

unir

UNIVERSIDAD
INTERNACIONAL
DE LA RIOJA

**Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Educación**

[La atención de alumnos con TDAH en el aula]

Trabajo fin de grado presentado por:
Alberto Román Roquero

Titulación: Grado en Educación Primaria

Línea de investigación: Estado de la cuestión

Director/a: D. José María Tápez Fernández

Ciudad: Madrid

[28 de junio de 2013]

Firmado por: Alberto Román Roquero

CATEGORÍA TESAURO: 1.1.9 Psicología de la Educación

AGRADECIMIENTOS

Finalizado este Trabajo Fin de Grado, me gustaría mostrar mi agradecimiento a todas las personas que han participado directa o indirectamente en él.

En primer lugar dar las gracias a mi director de proyecto, Don José María Tápiz Fernández, por guiarme, por su cercanía y por estar en los momentos más difíciles.

A todos los profesores de la UNIR, que durante estos cuatro años han compartido sus conocimientos y sus ilusiones.

Al Dr. Ignacio Pascual- Castroviejo por su generosidad a la hora de compartir sus vastos conocimientos adquiridos durante su dilatada experiencia profesional.

A mi novia, amiga y compañera Verónica Montes Buchó por su apoyo incondicional y su confianza en mí.

Gracias

RESUMEN

El presente trabajo pretende ofrecer información sobre una problemática que el docente se va a encontrar en su trabajo, dentro del aula, y que hoy en día se conoce como Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

Los docentes son, en la mayoría de los casos, los que van detectar en primera instancia este trastorno, informando de ello tanto a las familias como a los propios Centros Educativos.

Hay que tener en cuenta, que, en muchos casos, este trastorno se extiende más allá de la etapa escolar del educando llegando a prolongarse, en muchos casos, durante toda su vida. Por esto, es necesario que los docentes tengamos los conocimientos necesarios sobre esta enfermedad, para que de esta manera, podamos ofrecer tanto a estos niños como a sus familias la información, ayuda y el apoyo adecuados para poder trabajar conjuntamente en beneficio de una mejoría en la calidad de vida del niño y por consiguiente de todos.

El presente trabajo, va a permitir un conocimiento más profundo sobre el TDAH, así como las causas, prevalencia, características, diagnóstico, tratamiento e información para poder afrontar esta enfermedad y evitar que este síndrome pueda provocar un trastorno en la vida de estos niños así como en todos aquellos que forman parte de la vida del menor.

PALABRAS CLAVE

- TDAH, trastorno, síndrome, trastornos comórbidos.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN Y RESEÑA HISTÓRICA.....	6
1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. RESEÑA HISTÓRICA.....	6
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	8
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	8
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
2.3. DEFINICIÓN.....	8
2.4. CAUSAS.....	9
2.5. PREVALENCIA.....	10
2.6. CARACTERÍSTICAS.....	11
2.6.1. Características propias de la falta de atención.....	11
2.6.2. Características propias de la impulsividad.....	12
2.6.3. Características propias de la hiperactividad.....	12
2.7. TRASTORNOS COMÓRBIDOS.....	13
2.8. DIAGNÓSTICO.....	14
2.9. PRUEBAS.....	15
2.9.1. Pruebas médicas.....	15
2.9.2. Pruebas clínicas.....	15
2.10. TRATAMIENTO.....	17
2.10.1. Tratamiento farmacológico.....	17
2.10.2. Tratamiento conductual.....	19
2.10.3. Tratamiento pedagógico.....	19
2.10.4. Tratamiento a padres.....	22

2.10.5. Tratamiento a docentes.....	24
2.11. PRONÓSTICO.....	25

CAPÍTULO 3. MARCO PRÁCTICO.....26

3.1. TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA.....	26
3.1.1. Reforzamiento positivo.....	27
3.1.2. Reforzamiento negativo.....	27
3.1.3. Castigo positivo.....	27
3.1.4. Castigo negativo o costo de respuesta.....	27
3.1.5. Programa de economía de fichas.....	28
3.1.6. Contrato de contingencia.....	28
3.1.7. Sobrecorrección.....	29
3.1.8. Tiempo fuera.....	29
3.1.9. Extinción.....	30
3.1.10. Intención paradójica.....	30
3.2. ENTRENAMIENTO EN AUTOINSTRUCCIONES.....	30

CAPÍTULO 4: CONCLUSIONES, LIMITACIONES DEL TRABAJO

Y PROSPECTIVA..... 32

BIBLIOGRAFÍA..... 35

ANEXOS.....37

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN Y RESEÑA HISTÓRICA

1. INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, conocido por las siglas TDAH, es un trastorno que afecta al comportamiento y que se caracteriza por una excesiva actividad, una disminución de la atención y una conducta impulsiva. Es un tipo de neurología con el que se nace y que se prolonga durante toda la vida. Por ello es necesario detectar esta patología, para poder tratarla de manera adecuada y así minimizar y controlar las posibles consecuencias negativas, que si no son tratadas, puedan provocar una serie de trastornos que afecten a la vida del sujeto. Por todo esto, es muy importante que los docentes tengamos un conocimiento sobre este síndrome, para así poder detectarlo en el aula y comenzar un protocolo de actuación.

El presente trabajo se ha estructurado en torno a un marco teórico en donde se dará a conocer la información necesaria para que desde el conocimiento se trabaje desde una perspectiva multimodal con estos niños.

2. RESEÑA HISTÓRICA

Para conocer su historia, tendríamos que remontarnos al siglo XVIII. Desde entonces, el TDAH se ha conocido con diferentes nombres, desde inquietud mental, defecto en el control moral, daño cerebral mínimo, reacción hipercinético de la infancia, ADD Y ADHD.

En 1798, Sir Alexander Crichton (1763-1856), médico escocés, describió las características de este trastorno como una falta de atención y una inquietud en los niños, que según sus palabras "los mueve en exceso". Describió que estos niños no podían prestar atención en la escuela, por lo que debían recibir una educación especial. Crichton manifestó que estos síntomas solían desaparecer en la edad adulta.

En 1902, el Dr. George Still, pediatra británico, ofreció una serie de conferencias en las que describía los comportamientos impulsivos, hiperactivos, desafiantes y con falta de atención de pacientes. Al comprobar que presentaban unos niveles de inteligencia dentro de la media, el Dr. Still defendía que estos comportamientos eran causados por un "defecto en el control moral", como consecuencia de una tendencia genética hacia la desviación moral o de una lesión en el nacimiento.

Entre 1917 y 1918 y como consecuencia de unas epidemias de encefalitis, causadas por las picaduras de mosquitos infectados que tuvieron lugar en el sureste de Australia, muchos especialistas observaron un aumento de pacientes que presentaban síntomas de hiperactividad, falta de atención e impulsividad. Los médicos relacionaron estos síntomas con el daño cerebral causado por la encefalitis. Al observar que la mayoría de estos niños eran muy inteligentes cambiaron el nombre a 'daño cerebral mínimo'.

En 1968 apareció por primera vez en la APA (American Psychological Association) un trastorno con síntomas similares al TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) se clasificó como 'reacción hipercinética de la infancia'. A estos pacientes se les administró un fármaco estimulante, ritalín, que se había introducido en 1950 para tratar a los pacientes hiperactivos. Muchos especialistas creían que la hiperactividad se superaba con la edad.

En la década de 1970 se empezó a definir a los niños hiperactivos con características como la impulsividad, falta de atención, poca tolerancia a la frustración, distracción fácil y agresividad. Virginia Douglas impulsó el nuevo término 'déficit atencional', defendiendo que el déficit de la atención sostenida y el control de los impulsos se manifestaban más que la propia hiperactividad. Los trabajos de Douglas contribuyeron para que la Asociación Americana de Psiquiatría utilizara la clasificación de ADD (Déficit De Atención sin Hiperactividad) en su Manual de Diagnósticos DSM III.

A partir de 1990 se produjeron grandes avances en el campo del ADHD (Déficit de Atención con Hiperactividad). En 1994 se establecieron nuevos criterios en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales que se utiliza en Estados Unidos (DSM-IV) aportando nuevas mejoras al DSM III-R. Se vuelven a introducir criterios para el diagnóstico de pura 'inatención', que es similar a lo que representaba el ADD sin hiperactividad, que apareció en 1980 por primera vez. Aunque la Asociación Médica Americana (AMA) ha declarado que el TDAH es el trastorno más investigado de la conducta, su causa exacta sigue siendo desconocida.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

La finalidad que nos hemos propuesto en este trabajo es acercarnos a un síndrome, el conocido como Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), para poder afrontarlo con una mayor especialización y conocimiento en el aula y, de esta manera, poder ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de estos niños. Para ello hemos establecido un objetivo general y unos objetivos específicos.

