



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Educación

EL TDAH EN NIÑOS DE 4-5 AÑOS

Trabajo fin de grado presentado por:
Titulación:
Director/a:

Margarida Borràs Talens
Grado de Maestro en Educación Infantil
Eva Solera Hernández

Ciudad: Valencia
Junio 2012
Firmado por: Margarida Borràs Talens

CATEGORÍAS TESAURO: Psicología de la educación

ÍNDICE

1. RESUMEN	4
2. INTRODUCCIÓN	5
3. MARCO TEÓRICO	6
3.1. Concepto de TDAH.....	6
3.2. Características del trastorno.....	8
3.3. Evolución del TDAH	10
3.3.1. Causas.....	10
3.3.2. Curso del trastorno	11
3.4. Diagnóstico.....	13
3.4.1. Qué no es TDAH	17
3.4.2 Evaluación del TDAH	19
3.5. Tratamiento.....	23
3.6. Investigaciones recientes.	26
3.7. Legislación relacionada con la atención educativa del alumnado con TDAH	28
4. JUSTIFICACIÓN.....	30
5. METODOLOGÍA	32
5.1. Objetivos	32
5.2. Desarrollo	32

5.3. Propuesta de intervención	33
6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	43
7. LIMITACIONES Y PROSPECTIVA.....	46
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
9. ANEXOS	53
 ANEXO 1. Cuestionario de conducta de Conners	53
ANEXO 2. Escala de evaluación de síntomas o problemas	55
ANEXO 3. Propuesta de intervención.....	56
ANEXO 4. Pautas para educadores	72
ANEXO 5. Pautas para padres	76

1. RESUMEN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más frecuentes en la infancia y que perdura a lo largo de toda la vida. El diagnóstico no suele realizarse hasta los 6 años, cuando el niño comienza la educación primaria, pero lo cierto es que la mayoría de síntomas, aunque difíciles de detectar, están presentes a edades más tempranas. El aumento de casos de hiperactividad en menores de 6 años demuestra la necesidad de una intervención temprana que evite dificultades mayores a edades más avanzadas. El presente trabajo se ha basado en una revisión bibliográfica para conocer de cerca este trastorno y proponer un programa de intervención dirigido a niños de educación infantil de 4-5 años. Para complementarlo también se ofrecen a padres y educadores una serie de pautas para facilitar la convivencia y la integración de estos niños en la vida cotidiana.

Palabras clave: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, problemas conductuales, propuesta de intervención, educación infantil, pautas, tratamiento psicoeducativo.

2. INTRODUCCIÓN

El TDAH se ha convertido en uno de los motivos más frecuentes de consulta en pediatría porque, aunque no suele ser hasta los 6-7 años cuando se realiza el diagnóstico más exacto, este trastorno comienza a manifestarse a edades más tempranas, motivo por el cual nos hemos centrado en la investigación del TDAH en niños en edad preescolar, concretamente de 4-5 años, para elaborar este trabajo.

Es normal que los niños corran, salten, se despisten, etc., pero cuando estos comportamientos dificultan las relaciones entre los niños y sus cuidadores o cuando alteran su vida cotidiana en casa y en la escuela, suelen estar asociados a un trastorno más complejo.

El presente trabajo ha sido realizado con el objetivo de profundizar sobre el TDAH. En un principio se ha procedido a realizar una investigación bibliográfica sobre el trastorno, para elaborar después la propuesta de un programa de intervención, además de proporcionar unas pautas a seguir tanto en casa como en la escuela para mejorar la situación de los niños de 4-5 años.

A través de la revisión bibliográfica de diversos textos y de las investigaciones más recientes sobre el tema llegamos a la conclusión de que es necesaria una intervención temprana, así como un correcto diagnóstico del TDAH en los niños de educación infantil con el objetivo de paliar las dificultades que este trastorno conlleva cuando comienzan la escuela primaria.

Antes de continuar con los datos recogidos en la revisión bibliográfica, queremos aclarar que en el presente trabajo vamos a referirnos con el término “niños” tanto a alumnos como alumnas de educación infantil que, aunque por su corta edad, no han sido diagnosticados, presentan síntomas característicos de TDAH.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Concepto de TDAH

Consideramos conveniente comenzar el presente trabajo definiendo el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

Este trastorno fue descrito científicamente por primera vez en 1902 por Still, aunque no fue hasta 1980 cuando se alcanza un consenso científico que permite llegar a la descripción actual. Actualmente el DSM IV-TR (2008) define el TDAH como “un determinado grado de déficit de atención y/o hiperactividad-impulsividad que resulta desadaptativo e incoherente en relación con el nivel de desarrollo del niño y está presente antes de los 7 años de edad”.

Se trata de un trastorno neurobiológico innato, con importante carga genética, caracterizado por 3 tipos distintos de síntomas, sobre los cuales se formula el diagnóstico: inatención, hiperactividad e impulsividad.

Según Rodríguez (2010) es un síndrome que afecta fundamentalmente a la conducta, pero también a las funciones ejecutivas, puesto que se produce un mal funcionamiento del lóbulo frontal (Bonet, Solano y Soriano, 2007). Como indica Barkley (2011) “las funciones ejecutivas son necesarias para planificar, organizar y llevar a cabo conductas humanas complejas durante largos periodos de tiempo. En los niños con TDAH esta parte ejecutiva del cerebro funciona de manera poco eficaz”. Estas funciones permiten al sujeto centrar su atención y distinguir los estímulos que le llegan y que son irrelevantes para seguir el plan que se ha trazado con el fin de llegar a la meta. En el caso de los niños hiperactivos, estas funciones se encuentran dañadas, por lo que les resulta muy difícil e incluso imposible centrar su atención, ignorar determinados estímulos y autocontrolarse. De esta manera, podemos decir que el funcionamiento inadecuado de estas funciones se traduce en dificultades en las siguientes áreas:

- Control de impulsos, como consecuencia de una inadecuada respuesta inhibitoria y dificultades para esperar las recompensas (tiene que ser “ya”).
- Manejo de la actividad en determinadas situaciones.
- Regulación de las emociones, motivaciones y momentos de alerta/atención.
- Rendimiento del trabajo variable.

El TDAH es uno de los trastornos más comunes de la infancia. Se estima que aproximadamente un 5% de los niños en edad escolar se ven afectados por este tipo de trastorno, siendo más común en niños que en niñas (5 niños por cada niña), aunque este dato no es del todo cierto, ya que el problema radica en que en las niñas es más difícil observar este tipo de conductas (Nalda, 2009).

Atendiendo al grado en que se presentan estos síntomas, así como a la predominancia de unos u otros, el DSM-IV-TR distingue 4 subtipos (Moreno, 2005):

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo con predominio de déficit de atención. Este tipo se caracteriza porque los síntomas de desatención destacan sobre los demás.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo con predominio hiperactivo-impulsivo. En este trastorno los síntomas de hiperactividad-impulsividad adquieren mayor protagonismo.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo combinado. Se produce una combinación de ambos tipos de síntomas en el mismo grado.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de tipo no especificado. Se utiliza si el niño presenta síntomas de desatención y/o hiperactividad-impulsividad pero no puede clasificarse dentro de los grupos anteriores por no cumplir los criterios.

Cabe resaltar que el Trastorno por Déficit de Atención puede darse sin síntomas de hiperactividad, pero no es posible separar la hiperactividad de la impulsividad.

3.2. Características del trastorno

El niño con TDAH suele ser descrito, según Barbarroja (2009), como un niño despistado, desordenado, que se olvida de todo, no se fija, pierde sus cosas, suele tener dificultades para mantener la atención y planificarse. Si, además, manifiesta síntomas de hiperactividad es un niño que se mueve mucho, con dificultades para estar quieto, impaciente, impulsivo, hablador...

Pese a que el TDAH no se manifiesta en todos los casos de la misma manera ni con los mismos síntomas, podemos definir una serie de características comunes a todos ellos, según las investigaciones realizadas por Barbarroja (2009), Nalda (2009), Soutullo (2008) y Moreno (2005), entre otros:

- Problemas de conducta. Los niños con TDAH suelen ser desobedientes, insensibles al castigo, impulsivos, tercos y obstinados, tienen dificultad para seguir comportamientos reglados y, a menudo, son agresivos y tienen “rabietas”, necesidad de tenerlo todo “ya mismo”.
- Comportamiento temerario. Son impulsivos, hacen y dicen las cosas sin pensar en las consecuencias, lo cual deriva en la tendencia a sufrir accidentes. En general tienen una conducta destructiva.
- Déficit en las habilidades interpersonales y sociales. Presentan problemas para relacionarse, dadas sus dificultades y alteraciones de conducta. No saben esperar el turno de palabra, interrumpen, son muy competitivos.
- Dificultad en la regulación emocional. Muestran ansiedad, baja autoestima, cambios de humor, etc.
- Problemas en la regulación del sueño o los hábitos alimentarios.
- Se mueven en exceso, sobre todo las manos y los pies, y les cuesta mantenerse sentados. Son incapaces de jugar tranquilamente.
- Déficit en la distribución del esfuerzo motivacional. Se trata de niños que si no están muy motivados por una cosa son incapaces de esforzarse, no encontrando un punto medio.

- Dificultades en el rendimiento académico. Presentan bajo rendimiento escolar, problemas de aprendizaje, se distraen fácilmente, no atienden, no terminan las actividades que empiezan, tienen dificultad para organizarse en sus tareas, son olvidadizos.
- Alteración de la fluencia verbal. A menudo suelen hablar más deprisa de lo que están pensando, de manera que, a veces, hablan “sin pensar”.
- Necesidad de llamar la atención. Está determinada por la baja autoestima, ya que en muchas ocasiones, al sentirse inseguros, tratan de hacerse notar en todo aquello que hacen.

Además de los síntomas comentados, el TDAH suele llevar consigo otro tipo de síntomas o trastornos asociados: de conducta, ansiedad, tics, problemas de aprendizaje, baja autoestima, etc.

En la Tabla 1, que presentamos a continuación, se recogen algunos problemas asociados al TDAH.

Tabla 1. Problemas asociados al TDAH.

PROBLEMAS ASOCIADOS AL TDAH			
COMPORTAMENTALES	RELACIONALES - PERSONALES	ESTADOS DE ANIMO	DIFICULTADES ACADÉMICAS
- Desafiantes - Oposicionistas - No respetan normas - Pérdida de control ante exigencias	- Rechazo por el grupo de iguales - Falta de habilidades sociales - Etiquetados por el entorno social - Baja tolerancia a las críticas	- Dominados por la desilusión - Estado de ánimo decaído - Baja tolerancia a la frustración - Cambios bruscos de humor	- Planificación - Procesamiento del pensamiento - Memoria de trabajo - Relaciones espacio-temporales - Coordinación visomotora - Orden y pulcritud

Fuente: ADAHigi, AHIDA & ANADAHÍ (2006). *Guía de actuación con el alumnado con TDA-H*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

3.3. Evolución del TDAH

En este apartado haremos una breve descripción de las posibles causas de este trastorno, comentaremos cómo va evolucionando a medida que crece el niño, además de realizar una aproximación a las características específicas en los 4-5 años, que pese a no estar diagnosticados como hiperactivos, muestran claros síntomas de este trastorno.

3.3.1. Causas

Aunque el TDAH se ha convertido en un trastorno muy investigado en las últimas décadas, no se conoce la causa exacta que lo origina. En las numerosas investigaciones llevadas a cabo a lo largo de los años se demuestra que está relacionado con factores biológicos, genéticos y otras variables propias del ambiente del niño, por lo que podemos decir que es un trastorno multifactorial.

