórico

3.1 Evolución conceptual

A lo largo de la historia, el concepto de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad ha ido evolucionando debido a los innumerables estudios e investigaciones que se han publicado por distintos profesionales.

Muchos son los autores que consideran que los primeros descriptores clínicos formales de esta enfermedad los pronunció George Frederic Still en una conferencia en el Royal College of Physicians a comienzos del siglo XX. En esta conferencia relató las historias de 43 niños con una serie de conductas desconcertantes como hiperactividad, incapacidad para mantener la atención, agresividad o indiferencia al recibir castigos, afirmando que estas características no se debían a una mala educación, sino a un trastorno desde el nacimiento o a un problema hereditario (Hallowell y Ratey, 2001). Still los definió como sujetos con “defecto mórbido de control moral”.

La falta de exactitud en las causas y sus manifestaciones tan variables hicieron creer que las conductas hiperactivas se debían a lesiones en el cerebro, por lo que se fueron acuñando términos como “niños con daños cerebrales”, “niños con lesión cerebral mínima” o “niños con disfunción cerebral mínima”, poniendo en manifiesto que el cerebro tenía una alteración no muy grave y por eso no podía demostrarse con exactitud su existencia.

Aunque en 1923 se comenzaron estudios médicos sobre la enfermedad, y en 1937 Bradley descubrió el efecto beneficioso de la benzedrina sobre los afectados, poniendo en manifiesto las bases neurobiológicas de la hiperactividad (Parellada, 2009), hasta los años 60 del siglo XX no cambió la denominación del trastorno. Stella Chess, psiquiatra, fue quien comenzó a hablar de hiperactividad biológica, alejándose del término lesión cerebral.

En los años 70, Virginia Douglas argumentó en sus investigaciones que la discapacidad más significativa de los afectados no era la hiperactividad, sino la dificultad para mantener la atención, controlar los impulsos y autorregularse (Miranda, 1999).

La primera versión en la que se introdujo el TDAH fue la DSM-II, en 1968, definiéndose como una “reacción hiperquinética de la infancia”, pero no fue hasta la publicación del DSM-III cuando comenzó a considerarse la inatención como síntoma vertebrador del trastorno.

En la actualidad el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad viene definido por la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el DSM-V.

En este manual se estructura al TDAH dentro del bloque de los Trastornos del Neurodesarrollo, dejando de considerarlo un trastorno de la conducta y se le define como un trastorno que aparece en la infancia y que persiste durante la edad adulta, a causa de una combinación de factores genéticos y ambientales.

Siguiendo con el DSM-V y consultando a Hildalgo y Rodríguez (2013) el trastorno ha sufrido una serie de cambios, en comparación con la versión anterior (DSM-IV), para el diagnóstico del TDAH que quedarían resumidos de la siguiente forma:

- Se clasifica como un trastorno de neurodesarrollo.
- Se considera que la patología tiene una continuidad durante la vida adulta.
- Se retrasa la edad de aparición de la sintomatología siendo ahora antes de los 12 años y no antes de los 7.
- Se afirma la posibilidad de ausencia de síntomas si el sujeto recibe recompensas al desempeñar comportamientos adecuados o al estar frente a estímulos interesantes.
- La sintomatología debe ser transituacional, es decir, debe aparecer en diferentes entornos.
- Es necesario que haya como mínimo dos informadores del caso, por ejemplo, docente y progenitores.
- Los subtipos se denominan ahora presentaciones: combinado, predominio del déficit de atención o predominio hiperactivo-impulsivo.
- Se acepta el TEA (Trastorno del Espectro Autista) como diagnóstico comórbido.

3.2 Definición y descripción sintomatológica

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad viene definido, según los criterios diagnósticos del DSM-V, por la presencia de varios síntomas de déficit de atención y/o hiperactividad-impulsividad que deben estar presentes durante, al menos, seis meses (APA, 2002). Este diagnóstico supone además la alteración significativa de ámbitos importantes en la vida de la persona afectada, tales como el ámbito familiar, el social o el académico.

Analizando la triada de síntomas que vertebran el trastorno y lo que suponen para los menores obtenemos que:

➤ **La desatención o déficit de atención:** Se define como “una dificultad persistente para mantener los procesos atencionales necesarios para la realización de una actividad concreta y para la selección de los estímulos principales frente a los secundarios, de forma acorde con la edad, el sexo y el contexto” (Salas, 2012). Observamos con la definición la importancia de los

factores edad, sexo y contexto para determinar la existencia o no de un déficit, ya que dependerá de si se encuentra dentro de los parámetros establecidos para la edad. Será más difícil de detectar en la etapa de educación infantil, ya que estas conductas son propias del estadio del desarrollo en el que se encuentran, y pueden llegar a desaparecer (Campbell, 1985) y más fácil en la etapa de primaria, ya que es cuando se comienza a exigir al niño mantener la atención en las diferentes actividades y tareas.

Este déficit para sostener la atención supone una serie de consecuencias en el día a día del sujeto en distintos ámbitos de su vida. Centrándonos en el escolar, que es el que nos atañe, la atención se relaciona estrechamente con la memoria, concretamente con la memoria de trabajo que es la que almacena información temporalmente para poder manipularla mientras se desempeña una tarea cognitiva. En el TDAH aparece una “ineficiencia crónica de la memoria de trabajo” (Brown, 2003). Esta alteración significa una dificultad directa sobre los aprendizajes escolares, ya que toda demanda escolar implica el uso de esta función. Por tanto, supondrá una dificultad para terminar tareas o atender en clase. Serán niños que cometen errores por descuido, desconcentrados si son tareas rutinarias y lejos de su interés, distraídos, con dificultad para escuchar...

➤ **Hiperactividad:** Se hace referencia a mostrar una actividad motora excesiva en comparación con otros sujetos que se encuentran en el mismo estadio evolutivo y en el mismo contexto, y que le impiden dar una respuesta correcta a las exigencias a las que está sometido. Serán por tanto, niños activos, con dificultades para estar quietos durante un tiempo determinado, inquietos, con excesiva necesidad de hablar, incontrolables, propensos a tener más accidentes que otros niños...

En el ámbito escolar, le repercutirá tanto en la socialización con el resto de compañeros, como en la realización de las distintas tareas, y por tanto en su rendimiento.

➤ **Impulsividad:** Consiste en la incapacidad de controlar estímulos. Serán niños que suelen saltarse las normas, no controlan sus acciones ni evalúan situaciones y consecuencias, interrumpen conversaciones y actividades, se anticipan constantemente, les cuesta guardar turnos, dejan tareas inacabadas...