2.1. OBJETIVO GENERAL

-Conocer las características del TDAH para poder afrontarlo con una mayor especialización y conocimiento en el aula.

Para la consecución de este objetivo hemos elaborado unos objetivos específicos que detallamos a continuación:

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir el TDAH.
- Estudiar sus causas y características.
- Identificar los trastornos comórbidos asociados.
- Conocer las pruebas para su diagnóstico.
- Investigar los posibles tratamientos y estrategias de actuación.
- Determinar las pautas de actuación ante este síndrome.

2.3. DEFINICIÓN

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH), es un síndrome que comienza en la infancia y se manifiesta por la presencia de tres síntomas fundamentales:

- dificultad para mantener la atención.
- dificultad en el control de los impulsos.
- hiperactividad o exceso de movimiento.

El TDAH se ubica en la clasificación de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en el apartado de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.

Atendiendo a la presentación del síndrome predominante se establecen tres categorías:

- predominio del déficit de atención.
- predominio de la impulsividad e hiperactividad.
- combinado, donde predominan síntomas de los dos anteriores.

También lo podemos encontrar en la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión de 1992 (CIE-10), más utilizada en el ámbito europeo, dentro del apartado "Trastorno hiperactivo."

2.4. CAUSAS

Las distintas investigaciones que se han realizado al respecto, apuntan a que la aparición del TDAH está vinculada a una producción insuficiente de algunos neurotransmisores, en concreto la dopamina y la noradrenalina. La función de estos neurotransmisores es asegurar la comunicación entre las neuronas y, para que esto pueda realizarse tiene que existir una cantidad adecuada. En los niños con TDAH la producción de estas sustancias se produce de forma irregular provocando alteraciones en los circuitos reguladores de varias zonas del cerebro, en concreto el córtex prefrontal, el cuerpo caloso y los ganglios basales, que además en estos niños se ha podido comprobar que son de menor tamaño. Esta parte frontal del cerebro es la encargada de desarrollar la denominada función ejecutiva. Esta función nos permite comenzar una acción y continuarla a pesar de posibles distracciones. Además el sistema ejecutivo regula el control de la impulsividad, permitiéndonos pensar una acción antes de llevarla a cabo decidiendo previamente si es conveniente realizarla.

En la actualidad se desconoce el origen del TDAH, pero en lo que una gran mayoría de especialistas coinciden es que no se produce por problemas familiares, ambientales o sociales. En un porcentaje muy alto, en torno al 75% se debe a causas genéticas. Según la Fundación Adana (2009) entre los factores no genéticos relacionados con el TDAH como son los factores de riesgo perinatales (tabaco, alcohol, drogas consumidas durante el embarazo), las complicaciones en el momento del parto y la exposición a altos niveles

de plomo en la temprana infancia pueden explicar sólo un 20%- 30% de los casos de niños con TDAH.

2.5. PREVALENCIA

En la actualidad no existe un consenso sobre el porcentaje exacto de niños con TDAH, aunque lo que sí se ha producido es un aumento del porcentaje de personas que muestran este perfil. Esto es debido a los diferentes baremos a la hora de valorar los síntomas que conducen al diagnóstico del TDAH. Por ello es frecuente encontrar prevalencias que oscilan entre el 7% pudiendo llegar a superar el 10%. Teniendo esto en cuenta, los organismos europeos son más restrictivos a la hora de dar sus porcentajes que los americanos, que ofrecen datos más elevados al valorar positivamente hechos no reconocidos por las instituciones europeas.

En cuanto a la distribución por sexos hasta hace muy poco se consideraba que el porcentaje en los niños era muy superior al de las niñas, aunque en la actualidad esta teoría va perdiendo valor a favor de una prevalencia muy similar. En lo que parece existir un consenso es que en los niños predomina la hiperactividad mientras que en las niñas se manifiesta más el déficit de atención. A este respecto podríamos citar a autores como Barkley y Biederman, 1997 que consideran que el TDAH está infradiagnosticado en las niñas, ya que presentan un menor número de actitudes perturbadoras, que son las que se manifiestan tanto en la vida escolar, familiar y social en estos niños y que más preocupan tanto a padres como docentes, presentando en cambio una mayor sintomatología en aspectos como el humor o la ansiedad que los niños.

Otro aspecto importante es la creencia que atribuía este trastorno a niños y adolescentes, cuando se ha demostrado que los síntomas continúan durante la vida de la persona. A este respecto hay que destacar que aunque no se puede hacer que desaparezcan las causas del TDAH, sin embargo, es posible mitigar o incluso eliminar las consecuencias negativas o síntomas que producen este trastorno. Biederman (1997) afirma que más de un 60% de niños con TDAH lo tendrán en la edad adulta mientras que en el otro 40% remitirá, aunque no se sabe muy bien el porqué.

2.6. CARACTERÍSTICAS

2.6.1. Características propias de la falta de atención

Los niños con TDAH de tipo inatento carecen de los síntomas propios de la hiperactividad-impulsividad. Lo que manifiestan es:

-tienen dificultades para seguir de forma ordenada sus tareas así como para finalizarlas, dejando con frecuencia una actividad por otra antes de concluirla, provocando que al final estén todas empezadas pero sin terminar.

-tienen dificultades para comenzar a realizar tareas sencillas, como vestirse, hacer los deberes, preparar los libros para el día siguiente, ya que se distraen ante cualquier estímulo con gran facilidad.

-con frecuencia olvidan y pierden objetos como el abrigo, libros, juguetes, etc.

-aparentemente parece que no están prestando atención cuando se les habla, les cuesta mantener la atención durante una larga conversación.

-les cuesta mantener las normas y reglas en los juegos así como obedecer tanto a sus maestros como a padres o monitores.

-olvidan a diario sus obligaciones cotidianas como por ejemplo las referentes al aseo, o relativas a la preparación del material escolar.

-les cuesta enfrentarse a tareas que requieran un gran esfuerzo. A este respecto, hay que dejar constancia que esta desmotivación por las tareas tiene su origen en una mayor dificultad para mantener la atención. Por esto no hay que pensar que son niños vagos.

Barkley (1995) enfatiza los problemas que tienen para demorar la gratificación y para resistir la distracción entre los principales determinantes de las dificultades de atención. Según sus propias investigaciones, estos niños se aburren más rápidamente con su trabajo y sienten una mayor atracción por los aspectos más gratificantes o divertidos de cualquier situación. Por lo tanto se distraen con gran facilidad interrumpiendo su tarea para dedicarse a lo gratificante sin finalizar lo importante. En este sentido, se ha comprobado que el rendimiento de los niños con TDAH disminuye claramente ante tareas poco novedosas o repetitivas. Si la tarea es novedosa, el rendimiento inicial es bueno, deteriorándose a medida que se hace monótona y aumentando la probabilidad de abandono (Orjales, 1998).

Por todo esto, cuando el síntoma predominante es el déficit de atención, es más fácil detectarlo, ya que no se producen problemas de comportamiento. Habitualmente estos niños son etiquetados como despistados y desorganizados y aunque no provocan situaciones disruptivas tampoco aprenden, lo que originan dudas sobre sus capacidades aunque estas sean normales.

2.6.2. Características propias de la impulsividad

La impulsividad conlleva una falta de autocontrol así como una incapacidad para inhibir la conducta, el control de las emociones y de los pensamientos. Algunas características propias de los niños impulsivos son:

- actúan antes de pensar.
- hablan de forma precipitada, manifiestan comentarios poco oportunos o, responden a las preguntas antes de que estas se hayan formulado en su totalidad, interrumpiendo las conversaciones.
- tienen una constante actitud de impaciencia y demandan la recompensa inmediata.
- carecen de planificación.

Estas características, propias de estos niños, van a tener unas consecuencias negativas en su integración tanto escolar como social y familiar. Esta falta de control podría explicar el mayor riesgo que estos niños podrán tener en su adolescencia y vida adulta un mayor riesgo de consumir sustancias nocivas como el tabaco, el alcohol o las drogas, así como para mantener una vida organizada.

2.6.3. Características propias de la hiperactividad

La hiperactividad se puede definir como una actividad excesiva tanto motora como vocal. Esta hiperactividad se puede manifestar en:

- un movimiento constante en situaciones que requiere estar quieto.
- movimientos constantes de pies y manos.
- les cuesta realizar actividades tranquilas.
- van de un lugar a otro sin motivo aparente.
- hablan excesivamente.

La hiperactividad es el síntoma más llamativo del TDAH y por ello suele despertar en los profesores y padres alertas sobre un posible trastorno.