En 1914 el doctor Tredgold afirmaba que el TDAH podría ser causado por una disfunción cerebral mínima, una encefalitis letárgica que afecta al área comportamental del cerebro, derivando en los distintos problemas comentados cuando hablábamos de los síntomas del trastorno (Rodríguez, 2010).

Como señalamos anteriormente, el TDAH es un trastorno que puede ser consecuencia de diversas causas. Una de las más notables es la alteración en el funcionamiento de dos neurotransmisores cerebrales, la noradrenalina y la dopamina, que no funcionan de manera adecuada en algunas áreas del cerebro, sobre todo en las encargadas del control de las funciones ejecutivas.

Algunas investigaciones, como las realizadas por el neuropediatra Mulas (2012), en el Instituto Valenciano de Neurología Pediátrica, han resaltado el carácter hereditario del trastorno, ya que un número considerable de padres de niños hiperactivos manifestaron conductas de este tipo durante su infancia, lo que lleva a pensar en la importante influencia genética como causa de este trastorno.

Por otra parte, el ambiente familiar, social y educativo que rodea al niño también influye directamente sobre el trastorno. Diversos estudios demuestran que “entre los familiares del niño hiperactivo son más frecuentes los alcohólicos, depresivos y los que cuentan con un largo historial de infracciones legales” (Polaino & Ávila, 2004).

Las investigaciones más recientes han ido avanzando en esta dirección, logrando identificar algunos factores ambientales de riesgo. Moreno (2005) indica los siguientes:

- Consumo de alcohol o tabaco durante el embarazo, mala alimentación y salud de la madre.
- Complicaciones perinatales.
- Mala salud del niño y retraso del desarrollo.
- Condiciones socioeconómicas adversas y nivel educativo bajo de los padres o cuidadores.
- Aparición temprana de altos niveles de actividad en los primeros años y/o preescolar.
- Estilo educativo crítico y directivo de los padres en los primeros años de la vida del niño.

Considerar que el ambiente es el principal causante del trastorno por déficit de atención con hiperactividad puede resultar erróneo porque, si fuera así, al modificar el ambiente del niño los síntomas remitirían, y esto no sucede. Por tanto debemos tener en cuenta más factores a la hora de determinar cuál es la causa del TDAH.

3.3.2. Curso del trastorno.

El TDAH no es un trastorno que se cura o desaparece, sin embargo la sintomatología puede mejorar considerablemente gracias al tratamiento multidisciplinar adecuado. Los niños que son tratados desde edades muy tempranas tienen muchas posibilidades de llegar a controlarlo y conseguir que las consecuencias negativas sean mínimas en su vida diaria.

Aunque el TDAH no se suele diagnosticar hasta los 7 años, cuando el niño ya ha entrado en la escuela primaria y son más evidentes los síntomas, cabe resaltar que estos ya aparecen en la etapa infantil. Por eso, vamos a hablar de posible TDAH en niños de Educación Infantil, concretamente de 4 y 5 años de edad. En estas edades, el niño con signos de hiperactividad muestra problemas de adaptación social, desobediencia, problemas de comunicación y dificultad en el seguimiento de las normas.

Siguiendo a Nalda (2009), el principal problema con el que se encuentran estos niños en la etapa de infantil es la dificultad para seguir órdenes y adquirir hábitos. Estos alumnos requieren que maestros y educadores supervisen sus tareas y conductas más que las de cualquier otro. Son inquietos, suelen causar alboroto en las aulas y, en consecuencia, son tachados como niños “malos” o incluso “maleducados”. En la etapa de infantil el juego es un elemento base para su desarrollo y en este ámbito también encuentra problemas, ya que su dificultad para respetar reglas o simplemente compartir con otros le impide desarrollar un juego “sano” y satisfactorio.

La misma autora señala que:

Los niños TDAH en la vida y trabajo de aula, van un poco ‘cojeando’ respecto a sus compañeros en algún aspecto. Muestran un temperamento más negativo y emocionalmente son más vulnerables que los demás. Habitualmente se acostumbran a que les reprendan y castiguen, se debe decir que realmente se hacen acreedores de ser regañados y castigados; no obstante, debemos ser conscientes de que un niño no puede ‘vivir sancionado’ continuamente (Nalda, 2009; p. 22).

Teniendo en cuenta estas palabras observamos la necesidad de destacar que un niño con TDAH no puede ser considerado como “malo” o “desobediente”, ya que estos comentarios o actitudes pueden afectar a su autoestima y crear un efecto “rebote” que agrave los comportamientos indeseados.

En esta línea Domenech (2004) comenta que:

En la etapa de Educación Infantil se observa que despliegan un juego más inmaduro, funcional o sensoriomotor y menos social y simbólico y contractivo, haciendo un uso monótono y estereotipado de los materiales para jugar. Además mantienen menos conversaciones con los compañeros, son poco cooperadores y pasan un tiempo considerable mirando los objetos del aula. Es frecuente que desarrollen hábitos o tics nerviosos, que se muestren más tensos y ansiosos, que sufran cólicos y otros problemas como dolores de cabeza o de estómago y experimenten problemas de lenguaje y habla (p. 46).

De esta manera, podemos ver que el TDAH no es un trastorno que aparece repentinamente a los 6-7 años, sino que sus síntomas ya están presentes en la edad infantil, siendo necesaria una correcta observación de los mismos y un diagnóstico temprano que permita realizar una intervención eficaz desde el inicio del trastorno.

3.4. Diagnóstico

El TDAH es un trastorno que no resulta fácil de medir. Para poder llevar a cabo un diagnóstico completo es necesaria la valoración de todas las variables, así como la información que puedan aportar los distintos agentes responsables de la educación del niño.

Fundamentalmente es un diagnóstico clínico, pero las fuentes de información deben ser variadas y multidisciplinarias, ya que para poder realizar el diagnóstico es necesario abordar el trastorno desde distintas perspectivas, a través de entrevistas con el propio niño, así como con los padres y educadores, observando al niño en los principales contextos, etc.

Es muy importante tener en cuenta que el TDAH, aunque suele diagnosticarse a los 6-7 años, cuando el niño tiene su primer contacto con la escuela primaria, no es un trastorno que aparece de la noche a la mañana, sino que sus síntomas deben

estar presentes a edades más tempranas. Sin embargo, muchos niños son inquietos y no por ello hiperactivos, por lo que el diagnóstico y la evaluación deben llevarse a cabo de una manera rigurosa. Es frecuente y normal que los niños jueguen y se muevan, lo que no es normal es que lo hagan en determinadas tareas que requieren un mínimo de atención y concentración.

A la hora de diagnosticar el TDAH es fundamental utilizar los criterios del DSM IV-TR (First, 2009), que recogemos en la Tabla 2.

Tabla 2. DSM-IV TR. Criterios para el diagnóstico del TDAH (First, 2009).

A.

1. Seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses, con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Falta de atención (o desatención)

(a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades

(b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas

(c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente

(d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)

(e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades

(f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)

(g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. Ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)

(h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes

(i) a menudo es descuidado en las actividades diarias

2. Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

(a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento

(b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado

(c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)

(d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio

(e) a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor

(f) a menudo habla en exceso

Impulsividad

(a) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas

(b) a menudo tiene dificultades para guardar turno

(c) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. Ej. se entromete en

conversaciones o juegos)

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. Ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa)

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. Ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad)

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado

Si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención

Si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo

Si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses

Fuente: First, M.B. (2009). *DSM IV-TR: Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Elsevier Masson.

Como hemos podido observar, en el caso de los niños en edad preescolar es difícil diagnosticar el TDAH, no obstante las consultas al pediatra por este motivo han aumentado en los últimos años considerablemente. Esto ha llevado a Vaquerizo (2005) a distinguir 9 síntomas clínicos del preescolar hiperactivo, tal y como se recoge en la Guía de la Junta de Andalucía (2008, p.10):

1. Pobre desarrollo del juego social (asociativo-cooperativo).
2. Preferencia por los juegos deportivos sobre los educativos.
3. Actitud “desmontadora” ante los juguetes, Pobre interés sostenido por el juego con juguetes.
4. Retraso en el lenguaje.
5. Retraso en el desarrollo de la motricidad fina adaptativa: torpeza motora.
6. Dificultades para el aprendizaje para los colores, los números y las letras.
7. Dificultades en el desarrollo gráfico y comprensión de la figura humana en el dibujo.
8. Inmadurez emocional.
9. Rabietas y accidentes en el hogar.

La dificultad en el diagnóstico de los niños en edad preescolar radica en que las conductas normales a estas edades pueden ser fácilmente confundidas con algunos síntomas de TDAH, por este motivo pensamos que es necesario ser conscientes de la importancia de una observación exhaustiva para descartar posibles confusiones.

3.4.1. Qué no es TDAH

Los síntomas del TDAH son fácilmente confundibles con otros que, en determinados casos, pueden formar parte de la vida de un niño sin este tipo de trastorno.

Actualmente el término “hiperactivo” se utiliza mucho a la ligera, y cuando un niño es inquieto, nervioso, tiene un mal comportamiento, etc., suele ser “etiquetado” como “hiperactivo”. Es normal que un niño juegue, se muestre activo en los juegos, lo que no es normal es que este exceso de actividad sea constante en la mayoría

de los momentos y que vaya acompañado de una serie de dificultades y comorbilidades.

Por ello es importante diferenciar el TDAH de otros problemas de salud mental que pueden confundirse con él y que se describen en la Tabla 3.

Tabla 3. Problemas de salud mental que pueden confundirse con TDAH.

PROBLEMA	SÍNTOMAS SEMEJANTES AL TDAH	SÍNTOMAS DIFERENTES AL TDAH
Depresión.	Irritabilidad. Baja autoestima. Inquietud motora. Reacciones impulsivas. Falta de atención y baja capacidad de concentración.	Tristeza o irritabilidad continua. Sentimientos de culpa o inutilidad muy frecuente.
Cuadros de ansiedad.	Inquietud. Impaciencia, impulsividad e irritabilidad. Falta de atención y baja capacidad de concentración.	Preocupación excesiva. Miedos, problemas de sueño y pesadillas. Queja de molestias físicas.
Problemas de comportamiento .	Comportamiento perturbador. Negativa a admitir la autoridad y cumplir normas. Inquietud motora durante los momentos de enfrentamiento.	Rebeldía. Agresividad.
Trastornos del aprendizaje.	Rendimiento escolar inferior a las posibilidades. Comportamiento perturbador en el aula. Negativa a hacer las tareas en el hogar.	Buen rendimiento en las tareas diferentes a las escolares. Buen comportamiento fuera del aula.
Trastorno de la coordinación motora.	Inquietud. Impulsividad motriz. Problemas de escritura. Bajo rendimiento escolar. Comportamiento desordenado en el aula. Accidentes durante juegos.	Evita actividades en las que el niño sabe que va a fracasar. Actuación imprecisa y descuidada, más que déficit de atención.

PROBLEMA	SÍNTOMAS SEMEJANTES AL TDAH	SÍNTOMAS DIFERENTES AL TDAH
Trastorno por tics.	Movimiento o verbalización impulsivos o incontrolables. Baja atención.	Los movimientos o verbalizaciones son repetitivos.
Trastornos adaptativos.	Falta de atención. Inquietud motora e impulsividad. Bajo rendimiento académico. Comportamiento perturbador.	Inicio identificable en los meses previos, tras un acontecimiento estresante.
Déficit de habilidades sociales.	Impulsividad. Comportamiento perturbador.	Generalmente buen funcionamiento en situaciones individuales.
Consumo de sustancias.	Falta de atención. Inquietud motora. Impulsividad. Bajo rendimiento académico. Mal comportamiento.	Presencia en ciclos relacionados con el consumo, síntomas físicos característicos de la sustancia consumida.