En el ámbito escolar incidirá directamente en el rendimiento del alumno ya que tomará inmediatamente decisiones sin reflexión ni evaluación sobre las consecuencias. Es evidente las repercusiones que puede desencadenar, ya que por ejemplo, responderá a las preguntas de un examen sin reflexión sobre lo que se le está preguntando, (y no porque no sepa la respuesta, sino por su precipitación al responder), no será capaz de respetar turnos de palabra o molestará a sus compañeros sin control sobre sus actos.

Es importante aclarar que esta sintomatología varía según el individuo, incluso en una misma

persona puede ser diferente a lo largo de su vida, tal y como afirman Hidalgo Vicario & Sánchez Santos, 2014 “los síntomas clínicos varían desde simples a más complejos, manifestándose de forma diferente según: la edad, el sexo, el contexto en el cual se desarrolla el paciente, las características de la propia persona y la presencia de comorbilidad”.

Para la adscripción a uno de los tres subtipos, atendiendo a la sintomatología predominante, propuestos por la APA (2014), habrá que tener en cuenta los síntomas que se describen en el cuadro 1. Pudiendo pertenecer al subtipo de *presentación predominante con falta de atención (TDAH-DA)* si cumple el criterio de inatención; *presentación predominante hiperactiva/impulsiva (TDAH-HI)* si cumple el criterio de hiperactividad-impulsividad; y *presentación combinada (TDAH-C)* si presenta ambos criterios. (En todos los subtipos, los síntomas deben aparecer durante los últimos seis meses).

SÍNTOMAS DE DESATENCIÓN

1. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
2. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).
3. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
4. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
5. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
6. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
7. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).
8. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes

mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

9. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

SÍNTOMAS DE HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD

1. Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
2. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
3. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.).
4. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
5. Con frecuencia está "ocupado", actuando como si "lo impulsara un motor" (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
6. Con frecuencia habla excesivamente.
7. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
8. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola).
9. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen los otros).

Cuadro 1. Síntomas del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) según el DSM-V (APA, 2014)

3.3 Causas

Las causas que provocan la aparición del trastorno son todavía un gran interrogante, pese a las innumerables especulaciones que se han realizado alrededor de la cuestión, no es posible dar una respuesta clara, ya que en muchas ocasiones se encuentran conexiones causales para dar respuesta a los orígenes. Aún así, se considera que el TDAH es un trastorno multifactorial, que combina referentes genéticos, biológicos y ambientales.

Estudiando el cerebro de los afectados, se ha encontrado diferencias en el número de neurotransmisores como la dopamina, sustancias químicas que transmiten información mediante las neuronas, en áreas concretas del cerebro (Barkley, 1999), por lo que podría ser una de las causas. Esta idea se fundamenta en que los fármacos estimulantes que se suministran a los afectados, incrementan el número de neurotransmisores y mejoran la conducta.

Por otro lado, también se ha observado que presentan diferencias en estructuras del cerebro como el lóbulo frontal y los ganglios basales (Aguilar, 2014). Estas zonas se encargan directamente del control de la conducta, resolución de problemas y la atención. En esta línea, muchos estudios realizados con animales proporcionan datos evidentes de que el TDAH se puede deber a lesiones cerebrales, ya que comparando sus conductas antes de dañar la región central de su cerebro y después, los patrones de conducta que presentan son tan similares, por no decir idénticos, como los de los niños con TDAH (Barkley, 1999).

También, diversos estudios han medido el nivel de actividad eléctrica en el cerebro de las personas con TDAH mediante pequeñas pruebas que evalúan la actividad eléctrica cerebral de los niños cuando se encuentran calmados o cuando realizan actividades mentales y se ha demostrado que es más bajo en el área frontal si la comparamos con personas que no presentan el trastorno.

Sabemos entonces, que algunas regiones del cerebro son menos activas en los niños con TDAH, y esto puede deberse a varios factores. Uno de los principales que se baraja es, las complicaciones durante el embarazo, sobretodo el hábito de fumar o consumir alcohol, (Biederman, 2004; Milberger, Biederman, Faraone & Chen, 1996), ya que numerosas investigaciones sugieren que estas exposiciones suponen mayor riesgo de padecer problemas conductuales y por tanto, la sintomatología del TDAH.

Asimismo también se considera que el TDAH tiene un fuerte cargo genético. Es muy común que niños con familiares directos como padre, madre o abuelos que presenten síntomas característicos del TDAH lo padezcan, “se estima que en un 80% de los casos tiene una base genéticamente determinada” (Mulas, 2012). Los estudios con gemelos también muestran que si uno de los dos gemelos presenta TDAH, el riesgo de ser heredado es muy alto, entre el 80 y el 90% (Barkley, 1999).

3.4 Comorbilidad

El término comorbilidad hace referencia a la concurrencia de uno o varios trastornos además del trastorno inicial o principal. Atendiendo al DSM-V, el TDAH es un trastorno con alta comorbilidad, más del 50% de los niños presentan otros problemas conductuales y/o emocionales.

Siguiendo a Quintero, Loro, Jiménez y García (2011), quienes aluden en su investigación al estudio MTA, (estudio multimodal de tratamiento de niños con TDAH), se destaca que el trastorno comórbido más común es el TND y/o Trastorno de la Conducta con un 29.5%, siguiéndole el trastorno de ansiedad presentándose en un 14%, los problemas de aprendizaje con un 20-25%, los Trastornos afectivos en un 15-75% y por último el Trastorno bipolar presente en un 20% de los casos. Todos ellos dificultan el desarrollo académico de los afectados, les repercute en la adaptación al contexto escolar y también en cuanto a la disciplina.

La presencia de estos cuadros psicopatológicos dificultan en numerosas ocasiones el diagnóstico del TDAH al presentar síntomas similares. Por lo que es evidente el reto que supone para los profesionales hacer un buen diagnóstico capaz de diferenciar los síntomas.

3.4.1 Comorbilidad con los trastornos de aprendizaje

A pesar de que, como hemos visto, todos los trastornos mencionados dificultan la adaptación en el ámbito escolar nos centraremos en los trastornos de aprendizaje que son los que inciden en mayor medida en el aprendizaje.

Se considera que existe un trastorno de aprendizaje cuando interfiere significativamente en el rendimiento académico del menor, en actividades como la lectura, escritura, desarrollo del lenguaje, cálculo... Algunas de estas dificultades vienen dadas por las alteraciones expuestas a continuación.

La dislexia y la disgrafía, ya que antes de comenzar la educación primaria los niños presentan dificultades en la comprensión del lenguaje y/o en el habla, y en numerosas ocasiones precisan de sesiones de logopedia. A partir del inicio de la etapa de primaria, comienzan a apreciarse dificultades en la lectura y la escritura, sobretodo con el cambio de letras y en el orden de las sílabas (Isorna, 2015), estas dificultades derivan de la incapacidad para mantener una atención selectiva (Akerman, 1977).