2.7. TRASTORNOS COMÓRBIDOS

A medida que vamos obteniendo más información, van apareciendo una serie de trastornos comórbidos. Este término hace referencia a la presentación en un mismo individuo de dos o más enfermedades o trastornos distintos. Un estudio realizado en Suecia por el grupo Kadesco y Gillberg, en el año 2001 mostró que el 87% de niños que cumplían los criterios de TDAH tenían por lo menos, un diagnóstico comórbido, y que el 67% cumplían los criterios para, por lo menos, dos trastornos de este tipo. Entre las enfermedades diagnosticadas con mayor frecuencia y que pueden coexistir con el TDAH son:

-Trastorno negativista desafiante: entre el 40% y el 60% de los niños con TDAH lo manifiestan durante alguna etapa de su vida. Se caracteriza por un comportamiento desafiante traducéndose en desobediencia, discusiones y comportamiento opositor hacia las figuras de autoridad como padres y profesores.

-Trastornos del estado de ánimo: entre un 15% y un 20% sufrirá un trastorno depresivo en algún momento de su vida. El 10% intentará suicidarse y el 5% morirá por suicidio o lesión accidental (Weis y Hechtman, 1993).

-Trastornos de ansiedad: entre un 20% y un 25% manifiestan algún episodio de ansiedad.

-Trastornos del aprendizaje: un 26% presentarán un retraso en lectura, expresión escrita y cálculo.

-Trastorno de tics o síndrome de la Tourette: el 70% de personas que padecen este síndrome sufren TDAH.

-El 40% de adolescentes con TDAH según Biederman (1997) reunían criterios de dependencia o abuso de sustancias.

-Trastornos de la comunicación: en menor proporción pueden presentarse alteraciones en el desarrollo del lenguaje expresivo o receptivo.

Según la Asociación Española de Pediatría (2008) entre los posibles trastornos comórbidos habría que destacar:

- problemas de afectividad.
- dificultades para el lenguaje y aprendizaje (fracaso escolar).
- problemas para la conducción de vehículos (dificultades para obtener el carnet, muchos accidentes).
- trastornos de la coordinación motriz (más fuerza que habilidad).
- ansiedad (mordeduras de uñas, tics).
- nula capacidad para aceptar lo evidente (no saben perder).
- cambios de humor y síndrome bipolar.
- actitud oposicional desafiante.
- comportamiento impulsivo-agresivo.
- comportamiento antisocial.

2.8. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico debe realizarse lo antes posible, a fin de prevenir los problemas asociados al trastorno. La edad más adecuada para la realización del mismo será diferente en cada caso. La referencia puede ser cuando se aprecien problemas en el desarrollo del niño en su actividad diaria, aunque los primeros síntomas se hacen más visibles en la etapa de Educación Primaria ya que en esta etapa el nivel de exigencia es mayor, y se requiere por parte del alumno un mayor grado de autonomía.

Aunque son los padres y maestros los que con frecuencia detectan los primeros síntomas, la evaluación y el diagnóstico corresponde a los profesionales médicos: pediatra, psiquiatra, neuropediatra, psicólogo clínico o neuropsicólogo, con experiencia en el diagnóstico del TDAH. No hay que atribuir este trastorno a niños que presenten una menor capacidad de atención o que presenten dificultades en el autocontrol. El TDAH implica una menor calidad de vida en aquellos que lo padecen y que va asociada a una serie de trastornos comórbidos que le van a impedir al niño desarrollar una vida normal tanto en su ámbito educativo como social y familiar.

El TDAH está clasificado como un trastorno mental y su diagnóstico se fundamenta en el cumplimiento de los criterios del DSM-IV, que son los criterios diagnósticos establecidos por la Academia Americana de Psiquiatría (1994) o del CIE-10 (1992) que son los reconocidos y establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), ambas clasificaciones están reconocidas internacionalmente. Los criterios establecidos en Europa son más exigentes y, por ello, las cifras de prevalencia del TDAH son mucho más bajas en Europa que en cualquier otra parte del mundo. Los criterios para el diagnóstico del TDAH vienen expresados en la Tabla I en el Anexo.

2.9. PRUEBAS

2.9.1. Pruebas médicas

En primer lugar se deben realizar una serie de pruebas para descartar otras posibles patologías: análisis de sangre y orina, pruebas de audición y visión, etc. Además de estas el neurólogo o neuropediatra suelen pedir un encefalograma o escáner cerebral, para descartar otras posibles patologías.

2.9.2. Pruebas clínicas

El especialista debe realizar las siguientes pruebas:

- una entrevista con el niño.
- una entrevista con los padres.
- una entrevista con los maestros.
- Test y escalas.

Dependiendo de la edad se podrán realizar las siguientes escalas:

- Escalas de Wechsler: Wuuosu (de 4 a 6 años), Wisc-IV (de 5 a 16 años), Wais (de 13 a 65 años).
- Escalas de Wechsler: David Wechsler es el creador de estas escalas que miden la inteligencia y que determinan el CI (coeficiente intelectual). Constan de una escala verbal

y una de ejecución, obteniendo con cualquiera de ellas un CI verbal, un CI manual y un CI total.

-Wisc: la escala Wechsler de Inteligencia para niños, Cuarta Edición (Wisc-IV) es un instrumento clínico de aplicación individual para la evaluación de la capacidad cognoscitiva de los niños desde los 6 a los 16 años. Esta escala ofrece información sobre la capacidad intelectual del niño (CI Total) y sobre su desarrollo en comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento. Se compone de 15 test, 10 principales y 5 optativos.

- Test de atención CPT-II: este test creado por el Dr. C.Keith Conners, es una herramienta muy útil para evaluar la atención selectiva, la atención sostenida y la impulsividad en niños a partir de los 6 años. Es un test que se realiza a modo de juego de ordenador, por lo que la administración resulta más práctica y la elaboración y cuantificación de los resultados son muy precisos.

-Escala: EDAH (para la evaluación del trastorno), ADHD-RS (para los padres), ADHD-RS (para los profesores).

-EDAH: se trata de un instrumento para confirmar una sospecha sobre el TDAH para niños con edades comprendidas entre los 6 y los 12 años. Se aplican de forma individual, con una duración de 5 a 10 minutos. La evaluación se lleva a cabo a través de dos áreas: la primera comprende la hiperactividad, la impulsividad y la inatención, mediante 10 ítems y, la segunda los trastornos de la conducta, con 10 ítems también. Estos deben ser contestados por el profesor-tutor (no hay versión para padres).

-Test de Caras o de Percepción de diferencias: esta prueba evalúa la atención en el TDAH. Su autor es L. Thurstone, y es un test de evaluación de la aptitud para percibir rápida y correctamente semejanzas y diferencias. Se trata de un test que indirectamente evalúa la atención sostenida y selectiva, es de administración individual y colectiva, de tiempo estimado de tres minutos y aplicable a partir de los 6 años. Consiste en una prueba de percepción, que está formada por 60 elementos gráficos, los cuales representan dibujos. Hay que especificar que no es necesario realizar todas las pruebas mencionadas. Dependiendo del caso será el especialista el que realice unas u otras. Una vez realizadas, se realizará un informe clínico especificando las pruebas realizadas así como sus resultados.

2.10. TRATAMIENTO

En la actualidad existe un consenso sobre la eficacia de un tratamiento multimodal que conlleva: tratamiento conductual, intervención pedagógica e intervención farmacológica. Una aproximación útil de tratamiento puede incluir programas escolares especiales, apoyo farmacológico, tratamiento psicológico bajo los enfoques de terapia conductual y cognitivo conductual, entrenamiento en habilidades sociales, consejería familiar, terapia individual (Buendía, 1996) y grupal, así como talleres de relajación, pintura, dibujos, actividades deportivas de tiempo libre, y un sistema de educación especializado o personalizado si fuera necesario. Paralelamente podemos utilizar programas dirigidos a proporcionar al niño estrategias para mejorar su atención así como para controlar su excesiva actividad motora y el desarrollo de habilidades sociales, indispensables para que el niño pueda tener unas buenas relaciones interpersonales. A este respecto no hay que olvidar el papel tanto de la familia como de sus maestros; por ello, los profesionales deben ofrecer un entrenamiento a los padres y unas indicaciones a los maestros, ya que las conductas inadecuadas se dan tanto en la casa como en la escuela y, por tanto, la intervención se debe realizar en estos ámbitos. Esta intervención debe ser realizada por un profesional médico, el cual prescribirá el fármaco más adecuado a las necesidades del niño. El papel de los maestros y padres será fundamental para transmitir al especialista el comportamiento así como el rendimiento del niño junto con los posibles efectos secundarios producido por la medicación.