Fuente: Gándara, J., García, X. & Pozo, J.V. (2006). *Despistado, acelerado e inquieto. ¿Es hiperactivo? El libro para padres, educadores y terapeutas* (pp. 100-101). Barcelona: Planeta.

A partir de este cuadro vemos que existen diferencias y similitudes entre el TDAH y otros trastornos y/o problemas que precisan ser descartados antes de hacer un diagnóstico definitivo. En los últimos años son muchos los casos de TDAH en niños, por lo que es necesario descartar otras alteraciones antes de hacer el diagnóstico y plantear la intervención.

3.4.2. Evaluación del TDAH

Como hemos comentado en el apartado anterior, para el correcto diagnóstico y evaluación del TDAH, es necesario utilizar un enfoque multidisciplinar, que abarque distintos tipos de evaluaciones y agentes, con el objetivo de planificar una intervención eficaz.

A continuació comentarem les distintes perspectives des de les que s'ha de abordar aquesta valoració:

∞ **Evaluació familiar**

Un primer pas és realitzar una entrevista als pares. En ella és important fer preguntes sobre la història familiar, és a dir, si hi ha algun familiar amb problemes psiquiàtrics, com és l'entorn familiar, les relacions, etc.

Estes entrevistes ens permeten conèixer també com viuen el problema els pares, com s'enfronten a les conductes dels fills, com afecta el trastorn a la seva relació amb el fill i a l'entorn familiar en general. És important conèixer aquests dades perquè a menys les reaccions dels pares davant les conductes dels fills no fan més que augmentar les conseqüències negatives i és necessari establir pautes per eradicar aquestes conductes i reaccions que afecten de manera negativa al fill i a la família.

∞ **Evaluació escolar**

És fonamental, abans de planificar qualsevol tipus d'intervenció, obtenir informació sobre les conductes i els aprenentatges del fill. Per això és important que el mestre aportin dades del comportament a l'aula, la seva actitud amb els companys i professors, els seus jocs, el seu rendiment escolar, etc. També és necessari que els docents i el personal del centre proporcionin informació sobre les intervencions que s'hagin realitzat anteriorment amb el fill, els resultats, etc. Existeixen proves per avaluar les capacitats intel·lectuals molt útils per aquest propòsit, com per exemple, l'escala d'intel·ligència per a nens revisada de Wechsler (2001).

Com hem comentat, el TDAH afecta principalment a l'àrea conductual, però aquestes conductes repercuten en gran mesura en el rendiment acadèmic del fill. És per això que resulta fonamental realitzar una avaluació tenint en compte aquests dades aportats per l'escola i els professionals que en ella treballen, per veure com les conductes estan interferint en l'aprenentatge i, a la seva vegada, com aquest comportament pot

ser mejorado con el fin de lograr un rendimiento académico satisfactorio y unas relaciones adecuadas con los compañeros.

∞ Escalas de medición

Los profesionales (psicólogos, pedagogos, orientadores, etc.) disponen de escalas de medición específicas para el diagnóstico del TDAH.

Pueden ser de diversos tipos, según el tipo de respuesta (ordinal o de intervalo) y el aspecto que evalúan (cognitivo, emocional, conductual), y pueden estar dirigidas a padres, maestros, al propio niño, o combinar diferentes fuentes de información.

Estas escalas son instrumentos de valoración complementarios, ya que por sí solas no diagnostican el trastorno. La más utilizada para identificar el TDAH, así como otros trastornos del comportamiento, es la Escala de Conners (Conners, 1989), aunque también podemos usar la Escala SNAP IV (Swanson, Nolan & Pelham, 1983) y la Escala Vanderbilt (Wolraich, Lambert, Doffing, Bickman, Simmons et al., 1998), entre otras.

1. Escala de Conners (Conners, 1989).

Los cuestionarios elaborados por Conners tienen como finalidad evaluar las mejoras en el comportamiento de niños hiperactivos que reciben algún tipo de tratamiento. Este instrumento está compuesto por tres escalas, según a quién van dirigidas (al niño, a los padres o a los maestros). Cuando fueron diseñadas eran más extensas, pero tras varias investigaciones fueron simplificadas, dando lugar a versiones reducidas con un número menor de ítems.

Basándose en los criterios del DSM IV, esta escala comprende 4 subescalas: oposicional, problemas cognitivos/distracción, hiperactividad e índice de TDAH (ver anexo 1).

Cada cuestionario esta formado por diez preguntas cortas con 4 alternativas de respuesta en función de la frecuencia de la conducta. El tiempo de aplicación de los cuestionarios varía entre 5 y10 minutos.

En 1997 se elaboró una versión española de las escalas de Conners por Farré-Riba y Narbona. Se trata de una escala de 20 ítems que valoran de

forma conjunta o separada el déficit de atención, la hiperactividad-impulsividad y el trastorno de conducta.

2. Escala SNAP IV (Swanson, Nolan & Pelham, 1983).

Utiliza la misma encuesta para padres y profesores, siendo distintas las puntuaciones de corte en las respuestas.

La versión reducida consta de 18 ítems que evalúan únicamente el TDAH, mientras que la versión completa, de 30 preguntas, evalúa, además, el trastorno negativista-desafiante. Los ítems que componen esta escala son frases a las cuales se debe responder con una puntuación de 0 a 3, según sean aplicables o no al niño, siendo 0 en absoluto aplicable, 1 a veces, 2 bastantes veces y 3 muchas veces. En la versión reducida, los ítems 1-9 se corresponden con conductas referidas al déficit de atención, mientras que los ítems 10-18 se corresponden con síntomas de hiperactividad-impulsividad.

3. Escala Vanderbilt (Wolraich, Lambert, Doffing, Bickman, Simmons et al., 1998).

La escala Vanderbilt es especialmente útil para evaluar cualquier tipo de comorbilidad.

Esta formada por 49 ítems. Los ítems 1-47 hacen referencia a síntomas característicos del TDAH que deben ser respondidos con una escala de 0 a 3, marcando 0 si los síntomas no se dan nunca, 1 a veces, 2 a menudo y 3 muy a menudo. Los ítems 48 y 49, que hacen referencia al desempeño académico general y a la conducta general en el aula, respectivamente, se responden con una escala de 1 a 5, siendo 1 bajo y 5 por encima del promedio.

Este instrumento se considera una escala única y completa, que no precisa ser complementada con el uso de otras medidas de evaluación, ya que abarca otro tipo de trastornos más generales.

∞ Evaluación médica

La evaluación médica debe incluir una historia médica y un examen físico del niño. En este sentido es importante descartar problemas o déficits visuales y auditivos, ya que estas deficiencias pueden influir negativamente en el proceso de aprendizaje.

También es necesario que la historia médica recoja los tratamientos farmacológicos suministrados al niño, así como otras enfermedades relevantes. Estos exámenes deben realizarse al principio de la evaluación, como punto de partida para descartar otras enfermedades y/o deficiencias.

3.5. Tratamiento

Previamente vimos que el TDAH es un trastorno que afecta al desarrollo integral del niño a nivel emocional, psicológico, cognitivo, conductual y social. Por este motivo el tratamiento de este trastorno debe ser abordado desde una perspectiva multidisciplinar, combinando tratamiento médico (farmacológico), psicológico y educativo, y siempre teniendo en cuenta las particularidades de cada caso.

En este apartado nos centraremos en las tres áreas fundamentales del tratamiento del TDAH en niños, analizando cada una de ellas por separado.

1. Tratamiento farmacológico

Aunque se desconoce el origen del TDAH, se sabe que es un trastorno fundamentalmente de base neurológica, lo que ha provocado el desarrollo de tratamientos farmacológicos basados en el uso de estimulantes que actúan sobre el sistema nervioso central, liberando dosis controladas de sustancias que ayudan a aumentar la disponibilidad de algunos neurotransmisores.

El estimulante más utilizado es el Metilfenidato, que se presenta en dos formas, según la duración del efecto: el de liberación rápida y el de liberación sostenida. Entre los beneficios de este tipo de estimulante destacan la mejora de la conducta, el trabajo escolar y la adaptación social del niño.

Los estimulantes se utilizan cuando las conductas características del trastorno influyen negativamente en el aprendizaje y adaptación social. La dosis y frecuencia de la toma dependen del caso individual, de modo que se van realizando tanteos hasta conseguir encontrar el punto justo de cantidad de medicación y hora de toma.

Sin embargo, no hay que olvidar que el uso de fármacos no cura, simplemente se utilizan para paliar las dificultades con las que se encuentran los niños con TDAH y, de esta forma, mejorar sus condiciones tanto en la escuela como en su vida diaria.

2. Tratamiento psicológico

El tratamiento psicológico, dirigido a padres, profesores y niños, se basa en proporcionar información sobre el trastorno, estrategias y técnicas de manejo de conducta, para mejorar las habilidades sociales, de autocontrol, pautas de comportamiento, etc.

Entre las intervenciones más utilizadas en este ámbito, Rodríguez (2010) destaca las siguientes:

- Terapia conductual. Basada en el entrenamiento de padres y profesores en la “medición de conductas, su selección de cara a la intervención, el diseño de programas de refuerzo conductual, el uso de consecuencias negativas o castigos consistentes y la coordinación de dichos programas entre el colegio y el hogar” (Rodríguez, 2010).
Las técnicas más empleadas en la terapia conductual son premios, castigos, economía de fichas, etc.
- Intervenciones cognitivo-conductuales. Son intervenciones en las que se trabaja directamente con el niño para que aprenda estrategias de manejo de la conducta, técnicas de autocontrol, etc. El objetivo de estas intervenciones es que aprenda a controlarse en situaciones cotidianas sin que los síntomas característicos del TDAH repercutan de manera negativa en su comportamiento.

Estas intervenciones incluyen autoinstrucciones, técnicas de resolución de problemas, auto-refuerzo y aprendizaje del error.

- Entrenamiento en habilidades sociales. En este caso también se trabaja con el niño para que aprenda, desde la primera infancia, valores sociales y de convivencia y sepa comportarse en diferentes situaciones sociales.

El aprendizaje de las habilidades sociales es fundamental para evitar que los niños con TDAH se sientan rechazados, ya que aprender a estar en los sitios, respetar a los demás, comportarse de manera correcta, etc., es la mejor estrategia para que se integren en la vida en sociedad sin ser considerados como “niños que no saben comportarse”, lo cual repercute en su autoestima de manera negativa y puede ser el detonante de otras conductas problemáticas. El entrenamiento en habilidades sociales debe incluir modelado, role playing, etc.

3. Tratamiento psicoeducativo

El principal propósito de esta intervención es mejorar las habilidades escolares del alumno con TDAH. Se trata de intentar que el trastorno afecte lo menos posible al rendimiento académico del niño, proporcionando la ayuda necesaria para que sea capaz de concentrarse, atender, estar tranquilo en el aula, tener un comportamiento adecuado, aprender a hacer las tareas, etc.

El tratamiento psicoeducativo incluye diversos programas y técnicas, como por ejemplo, programas de consecuencias, pautas de intervención coordinada con los padres, estrategias de autocontrol, y entrenamiento de modificación de las tareas escolares y del ambiente del aula (Rodríguez, 2010).

El proceso no se reduce únicamente a trabajar con el niño en particular, sino que las estrategias y técnicas pueden ser aplicadas en el grupo del aula, trabajando de manera más específica sobre el niño con TDAH.