El alumnado con TDAH presenta también dificultades en las áreas de matemáticas, lengua, inglés y ciencias, pero, en cambio son virtuosos en las áreas artísticas. En matemáticas los problemas

proviene principalmente de su dificultad para comprender la lectura que puede derivar de la inatención.

En cuanto a trastornos de la comunicación, numerosos estudios han demostrado que un porcentaje alto de los niños con TDAH presentan dificultades en la motricidad fina en pies y manos (Steger, 2001). Este hecho puede apreciarse en la caligrafía del afectado.

En cuanto al deporte, tienen falta de habilidad. Esto no quiere decir que tengan problemas de agilidad o fuerza muscular, sino que destacarán en aquellos deportes que muevan grupos de músculos, y no aquellas actividades que requieran movimientos selectivos.

3.5 Tratamiento

Tal y como se ha afirmado en apartados anteriores el diagnóstico del trastorno se hace difícil de detectar en la etapa de Educación Infantil, pero sin embargo, se sabe que la eficacia del tratamiento es más efectiva cuanto más precoz sea su detección, ya que todavía no se han deteriorado las relaciones familiares y sociales, no han creado todavía un autoconcepto negativo fruto de sus fracasos, no se han adoptado todavía conductas muy marcadas de la patología, y por tanto es más fácil introducir protocolos de actuación (Salas, 2012).

El tratamiento se propone con el propósito de mejorar la sintomatología asociada al TDAH, concretamente se centra en reducir y acabar con distintos síntomas y mejorar las consecuencias que supone el trastorno en cuanto a rendimiento o socialización, entre otros.

Aunque en la actualidad no existe un tratamiento que acabe con los problemas que deriva este trastorno, el informe de National Institute of Mental Health (NIMH) atribuye a los tratamientos combinados un papel imprescindible, ya que muestran resultados favorables en los sujetos afectados. Este tipo de abordaje multimodal consiste en valorar el contexto psicosocial y familiar del niño/a además del aspecto farmacológico.

3.5.1 Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico se utiliza con el objetivo de reducir la sintomatología propia del TDAH. La elección del medicamento que va a suministrarse se realiza en función de una serie de factores como la severidad de los síntomas, la comorbilidad del trastorno o el periodo del día que requiere mayor control en cuanto a síntomas. Para ello, se distinguen dos tipos de fármacos: estimulantes y no estimulantes. En general, se considera que los estimulantes (metilfenidato y anfetaminas) son más eficaces que los no estimulantes (atomoxetina y guanfacina) (Faraone,

Biederman, Spencer, Aleardi, 2006).

Centrándonos en los fármacos estimulantes en España, desde su comercialización en 1981, el más utilizado ha sido el metilfenidato, hasta 2014 cuando aparece la lisdexanfetamina y empieza a equipararse su suministro. (Saiz, 2018). Estos psicoestimulantes tienen efectos beneficiosos sobre la atención sostenida y la concentración en tareas sencillas, también en la actividad motora, ya que disminuye, y por tanto se obtiene una mejor adaptación al desarrollo habitual de la clase. Sin embargo, también presentan efectos adversos como insomnio inicial, disminución del apetito o irritabilidad.

Estos psicoestimulantes deben ser propuestos y ajustados por profesionales con experiencia y el tratamiento debe ser totalmente individualizado, con supervisión continua de médicos que controlen su eficacia y posibles efectos secundarios. Es primordial seguir las directrices propuestas, así como también la duración y descansos del tratamiento si se prescriben.

Aunque el tratamiento farmacológico resulta eficaz, muchas veces resulta escaso y requiere barajar otros factores como cogniciones y conductas disruptivas.

3.5.2 Tratamiento psicopedagógico:

El tratamiento psicopedagógico trabaja sobre la repercusión del TDAH en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Por ello, se centra en técnicas de modificación de conducta y programas cognitivo-conductuales con el fin de potenciar unas conductas y eliminar otras y a la vez enseñar a los afectados a autorregular su conducta.

Los sujetos a los que se les aplica este tipo de terapias obtienen en muchos casos, los siguientes efectos positivos (Taylor, 1991):

- Mejora en el rendimiento académico e incremento de la atención.
- Mejora en el autocontrol de su actividad motora.
- Mejora en la interacción social al ser capaz de controlar su impulsividad.

3.5.3 Tratamiento en el entorno familiar

El trabajo con padres y otros familiares cercanos al niño supone una mejoría de hasta el 53% de los casos de los menores afectados (Miranda, Uribe, Gil y Jarque, 2003).

Este enfoque en el tratamiento tiene como objetivo que los padres conozcan y comprendan la naturaleza del trastorno, las consecuencias de las conductas y que a su vez aprendan técnicas de

refuerzo positivo y negativo para promover conductas deseadas.

Los beneficios que se obtienen al realizar este tipo de entrenamiento son un aumento en la confianza y mejora del tipo de crianza y una disminución en el estrés familiar y en las conductas agresivas. Al mismo tiempo, en los menores afectados se observa una disminución de la sintomatología. (Cunningham, 2006).

4. Introducción al tratamiento cognitivo-conductual en el contexto escolar

Como se ha aludido en apartados anteriores, el tratamiento más efectivo es aquel que se realiza desde un enfoque multimodal. Son varios los autores que coinciden en que combinar el tratamiento farmacológico junto al psicosocial/educativo obtiene resultados positivos en los niños con TDAH, por lo que uno no debería ser alternativa al otro, sino que deberían aplicarse simultáneamente. Orjales (2002) afirma que la utilización de medicación supervisada por profesionales, combinada con tratamientos cognitivo-conductuales es uno de los enfoques más beneficiosos para este tipo de trastornos. Además, recalca la importancia de poner énfasis en técnicas educativas y conductuales para potenciar el aprendizaje.

El tratamiento del TDAH en el contexto escolar ha ido evolucionado a la vez que lo hacía el concepto del trastorno a lo largo de la historia. Al principio se consideraba únicamente un trastorno de la conducta, y para tratarlo se utilizaban las llamadas técnicas de modificación de la conducta, que todavía siguen considerándose como la metodología más eficaz para la adquisición de hábitos comportamentales adecuados y la desaparición de los inadecuados (García, 2006). Prueba evidente es, que en las facultades de educación se siguen transmitiendo todavía estos principios y técnicas.

Con el paso del tiempo se comienza a ver el trastorno no sólo como un problema conductual, sino también se empiezan a considerar factores cognitivos, por lo que las técnicas cognitivas, que son las que tratan de enseñar a los afectados por el TDAH recursos para el autocontrol y la resolución de problemas (Orjales y Polaino, 2007), comienzan a despertar interés en los psicólogos.

El por qué de combinar ambas técnicas se justifica en que el tratamiento conductual se centra en modificar y extinguir las conductas disruptivas y el tratamiento cognitivo se encarga de los procesos cognitivos y mentales que regulan la conducta y la atención del niño (Macià, 2012), por lo que serían técnicas complementarias. Indagaremos en estas aplicaciones en los siguientes apartados.