2.10.1. Tratamiento farmacológico

Es importante saber que las sustancias estimulantes suelen producir el efecto contrario en niños con TDAH, es decir, suelen tranquilizar a estos niños mientras que los tranquilizantes los ponen más nerviosos. Por ello a estos niños se les puede recomendar beber café o bebidas con cafeína, además de los fármacos estimulantes como el metilfenidato de liberación rápida y de liberación lenta, y la atomoxetina. En algunos niños puede ser recomendable el uso de sustancias antiobsesivas tipo risperidona.

El uso de estos fármacos han demostrado su eficacia reduciendo hasta en un 70% los síntomas del TDAH, disminuyendo el movimiento, aumentando la capacidad atencional, facilitando la interiorización de instrucciones y, como consecuencia, disminuyendo la impulsividad.

Sin embargo el tratamiento con estimulantes es susceptible a los efectos secundarios que ocurren a niveles de dosis terapéuticas, aunque algunos autores consideran que tales efectos son tolerables, se toman en cuenta para el incremento o disminución de las dosis del fármaco según sea el caso. Tales efectos pueden ser: la pérdida del apetito, insomnio, aumento de la tensión, síntomas de ansiedad (onicofagia y chuparse los dedos) inhibición social, tendencia a gritar e irritabilidad (Miranda y Santamaría, 1996).

Además de estos efectos, el uso de psicoestimulantes ha generado ciertas controversias, como la suspensión del crecimiento de niños que reciben tratamiento por más de dos años, la tendencia a producir tics o movimientos involuntarios, la posibilidad de abuso, adicción y de desarrollar hepatitis tóxicas (Estrada, 1997), lo cual no ha sido del todo comprobado, siendo éstas algunas de las razones que suscitan la reticencia y prejuicios de algunos padres respecto a los efectos del medicamento (Goróstegui, 1997).

De todos los medicamentos es el metilfenidato el más utilizado en cualquiera de sus presentaciones, aunque la de liberación lenta presenta la ventaja de poder ser tragado debido al pequeño tamaño que tiene y por la comodidad de tomar una al día (por la mañana con el desayuno) ya que mantiene los niveles de la medicación en sangre sin altibajos a lo largo del día, mientras que la presentación en liberación rápida tiene una vida corta en sangre, se requieren 2-3-tomas al día y presenta fases en que, debido a su bajo nivel en sangre, su eficacia disminuye. La dosis, en una y otra presentación, están entre 0,3 y 1 mg/Kg/día. Se puede administrar todos los días o bien descansar las fechas en las que no hay actividad escolar.

La atomoxetina es aparentemente la única sustancia que puede competir con el metilfenidato de liberación lenta. Las dosis de atomoxetina están alrededor de 1,2 mg/Kg/día en una sola toma por la mañana. Los resultados parecen buenos, pero aún es pronto para poder equipararlos con los del metilfenidato de liberación lenta, especialmente por la corta experiencia que tenemos todavía con este fármaco en España. La risperidona es un antipsicótico que funciona muy bien como tratamiento coadyuvante sobre el TDAH, especialmente asociado con el metilfenidato. Se utiliza en dosis de 1 a 2 mg/día, repartido en dos tomas (mañana y tarde). Además de las sustancias mencionadas, también se prescriben ocasionalmente antidepresivos del tipo de los tricíclicos. La necesidad de medicación por parte de los sujetos hiperactivos y la eficacia de los mismos pueden prolongarse durante la edad adulta.

Parece que las medicaciones utilizadas para el tratamiento del TDAH pierden eficacia con el tiempo, especialmente a partir del tercer año de tomarlas. En algunas se observa este descenso de efectividad mucho antes. (Asociación Española de Pediatría, 2008)

2.10.2. Tratamiento conductual

El exceso de la actividad motora junto con la distracción, van a hacer que el niño con TDAH tenga dificultades para mantener la atención, lo que le va a provocar una dificultad añadida a la hora de asimilar conceptos. Por ello, es necesario enseñar al niño a desarrollar estrategias para mejorar la atención así como el control y la modificación de algunas conductas. Para esto se utilizan una serie de técnicas conductuales cuyo objetivo es la modificación de determinadas conductas mediante la utilización de un programa de refuerzos en donde se le enseñe al niño la razón y la forma de conseguirlos. Los niños responderán de manera positiva cuando las normas son claras y consecuentes. Es muy importante sustituir los refuerzos materiales como premios o dinero por otros refuerzos sociales como las alabanzas y felicitaciones. Además del cambio comportamental, el niño aumenta los sentimientos de dignidad pues recibe la aprobación social y se siente responsable del aumento de su autocontrol (Miranda y Santamaría, 1986).

2.10.3. Tratamiento pedagógico

Los niños con TDAH presentan habitualmente problemas en escritura, lectura y cálculo, su caligrafía es pobre y desorganizada, cometen errores por descuido, les cuesta mantener el esfuerzo mental ante las tareas repetitivas y muestran dificultades de atención. Esto va a ir generando una falta de motivación en el aula. Además a causa de su impulsividad suelen presentar conflictos con sus compañeros provocando con ello que se sientan aislados. Por ello es necesario trabajar estrategias de resolución de problemas junto con habilidades sociales. Su impulsividad también les puede mermar la calidad de sus tareas ya que con frecuencia no se detienen lo suficiente para leer los enunciados de las mismas. Esto hace que habitualmente contesten sin reflexionar a lo que se les está pidiendo. Por ello es necesario que se les instruya en reflexividad para que puedan autocontrolarse.

Por otra parte son niños que les cuesta mucho organizarse, olvidan los deberes, pierden el material, no entregan los trabajos a tiempo, por lo que se hace necesario el aprendizaje de estrategias para evitar que esto ocurra.

Los estudiantes con TDAH necesitan mayor estructura y organización de las clases, más supervisión, más fragmentación de las tareas, más consecuencias positivas (refuerzo positivo, aplicación de economía de fichas...) para mantener su conducta así como consecuencias negativas (coste de respuesta, tiempo-fuera...) y requieren de distintas acomodaciones escolares (Parker, 1994).

Por esto se hace necesario que los profesores reciban un entrenamiento para poder manejar con maestría estas situaciones que se van a producir diariamente en las aulas. En la tarea del maestro está el uso del refuerzo positivo, la extinción, uso del tiempo fuera, así como el uso de contratos y registros de conductas en donde figuren los objetivos a mejorar mediante el uso de un sistema de economía de fichas. Además es fundamental que presten mayor atención a las conductas positivas de estos niños ya que por norma general se suele atender más a las conductas negativas.

La prevalencia de fracaso escolar entre la población con TDAH es significativamente alta, el bajo rendimiento escolar afecta al 40% de los estudiantes con TDAH (Barkley, 1998); los problemas de comportamiento llegan a provocar hasta un 15% de expulsiones en estos niños. La gran mayoría de estos niños necesitarán ayuda para poder promocionar durante su período escolar. En muchas ocasiones los padres e incluso los propios profesores no son realmente conscientes de la necesidad e importancia de esta ayuda. Hay que recordar que estos niños, debido a sus características, no adquieren aprendizajes significativos, no suelen terminar sus tareas diarias, son más lentos a la hora de realizar las actividades de clase, sin olvidarnos de aquellos que por el contrario realizan las tareas con gran premura sin fijarse en lo que realmente se les pide, con respuestas que no son las exigidas y, que tras realizarlas rápidamente se dedican a molestar a otros compañeros, justificándose con un sentimiento de aburrimiento.

Por otra parte, en muchas ocasiones estos niños son etiquetados como niños superdotados y, aunque alguno puede llegar a presentar un CI muy alto, la mayoría no lo son. Aunque un niño con este síndrome pueda tener una gran capacidad intelectual, no debemos olvidar que esta capacidad va a estar mermada por sus problemas emocionales, teniendo en cuenta que estos niños son además muy inestables. Esto provoca que con

frecuencia puedan realizar ciertas actividades con gran maestría e incluso genialidad y ser muy incapaces para otras. Por este motivo, sus profesores deberán saber en qué tareas necesitarán ayuda para poder realizarla con éxito.

Los niños con este síndrome que son bien conducidos, suelen ir mejorando con la edad, por lo cual es necesario que se les ayude e incluso se les permita promocionar de un curso a otro aunque sus conocimientos no fueran los exigidos, siempre que no resulte imposible o incluso nocivo para el alumno.

Esta ayuda podría comenzar por aceptar al niño, aunque en ocasiones esto suponga hacer un ejercicio de paciencia y fortaleza.