3.6. Investigaciones recientes

Dada la prevalencia del TDAH en la actualidad han sido muy numerosas y variadas las investigaciones que se han llevado a cabo buscando sus posibles causas y consecuencias. Los estudios han permitido que se conozca mejor este trastorno, facilitando el diagnóstico y el tratamiento.

A continuación vamos a comentar algunas investigaciones recientes que se han realizado sobre diferentes aspectos del trastorno que nos ocupa.

Inicialmente queremos destacar un estudio publicado en la revista norteamericana *Fertility and Sterility* (Beydoun, Sicignano, Beydoun, Matson, Bocca et al., 2010), según el cual los niños concebidos mediante fecundación In Vitro son más propensos a sufrir trastornos psicológicos como TDAH, depresión y alcoholismo. Este estudio revela la posibilidad de que los embarazos concebidos mediante técnicas de reproducción asistida sean múltiples, lo que aumenta la probabilidad de que el parto sea prematuro y, como consecuencia del bajo peso, el desarrollo de los niños se vea afectado. Este dato resulta relevante debido al aumento de embarazos mediante fecundación In Vitro en las últimas décadas.

Otro aspecto que ha sido muy investigado es el origen genético de este trastorno. Siguiendo esta línea de investigación, un estudio realizado por el neuropediatra Mulas (2012) demuestra “que el 80% de los casos son de origen genético”. Pero esto no quiere decir que no haya causas ambientales que debemos tener en cuenta en el diagnóstico y la intervención.

La mayoría de los estudios sobre el TDAH se centran en niños mayores de 6 años, no obstante, existen otros sobre niños en edad preescolar. Por ejemplo, dada la prevalencia de este trastorno a edades tempranas, el equipo multidisciplinar dirigido por Vaquerizo (2005) comenzó a tratar el TDAH por primera vez en Extremadura en menores de 6 años. En este proyecto se empleó una metodología y una clasificación que reduce a dos los subtipos de TDAH: déficit de atención con y sin hiperactividad. De esta forma, el Centro de Atención al Neurodesarrollo de

Badajoz trabaja para desarrollar una metodología de diagnóstico útil para abordar el TDAH en la etapa preescolar.

En otro estudio anterior del mismo equipo se seleccionó un grupo de 50 niños con TDAH y 50 niños “sanos” y se utilizaron diversas pruebas neurológicas y físicas, entrevistas con los padres, escalas de medición, etc. A partir de los resultados obtenidos se llegó a la conclusión de que la mayoría de niños con TDAH menores de 5 años siguen un patrón similar: son excesivamente inquietos, tienen problemas relacionados con la conducta alimentaria, muestran problemas de aprendizaje temprano, sobre todo en lo que al grafismo, el lenguaje y el reconocimiento de la figura humana se refiere, y su juego es menos simbólico que el de otros niños (Vaquerizo, Estévez y Pozo, 2005).

Además de datos concretos sobre el patrón de conducta de los niños preescolares con TDAH, las investigaciones realizadas por el equipo de Vaquerizo aportan otra serie de datos. En concreto reflejan que el 30% de los casos de consulta se producen antes de los 7 años y que si el trastorno es diagnosticado como tal antes de esta edad hay un 70% de posibilidades de que persista en los años siguientes, de manera que sería posible diagnosticar el problema con poca posibilidad de error. En lo que se refiere al tratamiento de estos niños, los estudios realizados confirman la eficacia de una intervención multidisciplinar, demostrando que el tratamiento farmacológico es efectivo también en niños de entre 3-6 años de edad (Vaquerizo y Montañés, 2005).

Las investigaciones y estudios sobre el TDAH no solo se centran en las causas genéticas, sino que también buscan otros factores o variables. En este sentido, el estudio elaborado por la Academia Americana de Medicina del Sueño (American Academy of Sleep Medicine, 2011), liderada por Gaylor, demuestra que los niños que no duermen lo suficiente son más propensos a ser hiperactivos y a no prestar atención. La falta de sueño puede provocar somnolencia durante el día, lo que agrava los síntomas de inatención, así como el nerviosismo y la irritabilidad.

Otro aspecto que ha sido investigado es el impacto de los dibujos animados. La investigación realizada en la Universidad de Virginia (Lillard y Peterson, 2011), en EEUU, trató de analizar su influencia en la capacidad de aprendizaje. Para ello se establecieron 3 grupos de niños: al primer grupo se le proyectó la serie de dibujos

animados “Caillou”, al segundo “Bob Esponja” y al tercero les dieron lápices para colorear. Los resultados demostraron que el grupo que había estado viendo “Bob Esponja” presentaba una conducta más acelerada y obtuvieron peores resultados en las pruebas en relación con los otros dos grupos.

A partir de la revisión de las investigaciones que se han llevado a cabo en los últimos años y de las que se siguen realizando en la actualidad, podemos constatar que el TDAH es un trastorno que no solo afecta a la conducta del niño, interfiriendo en su rendimiento académico, sino que lleva aparejados muchos otros síntomas y sufre la influencia de factores y variables que, a simple vista, pueden parecer insignificantes. Por ejemplo, los cambios en el modo de vida y el estilo educativo de los padres son factores que también influyen de manera determinante en este tipo de trastorno.

De este modo, llegamos a la conclusión de que el TDAH es un trastorno complejo y multifactorial, en el cual convergen muchas causas y, por lo tanto, es necesario un conocimiento exhaustivo del mismo para poder realizar el correcto diagnóstico y establecer las pautas adecuadas para un tratamiento multidisciplinar efectivo.

3.7. Legislación relacionada con la atención educativa del alumnado con TDAH

La legislación educativa, lo largo de las diferentes modificaciones, ha incluido el TDAH entre aquellas necesidades educativas especiales que deben ser tenidas en cuenta en el sistema educativo. De este modo, la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE), en el título II “Equidad en la Educación” (capítulo I – Alumnado con necesidad específica de apoyo educativo), en el artículo 71, recoge la obligación de atender adecuadamente y de forma específica a los alumnos con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (ACNEAE).

Además, en el artículo 72 se resalta la necesidad de que las Administraciones Educativas ofrezcan a los centros aquellos recursos necesarios para atender al alumnado con necesidades educativas. En este mismo artículo se dice que las Administraciones deberán ofrecer formación a los profesionales de la educación

para el tratamiento de estos alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo.

El Decreto 359/2009, de 30 de Octubre, por el que se establece y regula la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM), en su artículo 12 (p.57625) articula la respuesta educativa para los alumnos con Dificultades Específicas de Aprendizaje (DEA), con las siguientes características:

- Se actuará desde el primer momento en que se detecten estas dificultades.
- Las medidas de apoyo puestas en marcha no podrán suponer un obstáculo para alcanzar las competencias básicas curriculares y los objetivos específicos de cada una de las etapas educativas.
- Las medidas educativas serán aplicadas y consensuadas por el equipo docente, asesorados en todo momento por el orientador escolar.
- El refuerzo individual se dará en los grupos ordinarios, siendo llevado a cabo fuera del aula solo en casos concretos, en los cuales las dificultades sean causa de desfases de los conocimientos curriculares.
- En este apartado se incluye el TDAH como dificultad específica de aprendizaje.

A partir de esta revisión de la legislación podemos ver como las leyes educativas incluyen el TDAH como una necesidad educativa especial, dada la prevalencia de este trastorno en la actualidad. De este modo se reconoce que estos alumnos necesitan adaptaciones curriculares con el fin de lograr que los síntomas de este tipo de trastorno no afecten negativamente a su rendimiento escolar ni a las relaciones que en el sistema educativo se desarrollan, facilitando así su mejora en todos los aspectos de su vida.

4. JUSTIFICACIÓN

En el marco teórico hemos comentado que el TDAH es un trastorno en el cual intervienen factores tanto genéticos como ambientales que afectan a la conducta del individuo y suele diagnosticarse y tratarse cuando el niño se encuentra en la etapa escolar, presentándose de forma más difusa en las etapas anteriores.

Tras una profunda revisión bibliográfica, y teniendo en cuenta la definición del TDAH según el DSM-IV, observamos que en la mayoría de los casos no se realiza el diagnóstico hasta que el niño se encuentra en la etapa de primaria, a los 6 años aproximadamente, pero este trastorno aparece a edades más tempranas, siendo más difícil identificarlo. Como hemos visto en apartados anteriores, el TDAH puede tratarse desde edades tempranas, siendo este un punto clave para realizar una intervención eficaz. Es por ello por lo que en el presente trabajo vamos a centrarnos en niños de 4-5 años que, aunque no están diagnosticados como hiperactivos, sí tienen muchos de los síntomas que caracterizan este tipo de trastorno, siendo muy probable que en el momento de entrar a la escuela primaria sean identificados como tales.

En los últimos años han sido numerosas las investigaciones llevadas a cabo sobre el TDAH, dada la prevalencia del mismo. Todas ellas van aportando datos que ayudan a que se desarrollen tratamientos cada vez mas efectivos y novedosos, no obstante creemos necesario que en las escuelas infantiles se realicen intervenciones orientadas a la integración de estos niños.

El comportamiento del niño hiperactivo puede entorpecer su propio aprendizaje, así como el de sus compañeros, y, en muchas ocasiones, supone un reto para los maestros y los padres, quienes a menudo se sienten desorientados y no conocen las pautas a seguir hasta que el diagnóstico es definitivo.

A partir de la revisión bibliográfica hemos podido constatar que el TDAH está incluido en la legislación educativa actual como una necesidad educativa especial, siendo considerada como tal y no como un mero problema de conducta. Este dato

resulta importante, ya que, dada la prevalencia de este tipo de trastorno, la legislación educativa ha sido modificada para dar cuenta de él y pretende que el sistema escolar sea capaz de ofrecer una respuesta, asesorando tanto a padres como a maestros y alumnos.

Este es el motivo por el cual nos hemos centrado en analizar el TDAH en niños que se encuentran en la etapa de educación infantil, concretamente entre 4 y 5 años de edad. Consideramos que es un trastorno que se debe abordar desde edades tempranas, siendo necesaria una intervención desde el aula de infantil para poder paliar las dificultades con las que se puede encontrar el niño en etapas posteriores y evitando, de algún modo, que las consecuencias deriven en un fracaso escolar.

Pensamos que los programas de intervención de este tipo están destinados a niños de primaria y se deja de lado a aquellos alumnos de educación infantil que, aun presentando síntomas característicos de TDAH, al no estar diagnosticados, no son tratados a nivel conductual ni psicopedagógico. También se pretende que las intervenciones vayan más allá de la terapia conductual y/o farmacológica, centrándonos en una intervención psicopedagógica orientada a la mejora de las habilidades sociales, la integración de estos alumnos en el aula y fuera de ella. Para ello se ofrece a los padres y educadores, que a menudo se sienten desorientados y abatidos, una serie de pautas para facilitar la convivencia con los niños con TDAH, ya sea con diagnóstico o sin él.

5. METODOLOGÍA

5.1. OBJETIVOS

El objetivo general que se pretende alcanzar con el presente trabajo es conocer cómo se presenta el TDAH en niños de 4-5 años y realizar una propuesta para mejorar la atención ofrecida y proponer intervenciones más efectivas.

Este objetivo se concreta en los siguientes objetivos específicos:

- Describir el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños de 4-5 años.
- Establecer pautas para la intervención temprana tanto en la escuela como en casa.
- Proponer actividades para realizar en clase con todos los alumnos.
- Facilitar pautas específicas de actuación a padres y profesores.

A partir de estos objetivos vamos a desarrollar una propuesta de intervención con distintas actividades para trabajar en el aula de educación infantil, tanto con niños con posible TDAH como con el resto de alumnos del aula.