4.1 El papel del docente

El docente tiene un desempeño imprescindible en la aplicación del tratamiento psicoeducativo. Es muy importante la información que tenga sobre el trastorno para ofrecer una respuesta educativa adaptada a las necesidades de cada alumno. Como demuestran en su estudio Arenas y Fernández (2009), los resultados escolares mejoran en función de la formación que tenga el maestro. Por tanto, formarse, estar informado de las últimas investigaciones para el trabajo con este tipo de estudiantes y una posterior reflexión pedagógica, ayudará a atender e identificar mejor las situaciones que rodean al alumnado con TDAH. Tal y como afirma Cubero (2007) para el colectivo con TDAH:

Una o un educador informado, sensible, responsable con su papel social y comprometido con el desarrollo humano, función esencial de la educación, es sinónimo de éxito académico, pero más aún, es sinónimo de éxito personal. Es hacer posible la inclusión socioeducativa de poblaciones con necesidades educativas especiales y promover efectivamente la sensibilización en todos los ámbitos participantes en los procesos educativos (...). (p.1)

Sin embargo, a pesar de los beneficios que comporta esta formación en el trastorno de los menores, estudios recientes (Soroa, Gorostiaga y Balluerka, 2016) indican que, en la actualidad, el conocimiento que tienen los docentes sobre el trastorno continúa siendo bajo y que es necesario ampliar esta información para lograr mejoras de adaptación, rendimiento e interacción social. Por tanto, el compromiso y la implicación del docente en cuanto a su formación y también respecto a la disposición que tenga para tratar las diferencias de este alumnado será crucial para una correcta respuesta educativa.

Del mismo modo que los familiares cercanos al menor, los docentes deben disponer de diferentes estrategias, habilidades y técnicas que den respuesta a las necesidades de los niños con TDAH (Macià, 2012), ya que normalmente, el alumnado con TDAH, no cumple con los contenidos mínimos que se exigen para otros niños en su misma edad y muestran dificultades en el aprendizaje, por lo que generalmente caen en fracaso escolar.

4.1.1 Sugerencias prácticas

De forma sintética, teniendo en cuenta las características y dificultades que presentan en el aprendizaje el alumnado con TDAH, expongo de forma sintética algunas medidas moduladoras del contexto, siendo conscientes de que cada alumno es diferente y por tanto, la respuesta deberá ajustarse a las necesidades educativas individuales.

Como docentes, debemos adaptarnos a las dificultades específicas que presenta el alumnado con el fin de mejorar su rendimiento e incrementar el aprendizaje. La manera con la que nos dirijamos a ellos es una variable que potencia la eficacia de la intervención. Para ello, Isorna (2015) propone:

- Dedicar tiempo para conocer mejor al alumnado y crear vínculos de confianza y estima.
- Identificar el modelo de aprendizaje que mejor se adapte a sus necesidades para trabajar medidas en ese enfoque.
- Evitar focalizarse en aspectos negativos, intentar motivarles al máximo posible valorando los aspectos positivos.
- Crear una señal entre el docente y el discente para indicar que el comportamiento que está llevando a cabo el alumno es poco adecuado y que debe cambiarlo.
- Halagar las buenas conductas, los logros que consigue y remarcar el por qué del reconocimiento.
- Permitir su participación en la realización de la clase (sobre todo cuando se sepa que va a hacerlo de forma correcta)
- Mantener contacto regular con el afectado acercándose constantemente a su mesa y manteniendo contacto ocular en las explicaciones.
- Comentar y hablar con él las conductas inadecuadas siempre con un tono adecuado y sin dejarle en evidencia delante del resto de compañeros.
- Colaborar estrechamente con otros agentes involucrados en la educación del afectado.
- Crear entornos favorables para que expresen sus dudas e inquietudes sin miedo a equivocarse.

Frente a las características de inquietud y desatención, es necesario planificar la ubicación y disposición del alumnado. Siguiendo a Barkley, 1999; Macià, 2012; Orjales, 2009; Troyano, 2013; Still, 2013, las estrategias propuestas son:

- Situar al alumno cerca de la mesa del docente, lejos de puertas y ventanas, para que sea capaz de seguir las explicaciones con más facilidad, y a su vez, se le pueda dar una retroalimentación sobre su trabajo.
- Ponerle al lado de compañeros que tengan modelos de conducta adecuados, para que los pueda imitar y seguir.
- Procurar que la disposición de su mesa esté en frente del docente. Aunque no deben descartarse otros tipos de agrupamientos, sí sería conveniente reservarlos para actividades concretas.
- Incorporar espacios en el aula que permitan realizar actividades dinámicas para que puedan moverse mientras aprenden.

Por otro lado, para favorecer el establecimiento de rutinas y reducir la desatención y la inhibición de la conducta, se propone:

- Ordenar el tiempo. Dedicar las primeras horas de la mañana a las actividades que requieren mayor esfuerzo intelectual. Evitar que las asignaturas más costosas se impartan de manera seguida.
- Ayudarles con elementos físicos para respetar los tiempos establecidos. Por ejemplo, hacer uso de un cronómetro para que sepan el tiempo que le queda para terminar un examen.
- Repetir constantemente las normas del aula y asegurarnos de que las comprende.
- Procurar que su mesa tenga el mínimo de estímulos distractores, dejando lo necesario.
- Utilizar pistas visuales para recordar la secuencia de los procesos.
- Explicar con antelación los cambios en las rutinas para evitar conductas disruptivas.
- Hacer uso activo de la agenda. Es recomendable que el docente dedique tiempo a revisarla, y deje tiempo para que el alumnado anote la información necesaria. Sería interesante también, tener el aula en un espacio reservado para apuntar las fechas de exámenes, entregas de trabajos, deberes diarios...

Las dificultades que presenta el alumnado con TDAH para seguir directrices y realizar las tareas hace que con frecuencia acaben distrayéndose y fijándose en otros estímulos diferentes a la tarea propuesta. Por ello, se puede afirmar que la conducta guiada por normas es muy débil en estos menores, presentan retraso en la internalización del lenguaje, y tal y como afirma Berkley, 2011: “el habla autodirigida lo que está relacionado principalmente con el control de la conducta de los niños”.

Con el fin de mejorar la autorregulación cognitiva y la motivación a la hora de realizar las tareas y en suma, aprender, siguiendo a los mismos autores se propone:

En relación a las explicaciones:

- Hacer uso de un lenguaje claro y sencillo.
- Utilizar material llamativo y atractivo que permita esclarecer los conceptos de forma visual para mantener la atención del alumnado.
- Pedir que repita algunas de las instrucciones dadas para tener certeza de que ha comprendido lo que se demanda.
- Mantener contacto ocular y hacer uso de señales no verbales para redirigir la atención.