En cuanto al trabajo dentro del aula, es muy positivo tener al niño cerca del profesor, por ello es fundamental sentarlo en las primeras filas, donde podamos establecer una comunicación visual con él. Hay que tener en cuenta que a estos niños les cuesta un gran esfuerzo estar quietos y sentados mucho tiempo, por lo que debemos tener paciencia, cuando argumentando cualquier excusa se levanten de sus pupitres, siendo muy positivo encomendarles actividades como borrar la pizarra o llevar encargos que supongan salir de la clase. Durante la etapa escolar los profesores van a necesitar tanto la comprensión como el agradecimiento de los padres. La unión entre los padres y profesores va a ser el mejor tratamiento para poder conducir de forma positiva a estos niños. Por otra parte y teniendo en cuenta sus características es fundamental tratarles con mucho cariño y comprensión, sin dejarse llevar a su terreno y manteniendo en todo momento el control de la situación. No hay que olvidar que a estos niños hay que tratarlos con aparente suavidad pero con firmeza.

A estas edades tempranas pueden comenzar a manifestarse signos de dislexia y otras deficiencias en el aprendizaje, por lo que estos niños, además de la enseñanza escolar normal, tienen que reforzarse con clases particulares e incluso con clases específicas para los sujetos con este tipo de dificultades (Shaywitz, 1998).

Un aspecto importante a tener en cuenta es la dificultad que tienen estos niños para simbolizar mentalmente la fonética de las palabras de la lengua, con mayor dificultad para su expresión en la lectura y escritura, por lo que no se considera apropiado la enseñanza bilingüe en edades tempranas. A medida que van creciendo tendrán la necesidad de contar con clases de apoyo en áreas como matemáticas, lengua, inglés o ciencias

sociales. En cuanto a la capacidad de atención de estos niños, es importante que los profesores y los padres cuando actúen como tal durante la realización de las tareas en casa entiendan que es imposible que puedan atender de forma continuada durante mucho tiempo.

Generalmente atienden uno o dos minutos seguidos, para a continuación relajarse durante un tiempo similar, y luego reanudar otro período de atención y así sucesivamente. Es importante que no extiendan el tiempo de relajación, para lo cual utilizarán todas las estrategias posibles. A día de hoy se desconoce el motivo por el que necesitan estos momentos de relajación, aunque parece que puede responder a una mayor fatiga mental unida a una menor capacidad para mantenerse concentrados.

2.10.4. Tratamiento a padres

Consiste en formar a los padres para que puedan reconocer los comportamientos propios de este trastorno y aprendan estrategias para controlar las conductas perturbadoras de estos niños y potenciar las conductas adecuadas mediante una intervención conductual.

La información para los padres es uno de los objetivos para el desarrollo del tratamiento multimodal de los niños con TDAH. Es necesario informar sobre el alcance y las posibles repercusiones del diagnóstico, de su origen hereditario, en un elevado porcentaje y, de la necesidad de tratar a estos niños de forma adecuada. Esto pasa por apoyar en todo momento a los profesores, vigilar su entorno de amistades, respetar sus preferencias profesionales, ya que en muchas ocasiones van a resultar muy poco convencionales. Por esto es necesario que los padres reciban las recomendaciones necesarias por parte del facultativo para poder orientar a sus hijos de la manera más adecuada. Esto implica las visitas periódicas al especialista para que en función de la evolución y de las necesidades del niño recibir la ayuda sobre la forma de afrontar los problemas de la manera más adecuada. Es importante hacer saber a los padres que un niño con TDAH, no es sinónimo de un mal futuro para estos niños, ya que estos suelen presentar un gran amor por los aspectos materiales, en concreto el dinero, y por su talento para ganarlo en muchas ocasiones, su capacidad creativa junto con su frialdad para conseguir lo más conveniente para ellos, son factores que en muchas ocasiones pueden redundar en un gran beneficio para estos niños. Hay que destacar que la parte afectiva no es lo más importante para ellos, convirtiéndose ellos mismos en sus principales enemigos, siendo

solitarios, poco afectuosos e incluso a veces agresivos. Otro aspecto muy importante es la facilidad con que pueden llegar a sobrepasar su nivel de competencia.

Las siguientes sugerencias ayudarían a los padres de niños con TDAH a conducirlos de manera adecuada:

- en primer lugar hay que comenzar por obtener un buen diagnóstico, para descartar otras patologías que puedan confundirse con el TDAH.

- es importante seguir un tratamiento multimodal en el que se trabaje con un tratamiento pedagógico, psicológico y farmacológico.

- al tratarse de un trastorno crónico es importante no abandonar el tratamiento, hasta que los especialistas así lo recomienden.

- no hay que intentar que todos los problemas se puedan solucionar a la vez, es fundamental establecer un objetivo y proporcionar al niño las estrategias para alcanzarlo.

- es importante tener en cuenta las capacidades de estos niños a la hora de establecer los objetivos, evitando las comparaciones hacia lo que otros niños puedan hacer. El grado de dificultad debe ir aumentando poco a poco.

- evitar reducir las conversaciones a temas académicos o de comportamiento, es fundamental que el niño aprecie que nos interesamos por sus gustos e inquietudes.

- cuando hablemos con el niño es importante que lo hagamos mirándole a los ojos, con un mensaje corto y claro para asegurarnos que nos está escuchando.

- procurar establecer un ambiente organizado con rutinas y horarios que conozca el niño.

- estos niños muestran más interés en sus obligaciones si pueden obtener un reconocimiento.

- hay que tener mucho cuidado con los castigos, ya que si se utilizan con frecuencia perderán su eficacia teniendo por tanto que aumentar la dureza.

- intentar no prestar atención a las conductas negativas, si reforzamos las positivas se mejorarán las relaciones con el niño disminuyendo además los castigos.

-intentar evitar programar actividades que no sean apropiadas para estos niños ya que si lo hacemos habrá problemas.

-en estos niños es necesaria una mayor supervisión de las tareas escolares, que en muchos casos hay que delegar en un profesional.

-es importante mantener con frecuencia tutorías con sus maestros para valorar su evolución e intentar ofrecer soluciones frente a las dificultades que se van presentando.

-para los padres puede ser de gran ayuda acudir a reuniones y cursos para encontrar la comprensión así como posibles soluciones a sus problemas.

2.10.5. Tratamiento a los docentes

Es necesario transmitir a los docentes que estos niños presentan unas capacidades intelectuales muy descompensadas, llegando a ser muy brillantes en el desarrollo de algunas capacidades y por otro lado con muy pocas aptitudes para otras. Por esto es conveniente huir de etiquetas para estos niños, ni son tan poco capaces como a veces se piensa ni tampoco tan superdotados. Por todo esto, la colaboración de sus profesores va a representar un papel decisivo en el futuro de estos niños. Para esto es necesario que cuenten con el apoyo de las familias, del propio colegio así como de las Administraciones Educativas.

Las siguientes sugerencias ayudarían a los docentes a conducir a niños con TDAH:

-en primer lugar es fundamental que los docentes tengan información para de esta manera poder entender y ayudar a estos niños.

-el docente podrá intuir el trastorno en los niños así como orientar a las familias, pero serán los especialistas los que evalúen y diagnostiquen el problema.

-es fundamental que los docentes colaboren con los especialistas y las familias sobre todo ofreciendo información del comportamiento del niño en el aula.

-el maestro proporciona datos sobre el comportamiento en el aula y el facultativo en función de esta información junto con la evaluación previa y el posterior diagnóstico decide si se deben aplicar un tratamiento farmacológico.

-no se debe etiquetar al niño con TDAH como un niño problemático sino como un niño con problemas.

-es conveniente para estos niños estar en ambientes tranquilos y ordenados, los cambios deben ser avisados con antelación.

-hay que evitar etiquetar a estos niños ya que pueden llegar a interiorizar esas etiquetas negativas.

-es muy positivo para estos niños encomendarles trabajos que requieran actividad física: borrar la pizarra o encargarles actividades que les impliquen salir del aula.

-es conveniente conocer que estos niños tienen muchas cualidades: son rápidos mentalmente, intuitivos, sinceros, creativos y, por ello, deben ser valorados potenciando además estas cualidades.

-es fundamental no ridiculizar a estos niños en público y menos delante de sus compañeros.

-los problemas de rechazo con los compañeros deben ser tratados por el profesor ya que las relaciones con los iguales son fundamentales para su desarrollo y la autoestima del niño.

-supervisar al niño será de gran ayuda para el desarrollo del mismo.

2.11. PRONÓSTICO

La evolución de los niños con TDAH va a estar condicionada por una serie de factores. Algunos van a depender del propio paciente y otros relacionados con: su entorno familiar y social, la orientación escolar y el tratamiento médico.