5.2. DESARROLLO

Para elaborar el presente trabajo se ha realizado una investigación bibliográfica, sobre diferentes fuentes e investigaciones, acerca de cómo el TDAH afecta a la conducta de los niños, tanto en el hogar como en la escuela. Posteriormente se ha elaborado una propuesta de intervención general con actividades que pueden realizar todo tipo de niños, aunque están diseñadas pensando en los alumnos con TDAH, y se han establecido algunas pautas de actuación, tanto para padres como para educadores, que se podrían utilizar en el aula de educación infantil y en otros entornos sociales.

Para alcanzar los objetivos propuestos la metodología utilizada ha sido la siguiente:

1. Realizar una investigación bibliográfica sobre el tema a tratar para conocer la situación actual. Para ello se han consultado manuales, artículos, investigaciones previas y recientes sobre el TDAH, etc.
2. Revisión de distintos instrumentos y escalas de medida para el diagnóstico del TDAH, con el fin de conocer el proceso seguido en la evaluación y detección del trastorno.
3. Elaboración de una propuesta de intervención temprana, estableciendo pautas de actuación a nivel escolar y familiar, así como distintas actividades encaminadas a paliar las dificultades y problemas que tienen lugar a consecuencia de este trastorno.
4. Proponer, tanto a padres como educadores, una serie de pautas para mejorar la conducta de los niños con TDAH. Se busca ofrecer una serie de recomendaciones para que el trabajo con los niños y la convivencia en el aula y en el hogar no se vea afectada negativamente por este tipo de trastorno.

En este apartado hemos comentado la metodología y los pasos que hemos seguido para la elaboración de este trabajo y que nos han guiado para elaborar nuestra propuesta de intervención. Dicha propuesta se explica con más detenimiento en el apartado siguiente y se expone de manera detallada en el anexo 3.

5.3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

La propuesta de intervención que se plantea está programada para un curso escolar. Cada centro podrá emplear las sesiones que considere necesarias, siendo recomendable que se realicen una vez a la semana como mínimo. No obstante, las pautas incluidas en los anexos 4 y 5 deben ser tomadas en cuenta en todo

momento, tanto en las sesiones específicas como en el resto de actividades del programa.

En el apartado de anexos se recoge la propuesta completa, con las actividades detalladas, los cuestionarios de evaluación y las pautas de intervención para padres y maestros.

Consideramos necesario que al principio de curso, antes de poner en práctica la propuesta, se realice una evaluación inicial. Posteriormente, se llevará a cabo una evaluación final al terminar el curso escolar. A partir de la comparación de los resultados de ambas evaluaciones podremos comprobar la eficacia del programa así como establecer las mejoras necesarias de cara a un futuro. Para realizar estas evaluaciones consideramos que la escala de Conners (Conners, 1989) es el instrumento más adecuado, ya que nos permite tener en cuenta la perspectiva tanto de los padres como de los maestros del niño.

Además, en el anexo 2 se incluye una escala que también resulta útil para esta comparación. La escala de evaluación de síntomas o problemas (Espina y Ortego, 2005) ha sido elaborada partir de los criterios diagnósticos del DSM-IV, y busca evaluar la presencia de los síntomas y problemas característicos del TDAH durante un periodo de 7 días. Está compuesta por 18 ítems que deben ser contestados durante una semana según la intensidad y/o frecuencia con la que aparezcan, de forma que el 0 indica la ausencia de la conducta, mientras el 7 refleja que ésta se presenta de forma muy intensa y/o frecuente.

La escala debe ser cumplimentada durante la primera y ultima semana del curso escolar para comprobar si, tras la intervención, los síntomas y conductas han mejorado.

- **Objetivos**

La presente propuesta tiene como finalidad realizar una intervención temprana en niños de 4-5 años que presentan síntomas propios del TDAH. Esta propuesta tiene cuatro objetivos generales muy amplios:

- Mejorar la conducta en casa.
- Conseguir un buen comportamiento en clase.
- Fomentar relaciones positivas con los compañeros.
- Disminuir la hiperactividad motriz.

Estos objetivos, que deben ser abordados en toda intervención, se concretan en otros más específicos en cada actividad.

- **Recursos**

Para la aplicación de esta propuesta contamos con la colaboración de psicólogos, educadores, maestros y padres de niños con síntomas típicos de TDAH.

En cuanto a los recursos materiales, en cada actividad se detallan los necesarios para cada una de ellas.

- **Destinatarios**

La propuesta que defendemos, va dirigida a niños de educación infantil, concretamente de 4-5 años, así como a sus padres, madres, maestros y todo el personal que trabaja con ellos en la escuela.

- **Temporalización**

La temporalización de esta propuesta viene determinada por la aplicación de la misma y dependerá de las sesiones que se dediquen. Por ello no resulta adecuado establecer una temporalización exacta, aunque consideramos necesario que se

aplique durante todo el curso escolar a razón de una hora a la semana. Cada sesión tiene una duración aproximada de 60 minutos, ya que considerando la edad de los niños, no conviene que las sesiones sean más largas.

- **Programación de actividades**

Las actividades propuestas, recogidas ampliamente en el anexo 3, pueden llevarse a cabo en el aula de educación infantil, trabajando tanto con el niño con posible TDAH como con el resto del grupo. Han sido seleccionadas de diversos manuales y guías por ser actividades completas que pueden ayudar al niño con TDAH a integrarse en el grupo-clase, a la vez que se trabajan algunos de los problemas de impulsividad o hiperactividad, así como las habilidades sociales.

En la Tabla 4 se resumen las actividades propuestas para el programa de intervención que, como hemos señalado anteriormente, se encuentran detalladas en el anexo 3.

Tabla 4. Actividades propuestas

ACTIVIDADES	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	DESARROLLO
Imagen corporal.	Atención, observación, motricidad fina y relaciones sociales	Mejora la capacidad de atención de los niños con posible TDAH y la relación con los demás.	Cada niño se dibuja a sí mismo sobre un papel continuo y a continuación deben adivinar a qué compañero corresponde cada dibujo.
Pisa y salta!	Seguimiento de consignas, capacidad de mantener el turno, memorización y atención.	Ayuda a que los niños aprendan a seguir normas e indicaciones.	Se dibujan círculos en el suelo y los niños tienen que saltarlos según les indique el profesor.
Copia el modelo.	Observación, motricidad fina, memoria visual, atención y concentración.	Conseguir que observen con atención y desarrollen su capacidad de concentración en los detalles.	A partir de un dibujo, los niños deben insertar en un hilo las bolas de colores según se les indique.
Sígueme!	Atención, coordinación motriz, creatividad.	Mejora la capacidad de atención y seguimiento de consignas.	Los niños imitarán las acciones del maestro sin equivocarse.
Rostros.	Observación, identificación de emociones.	Permite a los niños expresar sus emociones y observar lo que sienten otros.	Se entrega a cada niño una imagen con un rostro. los niños deben explicar a los demás que siente esa persona.
El baile de las estatuas.	Capacidad de permanecer quieto, control de impulsos, atención y memoria.	Favorece la capacidad de controlar la impulsividad.	Los niños bailan libremente hasta que la música deja de sonar. En ese momento deben permanecer quietos por completo.
ACTIVIDADES	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	DESARROLLO
Historietas	Memoria y atención.	Mejora la capacidad de atención.	El maestro cuenta una historia a los niños

			con imágenes, que luego estos deben ordenar según recuerden.
El teléfono loco	Atención, escucha activa, calma.	Fomenta actitudes de escucha activa y trabajo cooperativo.	Sentados en círculo, los niños se van diciendo una frase al oído según hayan entendido.
El espejo	Capacidad para estar quieto y mantener el equilibrio.	Facilita la relajación y el control de la actividad motora.	El niño debe permanecer frente al espejo con un libro sobre la cabeza sin moverse para que este no se caiga al suelo.
Banco de equilibrio.	Mantener el equilibrio.	Desarrolla el equilibrio y el control de impulsos.	El niño debe cruzar el banco sin caerse, manteniendo el equilibrio.
Escuchar música.	Relajación, capacidad de escucha, capacidad para estar quieto y en silencio.	Promueve la relajación y la expresión de emociones y sentimientos.	Tumbados en una colchoneta los niños escuchan música y a continuación comentan lo que han sentido.
Pruebas de autocontrol.	Determinar el tiempo durante el cual el niño es capaz de autocontrolarse y permanecer quieto.	Permite saber cuánto tiempo el niño es capaz de estar quieto y autocontrolarse.	Siguiendo las indicaciones del profesor, el niño debe permanecer quieto y relajado, controlando sus músculos tanto como sea posible. Se deben observar las tensiones en el cuerpo del niño.
ACTIVIDADES	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	DESARROLLO
Atención al	Observar si el niño es capaz	Sirve para evaluar la capacidad de atención	Se observan figuras, dibujos, etc., y a

detalle.	de centrar su atención en los detalles.	ante los detalles.	continuación se pregunta por detalles de estos a los niños para ver que recuerdan.
Haz grupos.	Clasificación según atributos y características.	Permite observar la capacidad de atención del niño sobre las características de los objetos.	Clasificar objetos según sus características comunes siguiendo el propio criterio de cada niño.
Cómo un globo.	Capacidad de autocontrol, relajación muscular y respiración.	Fomentar la capacidad para autocontrolarse y relajarse.	Ejercicios de respiración guiados por el profesor.
La tortuga que se esconde.	Relajación muscular progresiva.	Facilita la canalización de impulsos.	Ejercicios de inhibición y extensión de los músculos a partir de la analogía de la tortuga que se esconde.
Carrera de caracoles.	Capacidad de autocontrol de los movimientos e impulsos.	Desarrolla la capacidad de control de los impulsos.	Los niños hacen carreras con sus compañeros siendo el ganador el que vaya mas despacio.
¡Ya puedo!	Manejo y control de emociones y sentimientos propios y de los demás, iniciativa y la autonomía.	Favorece la autoestima y el desarrollo de actitudes de tolerancia y confianza en uno mismo.	Los niños hablan sobre cosas que antes no podían hacer y ahora sí. Se proponen las cosas que les gustaría poder hacer pero todavía no pueden para tomarlas como reto y observar la satisfacción que conlleva superar sus dificultades.
ACTIVIDADES	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	DESARROLLO
El venado.	Autocontrol e inhibición de la	Promueve el control de impulsos.	Los niños deben moverse en silencio por

	impulsividad, conocimiento de las propias necesidades y sentimientos.		el aula sin hacer ruido ni movimientos bruscos.
Cumplo las normas.	Normas sociales, regulación de la propia conducta.	Fomenta la regulación de la conducta.	Conversar a cerca de las normas que conocen y la importancia de su cumplimiento.
Palabras mágicas.	Trabajo en grupo, resolución de conflictos, respetar las normas de convivencia y de comportamiento.	Desarrollo de actitudes basadas en la equidad y el respeto para favorecer la integración de los niños en el grupo.	Se crean situaciones a las que los niños deben responder cuál sería la actuación correcta.
Superestrellas.	Reconocer las cualidades de uno mismo y los demás.	Favorece la autoestima y el reconocimiento de las capacidades de los demás.	Cada niño debe decir cuál es la característica que le hace especial.
Laberintos.	Atención.	Mejora la capacidad de concentración.	Recorrer un laberinto con trozos de cuerda o lana.
Vamos a charlar!	Habilidades sociales y desarrollo de la iniciativa.	Facilita la regulación de la conducta en una conversación.	Se crean situaciones de conversaciones en las que los niños deben aprender a escuchar, conversar, respetar los turnos, las opiniones, etc.
ACTIVIDADES	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	DESARROLLO

Vamos de compras.	Habilidades sociales y normas de comportamiento.	Permite la interiorización de las normas de comportamiento en lugares públicos.	Simulación de las situaciones que se viven cuando se va a comprar a una tienda.
Cuenta cuentos.	Escucha activa, atención y reflexión.	Promueve la capacidad de escuchar una historia y atender a los detalles.	El profesor cuenta un cuento a los niños y a continuación lo comentan entre todos.
El restaurante.	Normas sociales y de comportamiento.	Interiorización de las normas de comportamiento.	Simulación de las situaciones que se viven cuando van a un restaurante.
Nada de blanco!	Concentración y atención.	Favorece la capacidad de atención y permite descargar energía.	El niño debe colorear un folio blanco sin dejar huecos en blanco.
Agrupación.	Atención y concentración.	Mejora la capacidad de atención en los detalles y características de los objetos.	Clasificación de objetos según el criterio que el niño considere oportuno.
Sesiones de relajación.	Relajación.	Facilita la relajación y control del movimiento.	Sesiones de relajación dirigidas por el profesor.