- Realizar pequeñas actividades en las que adopten roles con el fin de que expliquen conocimientos a sus compañeros y así comprobar sus aprendizajes.
- Darles un papel activo en las explicaciones. Por ejemplo, que sean los encargados de escribir los conceptos en la pizarra.

En cuanto a la planificación de las tareas:

- Seleccionar aquellas actividades que se relacionen con los intereses y experiencias vividas del alumnado con TDAH.
- Combinar aquellas actividades necesarias que despierten poco interés con aquellas que más les motiven.
- Simplificar las instrucciones y secuenciar la actividad en pequeños pasos. Establecer tiempos para la realización de cada parte. Es conveniente acompañarlo con preguntas con marcadores temporales, por ejemplo “¿qué tenemos que hacer después?”.
- Comprobar mediante el diálogo que ha entendido el procedimiento para realizar la tarea.

Respecto a la presentación de las tareas, una vez dadas las instrucciones, remarcando los objetivos a conseguir, los tiempos en los que debe realizarlos, pasamos a mostrarle las actividades. Deben ser:

- Hojas con formato simple, evitando dibujos que puedan distraerle.
- Secuenciadas, de más sencillas a más costosas.
- Con enunciados cortos y breves. Sería conveniente destacar las palabras más importantes.

(Es muy importante mostrarles expectativas positivas en la realización de su trabajo para que creen desde el principio un autoconcepto positivo).

Materiales a utilizar en la realización de las tareas:

- Asegurar desde un principio que cuenta con el material necesario para la realización de la tarea, con el fin de evitar la desorganización.
- Favorecer la manipulación de materiales. Muchas veces presentan dificultades por ejemplo, en cuanto a abstraer conceptos matemáticos, por lo que tener materiales como ábacos podría ayudarles a afianzar mejor los conocimientos y dar una respuesta mejor.

En la ejecución de la tarea:

- Supervisar su trabajo evitando hacer juicios negativos sobre su conducta. Cambiar por ejemplo: “deja de jugar con el lápiz” por, “¿has terminado ya?”, con el fin de que reflexionen sobre su conducta.
- Usar sistemas de reforzamiento. Introducir técnicas como el contrato de contingencias o el sistema de economía de fichas. Dar refuerzo positivo constante en sus logros.
- Establecer tiempos de descanso entre actividades debido a las dificultades que tienen en prestar atención en la realización de tareas largas.

Al finalizar la tarea:

- Realizar un resumen de lo explicado y realizado y pedir al alumno que lo repita de forma privada o para el resto de la clase comprobando lo que ha aprendido.
- Si se han mandado tareas para casa, comprobar que lo ha apuntado.

En cuanto a los deberes:

- Reducir el volumen de trabajo. Una demanda alta de actividades acrecentará el estrés familiar y por tanto la elusión del menor para la realización de los mismos. Este tipo de alumnado necesita más tiempo que otros compañeros para ejecutarlo correctamente, por lo que reducir el número de actividades permitirá que lo entregue en el tiempo establecido.
- Dotarle de instrumentos necesarios. Facilitarles la realización de los mismos con esquemas y guías para estructurar el estudio y la planificación de las tareas.

Por lo que se refiere a los exámenes:

- Planificar los exámenes con antelación y coordinándose con el resto de docentes para evitar sobreesfuerzos y que no haya más de dos exámenes en una misma semana.
- Comprobar que apunta las fechas propuestas en la agenda. Como complemento a la agenda, sería interesante tener en el aula un calendario visible con cada fecha de evaluación.
- Realizar las pruebas en las primeras horas de la mañana.
- Realizar exámenes cortos y frecuentes. Variar los modelos de examen podría crearles confusión. Sería positivo hacer ensayos con muestras similares al modelo de examen que

se presentará.

- Combinar el tipo de evaluación. No solo realizar pruebas escritas, sino evaluar los conocimientos de forma oral o a través del juego.
- A la hora de hacer el examen, comprobar que ha entendido lo que se le pide en cada pregunta, y comprobar la prueba al finalizarla.
- Entregar el examen corregido en casa para que puedan trabajar con las familias o profesores de apoyo aquellos aspectos en los que más dificultades presentan.
- Transmitirle cómo puede mejorar los aspectos en los que ha fallado y ofrecerle un feedback positivo de los puntos fuertes.
- Valorar de la misma forma su esfuerzo por aprender que lo aprendido.

4.2 Aplicaciones conductuales

El alumnado con TDAH suele encontrar dificultades para controlar su conducta en el aula. Es muy común verles paseándose por clase molestando a sus compañeros, mirando hacia otro lado cuando se está explicando o dejando a medias las actividades propuestas. Todos estos comportamientos son propios de la sintomatología del trastorno: la hiperactividad, la impulsividad y la inatención pero pueden controlarse aplicando adecuadamente técnicas de modificación de conducta.

El condicionamiento operante, que es el principio en el que se basan las técnicas de modificación de conducta, considera que una persona tiene más probabilidad de repetir las conductas que conlleven consecuencias positivas, tanto materiales como físicas (obsequios, atención, retirada de objetos personales...) y menos probabilidad de repetir aquellas que conlleven consecuencias negativas o desagradables (castigos, pérdida de atención, retirada de objetos...) En síntesis, el enfoque conductual combina el refuerzo positivo contingente y el coste de respuesta.

Un principio esencial a tener en cuenta a la hora de aplicar estas técnicas operantes en el alumnado con TDAH es que este tipo de niños necesitan más contingencias que otros niños en su misma edad para lograr los mismos efectos. Los estímulos deben variarse con más frecuencia ya que pueden perder su valor fácilmente y además, deben aplicarse automáticamente tras la emisión de la conducta para obtener buenos resultados (Miranda y Soriano, 2010).

Estas técnicas operantes se agrupan según Macià 2012, en técnicas para potenciar conductas deseadas o para eliminar o reducir conductas negativas.

4.2.1 Técnicas para potenciar conductas deseadas

La baja autoestima y el autoconcepto negativo que tienen los niños que sufren TDAH está incentivado en muchas ocasiones por las críticas y comentarios negativos que reciben constantemente sobre su comportamiento. Con el fin de evitar este hecho, es conveniente reconocer y reforzar las conductas y comportamientos adecuados que realicen, de esta forma conseguiremos que se sientan estimulados para repetirlos en otras situaciones.

El reforzamiento positivo del que se habla consiste en proporcionar estímulos del agrado del niño, tanto materiales, como juguetes o dulces, o sociales, como elogios, sonrisas o felicitaciones, inmediatamente después de que realice la conducta deseada para que la vuelva a realizar en otras situaciones.