En cuanto a los factores individuales, hay que destacar el nivel intelectual, (favorable para los más inteligentes), la intensidad de los síntomas, así como la patología comórbida asociada, (peor para los que presentan una actitud oposicional desafiante con tendencias a consumir alcohol o drogas).

El entorno familiar es posiblemente el factor más importante, resultando las familias de clase media con buena atención hacia estos niños el lugar más adecuado para ellos.

Otros factores fundamentales son la orientación escolar, el tratamiento farmacológico y el apoyo psicológico, tanto para el niño como para los padres. Es muy importante que mediante este tratamiento multimodal se obtenga lo mejor de estos niños dándoles todas las oportunidades posibles. Dependiendo de todos estos factores estará la evolución de estos pacientes.

Aproximadamente un 30% de estos niños van a tener un comportamiento, una personalidad y un funcionamiento durante la edad adulta que puede considerarse normal. Una mayoría de los niños con TDAH, que puede cifrarse entre el 50% y 60%, pueden seguir teniendo en la edad adulta signos más o menos importantes del trastorno, que se concretan, fundamentalmente, en problemas de concentración, impulsividad y conflictos sociales. Estos problemas afectan a su trabajo, dificultan las relaciones interpersonales, disminuyen su autoestima, les hace mostrar con facilidad una impulsividad, irritabilidad, ansiedad y labilidad emocional. Un tercer grupo, constituido por un 10% de los niños con este síndrome, va a presentar problemas psiquiátricos (depresión, que en algunos casos puede llegar al suicidio), otros problemas relacionados con la comercialización y el consumo de drogas y alcohol, así como un comportamiento antisocial que puede llevar a la criminalidad y abusos con la familia.

Los factores favorables y desfavorables que van a tener importancia en la evolución de los sujetos con TDAH cuando llegan a la edad adulta vienen expresados en las tablas V y VI del anexo.

CAPÍTULO 3: TÉCNICAS DE ACTUACIÓN EN EL AULA

3.1. LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

Estas técnicas se fundamentan en el llamado Modelo Conductual, y nacen como reacción a los postulados psicológicos que estaban vigentes a comienzo del siglo XX. Estas técnicas nacen de autores de la escuela rusa como Paulov, Sechenov o Betcherev y de psicólogos como Watson o Thorndike, pero será de la mano de Burrhus Frederic Skinner (1904-1990) quien con su teoría del Análisis Funcional de la Conducta daría una gran relevancia al modelo conductual.

La modificación de la conducta se entiende en psicología como el tratamiento de desórdenes comportamentales humanos mediante el reforzamiento de los comportamientos aceptables y la supresión de los que se consideran inaceptables. Para modificar estas conductas no deseadas se utilizan una serie de técnicas para minimizar o incluso eliminar comportamientos disruptivos. Algunas de estas técnicas de tratamiento conductual son las siguientes:

3.1.1. Reforzamiento positivo

Thorndike (1874-1949) formalizó la ley del efecto, afirmando que si a un estímulo le sigue una respuesta y después un estado placentero, se fortalecerá la conexión estímulo-respuesta. Tiempo después Skinner (1938) denominó reforzador positivo al estado placentero del que hablaba Thorndike. Por reforzador positivo podemos entender a cualquier premio que incremente la probabilidad de que la conducta deseada se repita. Por ejemplo: un alumno termina su tarea y a continuación le felicitamos.

3.1.2. Reforzamiento negativo

Se llama refuerzo negativo al aumento de probabilidad de una conducta, como consecuencia de la omisión de un estímulo desagradable para el niño, que se extrae del ambiente donde se encuentra. Por ejemplo: un niño acabará de comerse la sopa con la promesa de que no tendrá que comerse el pescado que tanto le disgusta. Por tanto la retirada del pescado es el refuerzo negativo.

3.1.3. Castigo positivo

Se produce cuando damos un estímulo desagradable cada vez que hacemos una conducta que se quiere eliminar. Por ejemplo: si a un niño que se muerde las uñas le aplicamos un producto específico amargo, cada vez que el niño se las muerda, recibirá un castigo positivo en forma de estímulo desagradable, ya que sus uñas saben amargas.

3.1.4. Castigo negativo o costo de repuesta

Consiste en la retirada de un estímulo agradable cuando se realiza una conducta que no es adecuada. Los autores (Olivares y Méndez, 2001, pp.165-167) definen el costo de respuesta como la pérdida de un reforzador positivo disponible con el objeto de eliminar

una conducta desadaptativa. Por ejemplo: si un niño hace algo inadecuado le dejamos sin recreo, es decir, le quitamos algo que le gusta.

3.1.5. Programa de economía de fichas

Teniendo en cuenta que la gran mayoría de niños con TDAH no prestan mucha atención a las tareas escolares al sentir una gran exigencia junto con una escasa valoración de su tarea, este tipo de programa es de gran utilidad. Este programa consiste en entregar al niño una cantidad de fichas al comenzar la sesión de tratamiento y, cada vez que el niño transgreda las normas que se establecieron al comenzar la sesión se le quitará una ficha. Al final se cambiarán las fichas que le queden al niño por premios.

3.1.6. Contrato de contingencia

Se negocia lo que se va a exigir al niño como las consecuencias de su cumplimiento o incumplimiento. Es importante comenzar por objetivos sencillos para progresivamente negociar metas más complejas. Los reforzadores deben ser negociados con el niño y variarlos. Un ejemplo de contrato de contingencia podría ser el siguiente:

CONTRATO

Contrato firmado entre _____(padre/madre) y _____(niño/a), que empezará a partir del día _____ por un período de _____ y que podrá ser revisado, renovado o renegociado con acuerdo de ambas partes.

- _____(niño/a) se compromete a:

-seguir el horario de estudio propuesto diariamente (1 punto por día seguido).

-aprovechar el horario de estudio de forma efectiva. Cada hora de estudio debe tener como resultado un resumen, un esquema, la ejecución de ejercicios (1 punto por cada actividad realizada).

-no poner excusas (1 punto por día).

-apuntar todos los ejercicios en la agenda y traer la agenda a casa (2 puntos).

- _____(padre/madre) se comprometen a:

-dar al niño los puntos conseguidos cada día.

-si el niño supera los 15 puntos diarios, puede elegir de la lista de reforzadores prefijados (colores, tebeos, jugar con el ordenador, etc.) uno de ellos. Los puntos no gastados se acumularán para canjearlos al final de la semana o cuando el contrato finalice. Si el niño supera semanalmente los 75 puntos, además de intercambiarlos por las recompensas prefijadas de la lista, será felicitado públicamente y se le dará un diploma de buena conducta.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firman este contrato

(padre/madre)

(niño/a)

3.1.7. Sobrecorrección

Consiste en remediar los efectos negativos de una conducta negativa. Hay dos tipos de sobrecorrección: la restitución, que consiste en corregir los efectos negativos de la conducta deseada y la práctica positiva, que consiste en la repetición de una conducta alternativa que sea adecuada. Por ejemplo: un niño dibuja en la pared por cuarta vez. Debemos decirle que la pared está sucia a causa de sus dibujos y que alguien tiene que limpiarla para que quede bien. Le damos al niño los materiales de limpieza necesarios y supervisamos el proceso de limpieza.

Después le explicamos que la zona limpiada ha quedado más clara que el resto de la pared, de manera que hay que limpiar esa parte también. Si el niño no quiere hacerlo, debemos comentarle tranquilamente que comprendemos cómo se siente pero que es evidente que no ha sabido limpiarla lo suficientemente bien y que le vamos a enseñar cómo hacerlo. Cuando todo esté limpio, preguntaremos al niño cuál es el lugar para dibujar. Si vuelve a dibujar en la pared repetiremos todo el proceso.

3.1.8. Tiempo fuera

Esta técnica consiste en retirar el acceso de los refuerzos durante un período de tiempo, aproximadamente durante veinte minutos, cuando el niño comete acciones negativas. Una vez que ha pasado el tiempo el niño puede regresar a sus actividades. Esta técnica

se utiliza cuando la conducta del niño no puede ser ignorada. Es importante no plantearla como un castigo, sino como un tiempo de reflexión para que el niño pueda pensar en la que hizo. Por lo tanto es una manera de enseñar a los niños a controlar su conducta y reflexionar sobre como tendría que actuar. Por ejemplo: tenemos a un niño en clase que no realiza los ejercicios y que en su lugar se dedica a jugar. Decidimos aplicar una técnica que disminuya su conducta y aplicamos la técnica del tiempo fuera. Para ello cada vez que el niño se encuentre jugando en lugar de hacer los ejercicios, lo aislamos a una zona alejada de sus compañeros por un tiempo determinado. Pasados unos minutos le invitamos a incorporarse a la clase y le explicamos que si vuelve a mantener esa conducta repetiremos el proceso.