- **Pautas para maestros y padres**

En los anexos 4 y 5 se indican una serie de pautas útiles para padres y maestros, con el objetivo de facilitar el afrontamiento de las situaciones difíciles que a menudo se viven con estos niños, así como consejos para paliar las dificultades que se pueden encontrar en la mayoría de las ocasiones.

También se proponen estrategias como castigo, refuerzo, tiempo fuera, etc., y actividades destinadas al aprendizaje de habilidades sociales. Sin embargo, debemos indicar que sería necesaria una formación específica para que los padres entendieran cómo llevar a cabo estas pautas y estrategias de intervención, por ejemplo, a través de la escuela de padres del centro o con algún curso específico sobre el tema.

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como hemos visto en los apartados anteriores, el TDAH es cada vez más prevalente en la infancia. Se estima que uno de cada 5 alumnos tiene conductas propias de este tipo de trastorno, lo cual no solo tiene consecuencias negativas en el rendimiento académico, sino que afecta a la vida del alumno en todas sus dimensiones.

Actualmente, aunque las causas del TDAH son todavía desconocidas, diversas investigaciones han aportado datos sobre los posibles factores implicados en su desarrollo, así como sobre todas aquellas variables que pueden influir en él, aportando un poco de luz a aquellos que buscan respuestas a tantas preguntas.

Debemos recordar que el TDAH no suele ser diagnosticado hasta los 6 años de edad pero, sin embargo, es un trastorno que se padece desde la infancia. Es por ello que muchos padres y educadores se sienten perdidos ante niños que al ser menores de 6 años no tienen un diagnóstico clínico, pero sí conductas propias de este trastorno.

A raíz de esta creciente preocupación y del aumento de consultas antes de los 7 años, han sido numerosas las investigaciones llevadas a cabo en todo el mundo con el objetivo de conocer este tipo de trastorno en niños en edad preescolar, así como para establecer cuáles son los criterios diagnósticos a seguir en niños pequeños, cuyas conductas pueden confundirse con los síntomas propios del TDAH, y buscar tratamientos eficaces.

En nuestro país, destacan las investigaciones llevadas a cabo por Vaquerizo (2005), con quien hemos contactado para obtener información sobre sus estudios y poder elaborar nuestra revisión bibliográfica y la propuesta de intervención.

Revisando la bibliografía hemos constatado que, cuando se define el perfil del niño con TDAH, en pocas ocasiones las investigaciones se refieren a menores de 6 años. Esto puede deberse a que los niños pequeños tienen conductas propias del trastorno, pero a esas edades son consideradas completamente normales. No obstante, pensamos que hay muchos otros síntomas que delatan la presencia del TDAH. Por este motivo, creemos que es fundamental que tanto los padres como el

personal de los centros estén bien informados acerca del trastorno para que no se sientan desorientados y sepan cómo actuar en estos casos en los que, a falta de un diagnóstico, no pueden aplicar otros tratamientos.

Al mismo tiempo consideramos necesario que los educadores y el personal del centro educativo conozcan los protocolos a seguir en caso de sospechar que algún alumno, tenga la edad que tenga, presente síntomas de TDAH. En estas situaciones es necesario que el centro disponga de un criterio claro de actuación que supondrá la derivación del niño a un centro adecuado que pueda realizar una evaluación, un diagnóstico y una intervención apropiada.

A partir de los datos obtenidos en la revisión bibliográfica pensamos que es necesario realizar una propuesta de intervención en el aula de educación infantil, de ahí que hayamos diseñado una en nuestro trabajo.

Esta propuesta debe poder ser aplicada en cualquier aula ordinaria, aunque no haya casos de niños con este tipo de trastorno, ya que se trata de una propuesta completa que se puede trabajar a lo largo de todo el curso escolar y puede ayudar a mejorar el clima de convivencia en el aula, por tratarse de actividades sencillas y completas.

Dada la dificultad que entraña el diagnóstico de TDAH en niños menores de 7 años, pensamos que es necesario también establecer los criterios que diferencian la conducta normal de un niño de 4-5 años de los síntomas propios de este tipo de trastorno. Por este mismo motivo, es conveniente ofrecer a los padres y educadores una formación completa acerca del tema que nos ocupa a través de escuelas de padres, cursos específicos de formación, charlas informativas, folletos y guías, etc.

Finalmente, queremos enfatizar que esta propuesta de intervención para el aula de educación infantil ha sido diseñada para prevenir las dificultades derivadas del TDAH en niños de 4-5 años, aunque no estén diagnosticados clínicamente.

Pensamos en nuestro país la mayoría de los estudios se han centrado en niños de primaria, mientras que se ha dejado de lado la investigación sobre este tipo de trastorno en niños en edad infantil.

Por otra parte, la mayoría de estudios se están centrando en encontrar las causas y desarrollar un tratamiento adecuado para ese trastorno, sobre todo en lo que se refiere a la medicación, pese a que existen otras intervenciones apropiadas ante este problema. Por este motivo, consideramos necesario abordar el TDAH desde la infancia, diseñando un tratamiento psicoeducativo eficaz que pueda ser aplicado en cualquier aula de infantil, haya o no niños con posible TDAH.

7. LIMITACIONES Y PROSPECTIVA

Después de hacer una exhaustiva revisión bibliográfica acerca del TDAH y de diseñar una propuesta de intervención en las aulas de infantil, pensamos que de cara al futuro resultaría interesante poder aplicar dicha propuesta. Esto no ha sido posible por la falta de tiempo para la aplicación del programa y la poca disponibilidad de los centros a la hora de aceptar que se aplique una propuesta de intervención y se evalúen sus resultados. Además, muchos padres se muestran reticentes a la hora de aceptar que sus hijos puedan tener un trastorno de este tipo, lo que dificulta la intervención.

Sin embargo, pese a las dificultades encontradas para poder poner en marcha la propuesta, pensamos que su aplicación resultaría interesante para prevenir las dificultades que entraña el TDAH en las aulas de infantil al no tener un diagnóstico claro de aquellos alumnos con posible TDAH. Y, al mismo tiempo, también sería muy útil para mejorar el clima de convivencia en el aula y propiciar situaciones relajadas de aprendizaje.

Si nos planteamos realizar una evaluación completa de la eficacia del programa, será necesario aplicarlo en varios centros, con distintas características, para poder observar si existen diferencias entre ellos al finalizar la intervención.

Previamente a la aplicación, consideramos conveniente realizar una evaluación de cada uno de los centros, así como una evaluación al final, además de la evaluación individual de los alumnos con posible TDAH indicada en nuestra propuesta.

En el caso de que el programa fuese eficaz, sería interesante incorporar las mejoras necesarias y seguir aplicándolo en los cursos siguientes, diseñando para ello programas adaptados a cada edad.

En caso contrario, los resultados permitirían observar en qué puntos falla la propuesta, con el objetivo de someterlo a una revisión para efectuar los cambios y modificaciones necesarias.

También pensamos que es conveniente ofrecer charlas a los padres de niños de educación infantil que piensen que sus hijos pueden padecer este tipo de trastorno,

con el objetivo de darles pautas y consejos para que conozcan el TDAH a fondo y no se sientan desorientados.

Además, también es preciso formar al profesorado y personal del centro, para que sean conocedores y expertos en lo que supone este tipo de trastorno en la edad infantil y puedan realizar acciones preventivas y de intervención cuando sea necesario.

Para finalizar, pensamos que son necesarias más investigaciones sobre el TDAH en niños en edad preescolar para poder intervenir desde una perspectiva multidisciplinar de una manera eficaz a edades tempranas, con el objetivo de paliar las dificultades y problemas con los que se encuentran los niños hiperactivos cuando pasan a la educación primaria.

Con nuestra propuesta esperamos contribuir a la detección temprana del TDAH en niños menores de 7 años, así como a la prevención de situaciones límites que dificulten su integración en el aula y que puedan ser el origen de un futuro fracaso escolar y desencadenar problemas en sus relaciones sociales, tanto dentro como fuera de la escuela. Al mismo tiempo, queremos ofrecer a los padres y educadores algunas pautas para que no se sientan desbordados ni desorientados ante estos casos.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAHigi, AHIDA & ANADAHI. (2006). *Guía de actuación con el alumnado con TDA-H*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

American Academy of Sleep Medicine (2011). *Sleep loss in early childhood may contribute to the development of ADHD symptoms*. Recuperado el 10 de mayo de 2012 de <http://sciencedaily.com/releases/2011/06/110614101122.htm>

Asociación Malagueña de adultos y niños con déficit de atención e hiperactividad (2012). *Dinámicas y juegos para niños con hiperactividad*. Recuperado el 12 de junio de 2012 de <http://www.amanda.org.es/index.php/ique-es-el-tdah/articulos/193-dinamicas-y-juegos-para-ninos-con-hiperactividad.html>

Ávila, A.M. & Mena, B. (1999). *Cuaderno informativo TDAH*. Preescolares. Barcelona: Fundación privada ADANA.

Barbarroja, M. (2009). La hiperactividad en educación infantil. *Revista Digital Innovación y experiencias educativas*, 15. Recuperado el 15 de febrero de 2012 de http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_15/JANET_BARBARROJA_2.pdf

Beydoun, H., Sicignano, N., Beydoun, M., Matson, D., Bocca, S., Stadtmaner, L. et al. (2010). A cross-sectional evaluation of the first cohorte of young adults conceived by in Vitro fertilization in the United States. *Fertility and Sterility*, 94 (6), 2043-2049.

Barkley, R.A. (2011). *Niños hiperactivos: Como comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.

Bonet, T., Soriano, Y. & Solano, C. (2007). *Aprendiendo con los niños hiperactivos*. Madrid: Thomson.

Conners, K. (1989). *Conner's Rating Scales*. Toronto, Ontario: Multi Health System.

Borràs Talens, Margarida

De Burgos, R., Barrios, M., Engo, R., García, A. Gay, E., Guijarro, T. et al. (2009). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Guía para padres y educadores*. Barcelona: Editorial Glosa.

Domenech, D. (2004). *Proyecto de integración social basado en el trastorno de niños con déficit de atención con hiperactividad (TDA-H)*. Valencia: s.n.

Espina, A., y Ortego, A. (2005). *Guía práctica para los trastornos de déficit atencional con/sin hiperactividad*. Madrid: Janssen-Cilag. Recuperado el 28 de mayo de 2012 de <http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf/Guia%20TDAH.pdf>

First, M.B. (2009). *DSM IV-TR: Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Elsevier Masson.

Gándara, J., García, X., & Pozo, J.V. (2006). *Despistado, acelerado e inquieto: ¿es hiperactivo? El libro para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta.