Como muchas veces el docente olvida realizar este reforzamiento Barkley (1999) propone una serie de estrategias para recordar dar con más frecuencia feedback al alumno con TDAH, como por ejemplo, colocar pegatinas con gestos simpáticos en aquellos puntos de la clase donde suele mirar con frecuencia para recordar alabar al niño si está realizando una conducta o una tarea de forma adecuada.

A pesar de la utilidad y efectividad del reforzamiento positivo en ocasiones resulta insuficiente y se requiere recurrir a otros refuerzos más valiosos para el niño, como puede ser quedarse en el patio unos minutos más o disponer de juegos especiales. Es importante que el alumno con TDAH pueda obtener estos refuerzos varias veces en un mismo día ya que el éxito de estas técnicas recae en la frecuencia de su aplicación (Barkley, 1999). Para estos refuerzos de mayor valor es interesante hacer uso de programas de fichas o puntos. Estos programas permiten que a través de un sistema de puntos o fichas el niño gane determinados refuerzos tangibles o privilegios que debe conseguir sumando conductas positivas durante un tiempo determinado (Isorna, 2015). La elección de estos privilegios puede hacerse mediante la observación de los intereses del niño o también preguntándole directamente a él.

Otra opción también muy interesante es realizar estos contratos de contingencia con el resto de compañeros, y por tanto, que se beneficien todos de las conductas positivas, de esta forma se consigue que todos ayuden y motiven al alumno con TDAH a tener conductas adecuadas y que no refuercen las conductas inapropiadas. (Barkley, 1999).

4.2.3 Técnicas para eliminar o reducir conductas negativas

En el enfoque conductual además de contemplar las técnicas para potenciar conductas deseadas también se utilizan técnicas para reducir o eliminar conductas negativas que dificultan el buen funcionamiento del contexto.

Una de estas técnicas es la extinción, o también conocido como retirada de atención. Consiste en la retirada total de la atención, sobretodo cuando está teniendo lugar la conducta inapropiada con el propósito de evitar que el niño continúe haciéndola (Isorna, 2015).

En ocasiones la retirada de atención no es suficiente para acabar con una conducta indeseada y es necesario recurrir a otro tipo de técnicas como los castigos. Dentro de los castigos se diferencia el coste de respuestas y la extinción que son las dos formas más utilizadas en el aula.

Por un lado, el coste de respuestas supone la pérdida de un privilegio tras la emisión de un mal comportamiento, esta consecuencia puede ser por ejemplo, la pérdida de puntos si se está llevando a cabo un sistema de fichas. Se ha de tener en cuenta que los costes deben ser adecuados a la gravedad de la conducta (Macià, 2012). Por otro lado, la extinción consiste en impedir completamente el acceso a cualquier refuerzo positivo tras la realización de una conducta desadaptativa. Puede llevarse a cabo sentando al alumno de cara a la pared para evitar contacto con otros estímulos o haciendo que deje de trabajar para evitar que pueda obtener recompensas por realizar un buen rendimiento académico.

Estos procedimientos, tal y como afirman autores como Isorna deben usarse con poca frecuencia con el fin de evitar conductas desafiantes. Además se deben acompañar junto a la explicación de alternativas a su conducta para que las utilicen y en el momento en que lo hagan emitir un refuerzo positivo.

4.3 Aplicaciones cognitivas

Los métodos cognitivos centran su atención en trabajar los procesos cognitivos y mentales que regulan la conducta con el fin de mejorar la autonomía y el autocontrol. En esta línea, es esencial el papel de la verbalización interna para autorregular la conducta, y es aquí donde los menores con TDAH encuentran grandes dificultades ya que la interiorización del autohabla se retrasa en los niños con TDAH (Berk, 1992).

4.3.1 Entrenamiento en autoinstrucciones

Numerosos autores sostienen que el entrenamiento autoinstruccional es una de las técnicas cognitivas más importantes en la reeducación cognitiva. Este entrenamiento consiste en modificar las verbalizaciones internas (que es donde los afectados por el TDAH encuentran grandes dificultades) por otras apropiadas para realizar de forma adecuada una tarea. Para ayudarles a organizar sus pensamientos, Meichenbaum (1977) pensó que sería de gran utilidad ayudar a los menores a organizar sus pensamientos siguiendo una serie de pasos a los que llamó autoinstrucciones.

En el ámbito educativo, los docentes serían los encargados de enseñar al alumnado estos pasos para que sean capaces de planificar sus pensamientos desde tareas simples como preparar el material que necesitan para la realización de una tarea, hasta tareas más complejas como la resolución de problemas. Cabe remarcar que se trata de enseñarles cómo han de pensar y no qué han de pensar. El niño recurrirá a las preguntas que se exponen a continuación en el momento que lo necesite para realizar una tarea de forma adecuada. Siguiendo a Orjales (2007), quien amplía el esquema y agrega una autoinstrucción previa a las de Meichenbaum y Goodman para evitar el análisis superficial del contexto, quedaría de la siguiente forma:

1. "Primero miro y digo todo lo que veo"
2. "¿Qué es lo que tengo que hacer?"
3. "¿Cómo lo voy a hacer?"
4. "Tengo que estar muy atento (y ver todas las posibilidades de respuesta)"
5. ¡Ya puedo hacerlo!
6. "- ¡Genial! Me ha salido bien."
"- No me ha salido bien. ¿Por qué? (repasso todo los pasos) ¡Ah! ¡Era por eso! Bien, a próxima vez no cometeré ese error."

El uso de esta herramienta hará que el niño sea capaz de generar estrategias para la resolución del problema al que se enfrenta, y podrá generalizarlo en situaciones futuras.

4.3.2 Otras técnicas para el entrenamiento en resolución de problemas

Junto a la técnica en entrenamiento por medio de autoinstrucciones también existen otros procedimientos para entrenar al niño con TDAH. Por ejemplo, para regular la ira y controlar las emociones: Técnica de la Tortuga (Schneider y Robin, 1990) o para entrenarles en habilidades sociales: El Programa Escuela Dinosaurio (Webster-Stratton, Reid y Hammond, 2001).

Técnica de la Tortuga (Schneider y Robin, 1990)

La técnica de la Tortuga se aplica sobretodo en Educación Infantil y en los primeros cursos de Educación Primaria para dotar a los niños de herramientas que puedan utilizar para canalizar su ira (Miranda y Soriano, 2010).

Para ello se trabaja un cuento en el que se reflejan las dificultades de los afectados por este trastorno. El protagonista de esta historia es Pepe, una tortuga que tiene problemas en la escuela, en casa y con sus amigos porque no sabe controlarse. En el transcurso del libro, una tortuga más sabia que él le enseña serie de trucos para que sepa responder correctamente en diferentes situaciones de su día a día.