3.1.9. Extinción

Este procedimiento parte del principio según el cual cualquier conducta que se repita con cierta frecuencia, se debe a que está siendo reforzada o premiada de alguna manera. Este procedimiento es más lento que otras técnicas por lo que no debemos utilizarlo en aquellos comportamientos que queremos eliminar de manera inmediata. Consiste en no aplicar ningún refuerzo o no prestar atención hacia conductas negativas. Es importante retirarse cuando el niño está fuera de control y no criticar en presencia del niño su conducta. Por ejemplo: dejar de prestar atención al alumno, siempre que se pueda, cuando está molestando.

3.1.10. La intención paradójica

Esta técnica fue expuesta originariamente por el Dr. Víctor Frankl en 1936. Mediante su aplicación podemos invitar al alumno a que tenga el comportamiento que deseamos evitar. De esta manera posicionamos al niño ante una situación de perplejidad ya que evitamos entrar en su dinámica de provocación. Por ejemplo: tenemos a un niño en clase que habla mientras el profesor está explicando. En lugar de pedirle que guarde silencio le vamos a decir que hable todo lo que quiera y a continuación toda la clase se mantiene en silencio mientras habla.

3.2. ENTRENAMIENTO EN AUTOINSTRUCCIONES

Estas técnicas nacen en la década de los años 60 con los trabajos de Meinchebaum para trabajar con niños hiperactivos. Estas técnicas estaban apoyadas por los estudios de

autores soviéticos como Luria, Vigotsky y Piaget. Con esta técnica se modifican los pensamientos que un alumno realiza cuando tiene que afrontar una tarea, sustituyéndolos por otros más apropiados para realizar con éxito cualquier tarea. La idea sobre la que se apoya este modelo es que el lenguaje utilizado por cada niño, le va a condicionar y guiar su conducta, por esto si modificamos este lenguaje estaremos a la vez modificando su conducta. Estas autoinstrucciones son una manera de hablarse a sí mismo, con el objetivo de establecer unas pautas mediante las cuales el niño pueda afrontar y resolver las tareas.

El procedimiento para el aprendizaje en autoinstrucciones consta de los siguientes pasos:

1º El maestro actúa como modelo y realiza una tarea delante del niño, diciendo los pasos en voz alta, es decir pensando y detallando los pasos que va siguiendo mientras realiza la tarea.

2º A continuación es el niño quien va a realizar la misma tarea siguiendo las instrucciones que el maestro va dando en voz alta.

3º En esta fase va a ser el niño quien realice la tarea a la vez que va diciendo en voz alta los pasos que va siguiendo.

4º A continuación el niño realiza de nuevo la tarea pero verbalizando en voz baja.

5º En este momento el niño es capaz de guiar su propio comportamiento mediante las autoinstrucciones.

Se describe a continuación un ejemplo de tarea escolar, como pintar un rectángulo en la pizarra (Santacreu, 1983). En el ejemplo siguiente el maestro tiene como objetivo mejorar los repetidos fracasos de los niños con hiperactividad. Teniendo en cuenta el planteamiento expuesto, el maestro comenzará el ejercicio de la siguiente manera:

Vamos a ver, ¿qué es lo que tengo que hacer? Tengo que pintar un rectángulo en la pizarra. Muy bien. ¿Cómo puedo hacerlo? Tengo que ir despacio y con cuidado. Primero pinto una línea hacia abajo....un poco más....bien....eso es....Después tengo que ir hacia la derecha....eso es....Lo estoy haciendo bastante bien. Recuerda que hay que ir despacio. Ahora tengo que ir hacia arriba ¡No! No tan desviado hacia la derecha....Bueno no pasa nada....ahora borro la línea y veamos....aunque cometa un error puedo

continuar. Lo borro y voy más despacio. Recto hacia arriba....eso es. Tengo que ir con cuidado para hacer los dos lados iguales. Muy bien, ya lo tengo. Ahora tengo que unir los dos lados por aquí. Despacio....Bien, ya he terminado ¡Lo he hecho!

Con el siguiente ejemplo, lo que se intenta es que el niño ante una tarea se pregunte: ¿qué tengo que hacer? y ¿cómo tengo que hacerlo?

CAPÍTULO 4: CONCLUSIONES

El TDAH es la patología psiquiátrica más estudiada en la infancia y el segundo trastorno con mayor prevalencia en edades tempranas, con una prevalencia entre el 7% y el 10%. Los primeros síntomas se van a manifestar tanto en el ambiente familiar como en la escuela. Por ello, los docentes deben tener los conocimientos necesarios para poder abordar esta situación que cada día cobra más importancia, por la gran cantidad de casos que se presentan. El docente no debe ser quien diagnostique este síndrome, pero en muchas ocasiones será junto con las familias quien observe los primeros síntomas e inicie las actuaciones necesarias para poder ofrecer a estos niños y a sus familias afrontar esta situación con las mayores posibilidades de éxito.

En cuanto al tratamiento, el presente trabajo ha mostrado las principales líneas de intervención exponiendo los diferentes medicamentos, terapias conductuales, ayuda psicológica y pedagógica. En la actualidad, parece existir un consenso sobre la intervención multimodal, es decir, una combinación de terapias conductuales, psicológicas y pedagógicas para el niño, así como una atención específica para los padres. Donde existe una mayor discrepancia es en la utilización del tratamiento farmacológico. Por un lado, para muchos especialistas, este debe formar parte del tratamiento multimodal mientras que para otros este debe excluirse, alegando posibles efectos adversos y defendiendo que mediante la utilización combinada de otras terapias se pueden obtener los mismos resultados. En este punto todavía no se ha alcanzado un consenso.

En cuanto a las técnicas de modificación de la conducta que podemos utilizar en el aula, el presente trabajo ha mostrado los principales procedimientos de actuación para sustituir las conductas inadecuadas, que habitualmente presentan estos niños, por otras que les permitan mejorar sus habilidades sociales como son: reforzamiento positivo,

reforzamiento negativo, castigo positivo, castigo negativo, programa de economía de fichas, contrato de contingencia, sobrecorrección, tiempo fuera, extinción, intención paradójica y entrenamiento en autoinstrucciones. El aprendizaje y desarrollo de estas nuevas conductas les va a permitir adaptarse con éxito tanto en su entorno social en el colegio como en su ámbito familiar.

En conclusión, los docentes debemos establecer vínculos comunicativos tanto con las familias como con el sistema escolar, a fin de proporcionar una atención real y concreta a las necesidades y requerimientos que estos niños necesitan ya que la falta de atención, impulsividad y la hiperactividad, son síntomas que van a ir en detrimento del rendimiento escolar, representando por ello un desafío tanto para las familias como para los profesores. Hay que tener en cuenta que en la actualidad no existe un programa de trabajo específico para estos pacientes, por lo que está en las manos de las familias y de los docentes la responsabilidad de conducir a estos niños para que puedan lograr alcanzar un éxito en sus vidas.

LIMITACIONES DEL TRABAJO

Para la elaboración del presente trabajo se ha tenido en cuenta las investigaciones, publicaciones y estudios realizados tanto en países europeos como americanos ya que es en estos países donde se ha investigado con mayor profundidad, llevándose a cabo estudios pioneros en este campo que han sido recogidos en numerosos estudios y publicaciones que se han convertido en referentes a nivel mundial. A este respecto se ha podido constatar que incluso en estos continentes existe una descoordinación entre los baremos de definición del TDAH limitando la investigación del presente trabajo.

Por otro lado, la falta de una bibliografía fiable sobre este síndrome en otros continentes como Asia o África ha impedido poder establecer una comparativa con respecto a los datos que han sido manejados en relación con el diagnóstico, tratamiento e intervención, así como los efectos de las técnicas de modificación de la conducta en el comportamiento de estos niños.

PROSPECTIVA

Las nuevas líneas de investigación en el campo del TDAH están desarrollando nuevos avances en diferentes áreas.

En el ámbito de la farmacología se sigue avanzando en el desarrollo de nuevos medicamentos como la clonidina, lisdexanfetamina y guanfacina para tratar los principales síntomas del TDAH y sus efectos secundarios. Además se está trabajando en nuevos fármacos que mejoren los posibles cuadros que habitualmente van asociados a este síndrome, como la dislexia.

En el área educativa, en nuestro país se está avanzando hacia la elaboración de protocolos para la atención del TDAH en el aula. Por ejemplo en Cataluña y Andalucía han aprobado estos protocolos de actuación que mejorarán la calidad educativa de estos niños en su etapa escolar.