García, J.L. (2012). *Prueba de autocontrol*. Recuperado el 12 de junio de 2012 de <http://www.gobiernodecanarias.org/educación/17/WebC/lujose/PRUEBACONTROL.htm>

Junta de Andalucía (2008). *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de trastornos graves de conducta*. Sevilla: Tecnographic

Lillard, A. & Peterson J. (2011). The immediate impact of different types of television on young children's executive function. *Pediatrics*, 128 (4), 644-649.

López, M.A. (coord.) (2009). *600 actividades para preescolar*. México: Gil Editores.

Mena, B., Nicolau, R., Salat, L., Tort, P., & Romero, B. (2006). *El alumno con TDAH*. Barcelona: Ediciones Mayo.

Ministerio de Educación y Ciencia. (2006). BOE num 106, 17158 -17207. Ley Orgánica de Educación 2/2006. Recuperado de http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2006-7899

Borràs Talens, Margarida

Ministerio de Educación y Ciencia (2009). BORM num 254, 57608-57647. Decreto 359/2009, por el que se establece y regula la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Recuperado de <http://me.mec.es/me/servlet/DocumentFileManager?document=91366&file=00001000.pdf>

Moreno, I. (2005). *El niño hiperactivo*. Madrid: Pirámide.

Mulas, F. (2012). TDAH *Prescolar: Diagnóstico e intervención terapéutica*. Ponencia presentada XIV Curso Internacional de Neuropediatría y Neuropsicología Infantil. Valencia. Recuperado de <http://www.invanep.com/es/tdah-prescolar-diagnostico-e-intervencion-terapeutica.html>

Nalda, M.L. (2009). *El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH): estrategias para el aula*. Valencia: Central Sindical Independiente y de Funcionarios. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir.

Polaino, A. & Ávila, C. (2004). *Cómo vivir con un niño hiperactivo*. Comportamiento, diagnóstico, tratamiento, ayuda familiar y escolar. Madrid: Narcea.

Rodríguez, M. (2010). *Hiperactividad y atención: todo lo que debes saber sobre el TDAH* Valencia: Psylicom.

Soutullo, C. (2008). *Convivir con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Still, G.F. (1902). Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet*, 1, 1008-1012.

Swanson, J.M., Nolan, W. & Pelham, W.E. (1983). *The SNAP-IV Teacher and Parent Rating Scale*. Recuperado de <http://www.adhdcanada.com/pdfs/SNAP-IVTeacherParentRatingScale.pdf>

Vaquerizo, J. (2005). Hiperactividad en el niño preescolar: descripción clínica. *Revista de Neurología*, 40, 25-32.

Vaquerizo, J., Estévez F. & Pozo, A. (2005). El lenguaje en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: competencias narrativas. *Revista de Neurología*, 41, 83-89.

Borràs Talens, Margarida

Vaquerizo, J. & Montañés, F. (2006). *Tratamiento a medida del TDAH desde la primera infancia hasta la adolescencia*. Recuperado el 12 de junio de 2012 de <http://www.slideshare.net/gueste24968/actualidad-en-tdah>

Wolraich, M., Lambert, E., Doffing, M., Bickman, L., Simmons, T. & Worley, K. (2003). Psychometric properties of the Vanderbilt ADHD diagnostic parent ratings scale in a referred population. *Journal of Pediatric Psychology*, 28 (8), 559-568. Recuperado el 30 de mayo de 2012 de <http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/28/8/559.full>

Wechsler, D. (2001). *WISC-R. Escala de inteligencia de Wechsler para niños*. Madrid: Tea Ediciones.

BIBLIOGRAFÍA ADICIONAL CONSULTADA

Casajús, A. (2009). *Didáctica escolar para alumnos con trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Barcelona: Horsori.

Federación Española de Asociaciones para la ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (F.E.A.A.D.A.H). *El niño con trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad. Guía práctica para padres*. Recuperado el 30 de marzo de <http://feadah.org>

Félix, V. (2006). Recursos para el diagnóstico psicopedagógico del TDAH y comorbilidades. *Revista electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 10, 4(3), 623-642.

Fundación de neuropsicología clínica. *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Guía para padres*. Recuperado el 30 de marzo de 2012 de <http://www.fnc.org.ar>

Gallardo, B. (2009). *Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad. Materiales y análisis pragmático*. Valencia: Universitat de València.

García, E., & Magaz, A. (2007). *Niños hiperactivos e inatentos. Guía para padres y maestros*. Vizcaya: Grupo ALBOR-COHS.

Latorre, A., Teruel, J., & Bisetto, D. (2010). *Trastornos de conducta: estrategias de intervención y casos prácticos*. Valencia: Universitat de València.

Borràs Talens, Margarida

López, J. A., Andrés, J. M., & Alberola, S. (2008). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: orientaciones psicoeducativas para los padres. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 10, 39, 129-147.

Moreno, I. (1998). *Hiperactividad: prevención, evaluación y tratamiento en la infancia*. Madrid: Pirámide.

Moreno, I. (2001). Tratamiento psicológico de la hiperactividad infantil: un programa de intervención en el ámbito escolar. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54 (1), 81-93.

Orjales, I. (2005). *Déficit de atención con hiperactividad: manual para padres y educadores*. Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.

Pascual-Castroviejo, I. (2009). *Síndrome de déficit de atención-hiperactividad*. Madrid: Díaz de Santos.

Peñafiel, M. (2001). *Guía de pequeños para grandes. Volumen I y II*. Madrid: Laberinto.

Puig, C. (2008). *Estrategias para entender y ayudar a niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA-H)*. Barcelona: Ceac.

Quintanar, L., Gómez, R., Solovieva, Y., & Bonilla, M.R. (2011). Características neuropsicológicas de niños preescolares con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista CES Psicología*, 4, 1, 16-31.

Rodríguez-Salinas, E., Navas, M., González, P., Fominaya, S. & Duelo, M. (2006). La escuela y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 8, 4, 175-98

Still, Asociación Balear de padres de niños con TDAH. *Guía practica con recomendaciones de actuación para los centros educativos en los casos de alumnos con TDAH*. Recuperado el 30 de marzo de 2012 de <http://www.still-TDAH.com/>

Van-Wielink, G. (2005). *Déficit de atención con hiperactividad: estrategias, habilidades, diagnóstico y tratamiento*. Alcalá de Guadaira: Trillas.

9. ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO DE CONDUCTA DE CONNERS

A.1.1. Cuestionario de conducta de CONNERS para PROFESORES (C.C.E., Teacher's Questionnaire). (Conners, 1989). Forma abreviada.

Instrucciones

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

- NADA = 0 puntos
- POCO = 1 punto
- BASTANTE = 2 puntos
- MUCHO = 3 puntos

	Nada	Poco	Bastante	Mucho
Tiene excesiva inquietud motora.				
Tiene explosiones impredecibles de mal genio.				
Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
Molesta frecuentemente a otros niños.				
Tiene aspecto enfadado, huraño.				
Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
Intranquilo, siempre en movimiento.				
Es impulsivo e irritable.				
No termina las tareas que empieza.				
Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
TOTAL				

- Para obtener el Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad sume las puntuaciones obtenidas. Para los NIÑOS una puntuación mayor de 17 es sospecha de TDAH, mientras que para las niñas lo es una puntuación mayor de 12.

A.1.2. Cuestionario de conducta de CONNERS para PADRES (C.C.E., Parent's Questionnaire). (Conners, 1989). Forma abreviada.

Instrucciones

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

- NADA = 0 puntos
- POCO = 1 punto
- BASTANTE = 2 puntos
- MUCHO = 3 puntos

	Nada	Poco	Bastante	Mucho
Es impulsivo, irritable.				
Es llorón.				
Es más movido de lo normal.				
No puede estarse quieto.				
Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
No acaba las cosas que empieza.				
Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
TOTAL				

- Para obtener el Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad sume las puntuaciones obtenidas. Para los NIÑOS una puntuación mayor de 16 es sospecha de TDAH, mientras que para las niñas lo es una puntuación mayor de 12.

ANEXO 2. ESCALA DE EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS O PROBLEMAS (Espina y Ortego, 2005)

Tomado de: Espina, A., y Ortego, A. (2005). *Guía práctica para los trastornos de déficit atencional con/sin hiperactividad*. Madrid: Janssen-Cilag.

Nombre: _____ Edad: _____

Cumplimentado por: _____

Utilizar la escala para 7 días: del día _____ al _____.

El 0 indica ausencia de la conducta y el 7 que la conducta se presentó de forma muy intensa y/o muy frecuentemente. Señale únicamente los aspectos sobre los que tenga información.

Síntoma o problema	L	M	X	J	V	S	D
No presta atención							
No mantiene la atención							
No escucha lo que se le dice							
No sigue las instrucciones / No finaliza tareas							
No organiza tareas y actividades							
Dificultad en mantener esfuerzo mental							
Pierde las cosas							
Se distrae con cualquier cosa							
Es descuidado y olvidadizo							
Mueve manos/pies/se mueve sentado							
Se levanta de su asiento cuando no debe							
Corre o salta en exceso / con riesgo							
Dificultad para jugar tranquilamente							
Actúa como si tuviera un motor							
Habla en exceso / es ruidoso							
Contesta las preguntas antes de tiempo							
Le cuesta guardar el turno							
Interrumpe o se mete en lo de los demás							

Otros (describir): _____

ANEXO 3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

- **Introducción.**

Esta propuesta de intervención se dirige a niños de 4-5 años. Se trata de actividades que fundamentalmente favorecen el desarrollo de las habilidades sociales, así como el aprendizaje de normas y técnicas para controlar los impulsos y mejorar la atención y la concentración.

- **Objetivos.**

Este documento tiene como finalidad realizar una intervención temprana en niños de 4-5 años que presentan síntomas propios del TDAH. Esta propuesta tiene cuatro objetivos generales muy amplios que deben ser abordados en toda intervención:

- Mejorar la conducta en casa.
- Conseguir un buen comportamiento en clase.
- Fomentar relaciones positivas con los compañeros.
- Disminuir la hiperactividad motriz.

Estos objetivos generales son los que van a guiar en todo momento la propuesta y se concretan a su vez en objetivos específicos en cada una de las actividades.

- **Recursos.**

Para la aplicación de esta propuesta contamos con la colaboración de psicólogos, educadores, maestros y padres de niños con síntomas típicos de TDAH.

En cuanto a los recursos materiales, en cada actividad se detallan los necesarios para cada una de ellas.

- Destinatarios.

La propuesta está dirigida a niños de educación infantil, concretamente de 4-5 años, así como a sus padres, madres, maestros y todo el personal que trabaja con ellos en la escuela.

- Temporalización.

La temporalización de esta propuesta viene determinada por la aplicación de la misma y dependerá de las sesiones que se dediquen. Por ello no resulta adecuado establecer una temporalización exacta, aunque consideramos necesario que se aplique durante todo el curso escolar a razón de una hora a la semana. Cada sesión tiene una duración aproximada de 60 minutos, ya que considerando la edad de los niños, no conviene que las sesiones sean más largas.

- Evaluación.

Con el objetivo de evaluar la eficacia de la intervención es necesario que al inicio y al final del curso, tras la aplicación del programa, se pasen las escalas de Conners (1989) y la escala de evaluación de síntomas y problemas de Espina y Ortego (2005), para poder comparar los resultados de ambas pruebas en los distintos momentos.

- Actividades.

Las actividades incluidas en esta propuesta han sido tomadas o adaptadas de diversas fuentes, tal y como indicamos a continuación:

- Las actividades 1-11 han sido adaptadas Domenech, D. (2004). *Proyecto de integración social basado en el trastorno de niños con déficit de atención con hiperactividad (TDA-H)*. Valencia.