Esta técnica invita a que los menores se sientan identificados con el protagonista e imiten las alternativas que realiza ante aquellas situaciones que se le descontrolan. Este entrenamiento se desarrolla en cuatro fases. En la primera se les enseña a replegarse como una tortuga dentro de su caparazón. En la segunda, se le enseña a relajarse mediante procedimientos de relajación y distensión. En la tercera fase se pretende que los niños generalicen la utilización de la postura en el caparazón en otros contextos. La última fase, se dedica a enseñarles técnicas de resolución de problemas, que consisten en definir el problema, buscar diferentes soluciones para afrontar la situación y elegir la más adecuada (Miranda y Soriano, 2010).

Programa Escuela Dinosaurio (Webster-Stratton, Reid y Hammond, 2001)

Mediante esta técnica se busca el entrenamiento de las habilidades sociales en el alumnado con TDAH. Se realiza también sobretodo en Educación Infantil y en los primeros cursos de Educación Primaria (Miranda y Soriano, 2010).

Para ello se utiliza el modelado a través de la visualización de una serie de vídeos donde aparecen niños enfrentándose a situaciones difíciles. Al acabar se comienza una fase de debate entre todos los participantes en la sesión, en la que se comentan las situaciones que se han visto y se ofrecen alternativas a la forma de actuar.

Esta técnica al ser colaborativa, ya que todos participan para dar soluciones, crea vínculos entre los compañeros y ayuda a que sepan verbalizar las emociones y las identifiquen con otras situaciones que ellos mismos hayan vivido.

5. Resultados

Una vez finalizada la parte de investigación y exposición de la problemática y de los posibles métodos a aplicar, es momento de sintetizar y reflexionar sobre las afirmaciones expuestas en el trabajo.

En primer lugar, en cuanto a la conceptualización, hemos visto al consultar los dos sistemas internacionales de clasificación más conocidos, el DSM-V y el CIE-10, y a numerosos autores, que a pesar de los cambios que ha sufrido el trastorno en cuanto a denominación, en la actualidad se coincide en definir al TDAH a partir de dos síntomas principales: la inatención y la hiperactividad-impulsividad.

Respecto a las causas, todavía no hay un acuerdo preciso sobre cuáles son las que provocan el TDAH, aunque se considera que tiene una gran carga los factores biológicos y hereditarios. Además se afirma que las variables ambientales pueden aumentar o reducir la vulnerabilidad a sufrir o incentivar la severidad del trastorno.

En relación a los datos estadísticos que se manejan sobre la prevalencia del trastorno, se ha comprobado que es uno de los trastornos del neurodesarrollo más comunes en edad escolar. También se ha visto que se trata de un trastorno con alta comorbilidad, siendo los más frecuentes el trastorno negativista desafiante, el trastorno de ansiedad y los trastornos de aprendizaje, entre otros. En relación también a la comorbilidad, como novedad, hemos visto que el DSM-V considera por primera vez el trastorno del espectro autista a la hora de hacer el diagnóstico del TDAH.

También hemos podido apreciar la importancia de realizar un diagnóstico temprano correcto y adaptado al menor, ya que cada persona es diferente y por tanto la evaluación también lo será. Como en la actualidad no existen unos marcadores biológicos que dictaminen a ciencia cierta si una persona sufre el trastorno, será esencial analizar distintas perspectivas de la vida del menor con la intención de que las dificultades que presentan no se agraven y resulten angustiosas tanto para ellos como para las personas que le rodean.

Con referencia al impacto que puede tener la escuela y la formación del profesorado en el afectado, se ha evidenciado la importancia de que el docente conozca de cerca el trastorno y tenga información actualizada sobre los últimos hallazgos. La formación de la que disponga será crucial a la hora de realizar el diagnóstico del alumnado con TDAH, y por tanto crucial para ofrecer una respuesta educativa de calidad que asegure la mejora del alumnado que padece TDAH.

Por último, en cuanto al enfoque con el que abordar esta problemática, los autores consultados

coinciden en los efectos beneficiosos de aplicar un enfoque multimodal en los menores afectados por el TDAH, aunque el tratamiento debe adaptarse a las características individuales de cada persona ya que por el momento no existe un tratamiento exclusivo para el trastorno. Se considera el tratamiento farmacológico como el más efectivo y dentro de los fármacos, los estimulantes ya que los no estimulantes por el momento son poco recurridos. También destaca el entrenamiento a padres y el tratamiento psicopedagógico, desde las aulas. En el ámbito educativo, destaca el enfoque cognitivo-conductual que se centra en potenciar y reforzar aquellas conductas positivas que muestra el alumnado y eliminar o reducir aquellas que dificultan el funcionamiento adecuado del contexto y a la vez enseñar al alumnado distintas técnicas para el control inhibitorio.

6. Conclusiones

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es uno de los trastornos del neurodesarrollo más comunes en edad escolar y por tanto se encuentra con elevada frecuencia en las aulas. Es por este motivo y por las graves dificultades que supone para el alumnado que lo padece, que la actual Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa, menciona la importancia de elaborar desde las administraciones escolares adaptaciones dirigidas a mejorar las necesidades de estos menores.

En numerosas ocasiones se realiza un sobrediagnóstico del trastorno por personas no profesionales, etiquetando a alumnos que no lo padecen y en otros casos, por desconocimiento, se pasa por desapercibido a niños que sí muestran síntomas propios del trastorno. Por este motivo es tan importante que el docente tenga una buena formación en el trastorno, así como también que conozca estrategias que pueda utilizar en el aula para mejorar el rendimiento del alumno con TDAH, ya que su adaptación requiere un proceso de cambio en los aspectos metodológicos. Estos cambios se introducen con el fin de que el menor a la vez que aprende contenidos adquiera habilidades para convivir con el resto de personas de forma adaptada, ya que el colegio es el segundo agente socializador y le permite grandes oportunidades para desarrollarse.

Para que esta formación no sea una utopía, los centros educativos deberían apostar por la formación de los docentes, iniciarles en el conocimiento del TDAH, enseñarles técnicas de modificación de conducta, desarrollar estrategias para la organización del aula y del comportamiento de los menores y también elaborar programas en el centro de intervención individualizadas que engloben no solo aspectos académicos, sino también aspectos conductuales, sociales y emocionales, realizándolos conjuntamente con todos los docentes que tratan al menor, la familia y otros profesionales involucrados para incrementar su eficacia.

Tras el análisis de la información recogida, se recomienda la intervención multimodal para obtener mejoras en el individuo. Aunque los fármacos se consideran pieza clave en el tratamiento del trastorno, no es el único tratamiento que existe. Las técnicas cognitvo-conductuales ayudan a reducir la sintomatología propia del trastorno y las conductas que dificultan el buen funcionamiento del aula. Utilizándolas conseguiremos anticiparnos a los enfados, mejorar la autoestima y trabajar los sentimientos, conseguir mejoras en la tolerancia y en la frustración... por lo que su introducción en el aula resulta muy beneficioso.