En el ámbito familiar se está trabajando en la elaboración y difusión de nuevas guías para sensibilizar a las familias del papel tan importante que desempeñan en la evolución de estos niños.

En el campo científico las líneas de investigación están basándose en nuevos descubrimientos en Neuroimagen y Genética así como en la mejora de instrumentos para el diagnóstico del TDAH (adaptación de escalas diagnósticas y nuevos tests).

En cuanto a los tratamientos se está apostando por hacer una personalización de los mismos para de esta manera conseguir una mayor eficacia en los resultados.

Por tanto todos estos avances auguran un futuro esperanzador en el diagnóstico, tratamiento y evolución del TDAH.

Para futuras investigaciones personales se propone aplicar los métodos y técnicas de manejo de la situación expuestos en este trabajo en aulas con niños con TDAH.

Según mi experiencia el uso de estas técnicas contribuye a la mejora de las conductas inapropiadas, que estos niños suelen manifestar, ya que les obliga a reflexionar sobre estos comportamientos disruptivos que si no son corregidos pueden conducirles a un aislamiento social que será claramente nocivo para su desarrollo tanto personal como social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación de Psiquiatría Americana (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- Barkley, R.A. (2002). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades*. Barcelona: Paidós Ibérica
- Biderman, J. (2004). *Impact comorbidity in adults with attention-deficit / hyperactivity disorder*. J Clin Psychiatry.
- Buendía, J. (1996). *Psicopatología en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Gorostegui, M. (2011). *Síndrome de Déficit Atencional con Hiperactividad: Estilo Cognitivo y Rendimiento Escolar (un Enfoque Sistémico- Ecológico)*. Psykhe, 6(2), 63-70.
- Miranda, A. y Santamaría, M. (1986). *Hiperactividad y dificultades de aprendizaje: Análisis y técnicas de recuperación*. Valencia: Promolibro.
- Orjales, Villar. I. (1998). *Déficit de Atención con Hiperactividad: Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE. Ciencias de la Educación Preescolar y Especial
- Olivares, J. y Méndez, F.X. (1998). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pascual-Castroviejo, I. (2009). *Síndrome de Déficit de Atención: Hiperactividad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Weiss, G. Hechtman, L. (1993). *Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescents, and adults*. New York: Guilford Press.
- Asociación Española de Pediatría. Recuperado el 5 de abril de 2013 de <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20-tdah.pdf/> -

Clínica Universidad de Navarra. Recuperado el 8 de marzo de 2013 de <http://www.cun.es/area-salud/enfermedades/psiquiatricas/trastorno-deficit-atención-hiperactividad-tdah-descripción-diagnóstico/>

Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa. Recuperado el 2 de abril de 2013 de

<http://sauce.pntic.mec.es/falcon/progtdah.pdf/>

Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad. Recuperado el 14 de marzo de 2013 de

<http://www.feadah.org/tdah/>

Fundación Adana. Recuperado el 4 de marzo de 2013 de

<http://www.fundacionadana.org/>

Fundación Cadah. Recuperado el 2 de marzo de 2013 de

<http://www.fundacioncadah.org/web/>

Postadopcon. Recuperado el 16 de marzo de 2013 de

<http://www.postadopcion.org/pdfs/GUIApracticaTDAH.pdf/>

Psicodiagnosis.es. Recuperado el día 15 de junio de 2013 de

<http://www.psicodiagnosis.es/areaespecializada/tecnicasdeintervencion/tecnicasconductualesaplicadasanios/index.php>

PsicoPedagogia.com. Recuperado el 26 de marzo de 2013 de

<http://www.psicopedagogia.com/trastorno-por-deficit-de-atencion./>

ANEXO

Tabla I. Criterios del DSM-IV PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TDAH

El diagnóstico requiere evidencia de los tres signos fundamentales del síndrome: Déficit de atención, impulsividad e hiperactividad.

1. Déficit de atención:

Seis o más de los siguientes síntomas persistiendo por al menos seis meses a un grado que es mala adaptación e inconsistente con el nivel de desarrollo que debería tener el paciente:

- Fallo para prestar atención profundamente a los detalles.
- Dificultad para sostener la atención en las actividades.
- No escucha cuando se le habla directamente.
- No sigue las instrucciones que se le dan.
- Dificultades para seguir conversaciones.
- Evita las conversaciones que requieren esfuerzo mental sostenido.
- Pierde u olvida cosas necesarias para las actividades.
- Se distrae fácilmente por estímulos externos.
- Es olvidadizo en las actividades diarias.

2. Hiperactividad e Impulsividad:

Persistencia, por al menos durante seis meses, de seis de los siguientes síntomas:

- Hiperactividad.
- Es intranquilo.
- Se levanta del asiento cuando debería permanecer sentado.
- Va de un sitio para otro en situaciones en las que debería estar quieto.

- Tiene dificultades para jugar sosegadamente.
- Actúa como si "estuviera movido por un motor."
- Habla excesivamente.
- Impulsividad.
- Contesta las preguntas antes de serle formuladas.
- Tiene dificultades para esperar su turno.
- Interrumpe o molesta a los otros niños.

(Extraída de Asociación Americana de Psiquiatría, 1994).

En la actualidad no existe una prueba única para el diagnóstico del TDAH. Para la elaboración de un buen diagnóstico se deben realizar dos tipos de pruebas. Por un lado unas pruebas médicas en combinación con unas clínicas, además de una evaluación a nivel psicológico y pedagógico.

Tabla II. Factores familiares y psicosociales que pueden desequilibrar al niño y originar un cuadro similar al TDAH

- Muerte de un familiar o amigo muy querido.
- Madre con trastorno mental.
- Familia numerosa.
- Padre alcohólico, drogadicto, delincuente o en paro.
- Peleas de los padres.
- Clase social baja con ambiente poco afectuoso.
- Vivir en un barrio conflictivo. –Vivir fuera del hogar y sin afecto.
- Cambio brusco de mejor a peor nivel económico y social.

(Extraída de Pascual-Castroviejo, 2001. P. 19).

Tabla III. Trastornos comórbidos.

- Problemas de afectividad.
- Dificultades para el aprendizaje: fracaso escolar.
- Trastornos del lenguaje y de la comunicación.
- Conducción de vehículos y psicopatología asociada.
- Ansiedad y trastornos del humor.
- Comportamiento impulsivo-agresivo.
- Comportamiento antisocial.
- Actitud oposicional desafiante.
- Trastornos de la coordinación. Tics crónicos o síndrome de Gilles de la Tourette.

(Extraída de Pascual-Castroviejo, 2001.p.21).

Tabla IV. Diagnóstico diferencial del TDAH con otros tipos de patología.

- Alteraciones de la conducta.
- Problemas de aprendizaje.
- Actitudes contestatarias y desafiantes.
- Síndrome de Gilles de la Tourette.
- Alteraciones del lenguaje.

- Trastornos que afectan la atención.
- Trastornos de ansiedad (p.ej., ansiedad por separación, super-ansiedad u obsesión).
- Trastornos del humor (p.ej., trastornos afectivos mayores, manía, depresión).
- Esquizofrenia o psicosis.
- Resistencia generalizada a la hormona tiroidea, hipertiroidismo.
- Abuso de drogas.

(Extraída de Asociación Americana de Psiquiatría, 1994).

Tabla V. Factores favorables para la evolución de los sujetos con TDAH.

- Trastorno poco severo.
- Buen nivel intelectual.
- Familia de clase media y bien avenida.
- Colegio en el que sepan o puedan acoplarlo.
- Toda la paciencia del mundo con ellos.
- Buen entendimiento de padres y profesores.
- No darles ni exigirles más de lo razonable.
- Evitar compañías poco recomendadas.
- No fumar, no beber alcohol, no consumir drogas.
- Adecuado encauzamiento profesional.
- Buena elección de la pareja.

- No sobrepasar su nivel de competencia.

(Extraída de Pascual-Castroviejo, 2001, p.82).

Tabla VI. Factores desfavorables para la evolución de los sujetos con TDAH.

- Afectación severa.
- Nivel mental bajo.
- Familia de clase: muy alta o muy baja (importante familia y zona de la ciudad donde habita).
- Problemas familiares, puede haber otros también.
- Crianza mal orientada.
- Rotación por muchos colegios (por diversas causas).
- Demasiada libertad.
- Consumo de alcohol, tabaco y/o drogas.
- Excesiva agresividad.
- No encauzamiento profesional.
- Mala elección de pareja.
- Mal control de la impulsividad.
- Muchos trastornos comórbidos.
- Estar a nivel de incompetencia en la función que desempeñe.

(Extraída de Pascual-Castroviejo, 2001, p 83).