En definitiva, tener alumnado con TDAH en el aula puede parecer a priori un gran reto para el docente, sin embargo, teniendo suficiente información sobre el trastorno y aplicando distintas estrategias didácticas en el aula se pueden aminorar las dificultades y conseguir la adaptación de los menores. No debemos olvidar que con la estimulación adecuada el alumnado puede rendir considerablemente, es imprescindible que todos los agentes cercanos al niño comprendan la necesidad de su implicación para la mejora del desarrollo del afectado.

7. Referencias

Álvarez, M., y Castro, P., Campo-Mon, M., y Álvarez-Martino, E. (2005). Actitudes de los maestros ante las necesidades educativas específicas. *Psicothema*, 17 (4), 601-606.

Arenas, M. y Fernández, T. (2009). Formación pedagógica docente y desempeño académico de alumnos en la Facultad de Ciencias Administrativas de la UABC. *Revista de Educación Superior*, 38 (150), 7-18.

Akerman, P., Dykman. R & Peters, J, (1977). Teenage status of hyperactive and nonhyperactive learning disabled boys. *Am J Orthopsychiatry*, 47: 577-96.

American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Berk, L.E. (1992). Children's private speech: Anoverview of theory and the status of research. In R.M.

Barkley, A.R. (1999) Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales: guía completa del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Ed. Barcelona: Paidós.

- Biederman J. (2004) Attention-deficit/hyperactivity disorder: A selective overview. *Biological psychiatry*, 57 (11) , pp. 1215-1220.
- Brown T.E. (2003) Trastorno por Déficit de Atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos. Barcelona. Ed. Manson.
- Campbell, S.B. (1985) "Hyperactivity in preschoolers: correlates and prognostic implications". *Clinical Psychology Review*. 5, 405-428.
- Cubero, C.M. (2007). Escuela y docencia: esenciales para el éxito académico y personal de personas con trastornos de déficit de atención. *Revista electrónica Actualizaciones Investigativas en Educación*, septiembre-diciembre, 7 (003), 1-28.
- Cunningham, C. E. (2006) Large-group, community-based, family-centered parent training. Barkley R. (ed) *Attention –Deficit Hyperactivity Disorder*" Third Edition, (pp. 480-498). New York, NY: The Guildford Press.
- Faraone S, Biederman J, Spencer T & Aleardi M. (2006). Comparing the efficacy of medications for ADHD using meta-analysis. *Med Gen Med*; 8:4.
- García, E.M. (2006) . S.O.S. en el aula. Ayudas para Profesores de Niños Hiperactivos e Inatentos. Bizkaia. Grupo ALBOR-COHS.
- Hallowell, E. y Ratey, J. (2001). TDA: controlando la hiperactividad. Barcelona. Paidós.
- Hidalgo, M. y Rodríguez, M.J. (2013). DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Últimas novedades. *Pediatría Integral*, 461-462.
- Hidalgo Vicario, M., & Sánchez Santos, L. (2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Manifestaciones clínicas y evolución. Diagnóstico desde la evidencia científica. *Pediatría Integral* , 609-623.
- Isorna, M. (2015) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Concepto,

comorbilidad, diagnóstico, tratamiento y orientación para familiares y educadores. Ed. Andavira.

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. España: Jefatura del Estado. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-7899>

Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la Mejora de la Calidad Educativa. España: Jefatura del Estado. Recuperado de: http://boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A2013-12886

Macià Antón, D. (2012). TDAH en la infancia y la adolescencia; concepto, evaluación y tratamiento. Madrid: Pirámide.

Meichenbaum, D., Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: A measure of developing self control. *Journal of abnormal psychology*, 77, 115-126.

Milberger S., Biederman J., Faraone S.V. & Chen L. (1996). Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for attention deficit hyperactivity disorder in children? *The American journal of psychiatry*, 153 (9), pp. 1138-1142.

Miranda, A., Uribe, L.H., Gil, M.D y Jarque, S. (2003) Evaluación e intervención en niños preescolares con manifestaciones de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y conducta disruptiva. *Rev. de Neurología*, 36 (Supl 1). S85-S94.

Miranda, A. y Soriano, M. (2010) Tratamientos Psicosociales Eficaces para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Información psicológica*. nº100, 100-114.

Miranda, C. (1999) El niño hiperactivo (TDA-H): intervención en el aula: un programa de formación para profesores. *Universitat Jaume I. Colección Educación*.

Mulas, F. (2012). TDAH Prescolar: Diagnóstico e intervención terapéutica. Ponencia presentada XIV Curso Internacional de Neuropediatría y Neuropsicología Infantil. Valencia.

- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people. Great Britain: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrist.
- Orjales, I. (2002) Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con Déficit de Atención con Hiperactividad. CEPE S.L.
- Orjales, I. (2009). Déficit de atención con hiperactividad: manual para padres y educadores. Madrid: CEPE
- Orjales, I. y Polaino, A. (2007). Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad (ADHD). Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial (CEPE).
- Parellada, M. (2009). TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Madrid: Alianza Editorial.
- Quintero, J., Loro, M., Jiménez, B., & García Campos, N. (2011). Aspectos evolutivos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): de los factores de riesgo al impacto socioacadémico y a la comorbilidad. VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría, 22 (96), 101-108.
- Saiz, L.C. (2018). Psicoestimulantes para el TDAH: análisis integral para una medicina basada en la prudencia. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2018; 38(133): 301-330.
- Salas, M.R. (2012) Alumnos hiperactivos en el aula. Características e intervención en el entorno escolar. Madrid: El duende Editorial.
- Schneider, M., & Robin (1990). La técnica de la tortuga. Un método para el autocontrol de la conducta impulsiva. En T.Bonet, Problemas psicológicos en la infancia. Valencia: Promolibro. CINTECO.
- Soroa, M., Balluerka, N., & Gorostiaga, A. (2016). Conocimiento de los docentes sobre el TDAH:

relevancia de la formación y de las percepciones individuales. *Revista de Psicodidáctica*, 21 (2), 205-226.

Steger, J., Imhof, K., Coutts, E. (2001). Attentional and neuromotor deficits in ADHD. *Dev Med Child Neurol*, 43: 17-29.

STILL. (2013) Asociación Balear de Padres de niños con TDAH. Guía Práctica con recomendaciones de actuación para los centros educativos en los casos de alumnos con TDAH. "Recuperado de http://www.still-tdah.com/pdf/guia_practica_castellano.pdf".

Taylor, E. (1991). *El niño hiperactivo*. Barcelona. Martínez Roca.

Troyano, I (2013). Medidas educativas dirigidas a niños y niñas con TDAH en educación primaria en *Revista enfoques Educativos* nº73.

Webster-stratton, C., Reid, J., & Hammond, M. (2001). Social skills and problem-solving training for children with early-onset conduct problems: Who benefits? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 943-952.