- La actividad 12 ha sido tomada y adaptada del blog de García, J.L. (2012). *Prueba de autocontrol*. Recuperado el 12 de junio de 2012 de <http://www.gobiernodecanarias.org/educación/17/WebC/lujose/PRUEBACONTROL.htm>
- Las actividades 13-17 han sido tomadas del blog anterior y de Asociación Malagueña de adultos y niños con déficit de atención e hiperactividad (2012). *Dinámicas y juegos para niños con hiperactividad*. Recuperado el 12 de junio de 2012 de <http://www.amanda.org.es/index.php/ique-es-el-tdah/articulos/193-dinamicas-y-juegos-para-ninos-con-hiperactividad.html>
- Las actividades 18-22 han sido tomadas y simplificadas para que sean adecuadas al nivel de educación infantil de las desarrolladas por López, M.A. (coord.) (2009). *600 actividades para preescolar*. México: Gil Editores.
- Finalmente, las actividades 23-30 han sido elaboradas específicamente por la autora para esta propuesta de intervención.

ACTIVIDAD 1. Imagen corporal:

- ✓ **Objetivos:** desarrollo de la capacidad de atención, observación, mejora de la motricidad fina y de las relaciones sociales.
- ✓ **Materiales:** papel continuo, lápices, tijeras.
- ✓ **Desarrollo de la actividad:** los niños se agrupan por parejas y se dibujan sus siluetas tumbándose encima del papel. A continuación recortan la silueta y la colorean según sus características, la ropa que llevan, etc. Se cuelgan las siluetas en la pared del aula y los niños deben adivinar de que compañero se trata cada una de ellas.

ACTIVIDAD 2. Pisa y salta!

- ✓ **Objetivos:** seguimiento de consignas, capacidad de mantener el turno, memorización, atención. Además, se trabajan conceptos como los colores y se mejora la coordinación motriz.
- ✓ **Materiales:** cartulinas o papel adhesivo de color rojo y azul, tijeras.
- ✓ **Desarrollo de la actividad:** se recortan círculos de 2 colores y se pegan en el suelo en zig-zag. Los niños deben seguir las consignas que les indique el profesor: saltar solo por los círculos rojos, saltar a la pata coja, con los pies juntos, etc.

ACTIVIDAD 3. Copia el modelo

- ✓ **Objetivos:** desarrollo de la capacidad de observación, motricidad fina, memoria visual, atención y concentración.
- ✓ **Materiales:** bolitas de colores y tamaños distintos, hilo.
- ✓ **Desarrollo de la actividad:** se trata de que los niños sean capaces de copiar un modelo que se les dará en una ficha, ensartando las bolitas en el hilo.

ACTIVIDAD 4. Sígueme!

- ✓ **Objetivos:** atención, coordinación motriz, creatividad.
- ✓ **Materiales:** ninguno.
- ✓ **Desarrollo de la actividad:** los niños imitarán las acciones que diga el maestro. Cuando un niño se equivoque deberá sentarse en el suelo, y así sucesivamente hasta que solo quede uno.

ACTIVIDAD 5. Rostros

- ✓ **Objetivos:** observación, identificación de emociones.
- ✓ **Materiales:** recortes de fotografías en las que aparezcan rostros humanos con expresiones emotivas, cartulinas.
- ✓ **Desarrollo de la actividad:** se reparte a cada niño una fotografía para que la pegue en la cartulina. Cada uno enseña su foto a los demás y deberá ser capaz de explicar que emoción se expresa en esta. También puede decir por qué piensa que la persona de la foto está triste o contenta.

ACTIVIDAD 6. El baile de las estatuas

- ✓ **Objetivos:** capacidad para estar quieto, control de impulsos, atención y memoria.
- ✓ **Materiales:** música.
- ✓ **Desarrollo de la actividad:** en un espacio libre de obstáculos, se pone música para que los niños bailen libremente; cuando la música pare deberán quedarse quietos el máximo tiempo posible.

ACTIVIDAD 7. Historietas

- ✓ **Objetivos:** memoria y atención.
- ✓ **Materiales:** una serie de historietas graficas e ilustradas.
- ✓ **Desarrollo de la actividad:** se les cuenta la historieta a los niños enseñándoles las ilustraciones. Después se barajan las imágenes y el niño deberá situarlas en el orden correcto.

ACTIVIDAD 8. El teléfono loco

- ✓ **Objetivos:** atención, escucha activa, calma.
- ✓ **Materiales:** ninguno.
- ✓ **Desarrollo de la actividad:** el maestro dice una frase sencilla al oído de un niño, este al de su lado y así sucesivamente. El último niño debe decir qué es lo que ha entendido.

ACTIVIDAD 9. El espejo

- ✓ **Objetivos:** capacidad para estar quieto y mantener el equilibrio.
- ✓ **Materiales:** espejo, un libro.
- ✓ **Desarrollo de la actividad:** Se sienta el niño delante del espejo con el libro encima de la cabeza. Debe permanecer quieto todo el tiempo que pueda. Progresivamente, deberá permanecer más tiempo.

ACTIVIDAD 10. Banco de equilibrio

- ✓ **Objetivos:** mantener el equilibrio.
- ✓ **Materiales:** banco.
- ✓ **Desarrollo de la actividad:** se sitúa el niño en un extremo del banco y debe cruzar manteniendo el equilibrio.

ACTIVIDAD 11. Escuchar música

- ✓ **Objetivos:** relajación, capacidad de escucha, capacidad para estar quieto y en silencio.

- ✓ **Materiales:** CD de música, reproductor de música.
- ✓ **Desarrollo de la actividad:** Es un ejercicio que puede servir de relajación. Se pide a los niños que se tumben en la colchoneta y escuchen atentamente la canción. A continuación pueden expresar lo que han sentido mientras la escuchaban, a qué les recuerda, etc.

ACTIVIDAD 12. Pruebas de autocontrol

- ✓ **Objetivos:** observar el tiempo durante el cual el niño es capaz de autocontrolarse y estar quieto.
- ✓ **Materiales:** cronómetro.
- ✓ **Desarrollo de la actividad:** le damos al niño las siguientes instrucciones: “Vamos a jugar a la fábrica de robots. Tú eres un robot y yo el dueño de la fábrica. Como acabas de ser fabricado, estás en el almacén desconectado, sin energía. No puedes moverte. Tienes que estar quieto hasta que yo te conecte. Mira de esta forma”. (El adulto se coloca sentado en una mesa, con las manos quietas y apoyadas sobre la mesa, los ojos cerrados, la cara relajada y la cabeza mirando al frente). “Cuando yo te avise podrás abrir los ojos. Si consigues estar muy quieto y sin abrir los ojos, ganarás el premio. ¿Empezamos?”. Empezaremos realizando la actividad durante dos minutos, y progresivamente podremos ir incrementando el tiempo. El maestro debe anotar si el niño contrae los músculos de la cara, si realiza movimientos oculares tras los parpados, si mueve la boca, abre y cierra los ojos, etc.

ACTIVIDAD 13. Atención al detalle

- ✓ **Objetivos:** observar en el niño la capacidad para centrar la atención en los detalles.
- ✓ **Materiales:** ilustraciones diferentes, láminas, dibujos, etc.
- ✓ **Desarrollo de la actividad:** consiste en observar figuras, detalles de dibujos, imágenes y fotos. Se muestran al niño diferentes ilustraciones durante un corto período de tiempo, después ha de contar y pormenorizar los detalles que recuerde. Se le pregunta acerca de colores, disposición, tamaños, etc. Puede hacerse con historias o descripciones de personajes. Es importante valorar si se distrae durante la lectura o la visualización de los dibujos, para repetir el ejercicio tantas veces como sea necesario.

ACTIVIDAD 14. Haz grupos

- ✓ **Objetivos:** clasificación según atributos y/o características de los objetos.
- ✓ **Materiales:** botones, cartas, figuras, pinturas, prendas de vestir, dibujos, fotos, etc.
- ✓ **Desarrollo de la actividad:** la idea es clasificar series de objetos diferentes: botones, cartas, figuras geométricas, pinturas de colores, prendas de vestir, etc. El niño ha de agrupar y clasificar los objetos presentados según sus características comunes: color, forma, etc.

ACTIVIDAD 15. Cómo un globo

- ✓ **Objetivos:** desarrollar la capacidad de autocontrol, relajación muscular y respiración.
- ✓ **Materiales:** globos.

- ✓ **Desarrollo de la actividad:** inspiramos muy lentamente, vamos dejando que entre el aire por nuestros pulmones y nuestro abdomen (respiración diafragmática). Éste último se va a ir convirtiendo en un globo que se va hinchando a un ritmo lento, después vamos a ir dejando escapar el aire y sintiendo como el globo se va desinflando poco a poco hasta quedar vacío.

ACTIVIDAD 16. La tortuga que se esconde

- ✓ **Objetivos:** relajación muscular progresiva.
- ✓ **Materiales:** ninguno.
- ✓ **Desarrollo de la actividad:** tumbados boca abajo, somos una tortuga que va a ir escondiendo su cabeza y replegando sus patas, hasta que sólo se vea el caparazón. El niño debe haber encogido y tensado los músculos de los brazos, piernas y cuello. A continuación sale el sol y el animal vuelve a asomar muy despacio su cabeza, al tiempo que va estirando las extremidades, dejándolas distendidas y relajadas.

ACTIVIDAD 17. Carrera de caracoles

- ✓ **Objetivos:** capacidad de autocontrol de los movimientos e impulsos.
- ✓ **Materiales:** ninguno.
- ✓ **Desarrollo de la actividad:** el maestro y el niño van a competir en una carrera, como si fueran caracoles. Pero como es una prueba muy especial, el ganador es el que llega el último, de manera que irán avanzando a cámara lenta, ejercitándose en movimientos sumamente lentos, y en el autocontrol de la impulsividad. Paradójicamente en esta ocasión aprenderá que la recompensa llega cuando uno es capaz de enlentecer sus

movimientos y ser consciente de los músculos que hay que tensar en cada tramo.

ACTIVIDAD 18. ¡Ya puedo!

- ✓ **Objetivos:** desarrollar sentimientos positivos de uno mismo, expresar sentimientos, desarrollo de la iniciativa y la autonomía, regular las emociones, reconocer sus capacidades y las de sus compañeros, etc.
- ✓ **Materiales:** ninguno.
- ✓ **Desarrollo de la actividad:** se le pide al niño que piense sobre algo que no podía hacer cuando era más pequeño pero sí puede hacer ahora. Para ello deben completar la frase: “yo no podía.... pero ahora ya puedo y lo hago muy bien”. Después se les pide que digan algo que les gustaría hacer pero que todavía no han logrado y por qué no lo han conseguido. Entre todos los niños, y con ayuda del maestro, se comentan ideas sobre como el niño podría conseguir su propósito.

ACTIVIDAD 19. El venado

- ✓ **Objetivos:** desarrollar la capacidad de autocontrol e inhibición de la impulsividad, adquirir conciencia de las propias necesidades, puntos de vista y sentimientos, desarrollar la sensibilidad hacia las necesidades, puntos de vista y sentimientos de los demás.
- ✓ **Materiales:** ninguno.
- ✓ **Desarrollo de la actividad:** les explicamos a los niños que hay situaciones en las que nos enfadamos y no sabemos controlar nuestros sentimientos negativos. A continuación les decimos que vamos a jugar a un juego en que ellos son los venados (primero les hablamos del animal) y que van a caminar en silencio por la clase. El profesor será el león y pronunciará el

nombre de aquel niño que haga ruido y éste se quedará sentado y sin moverse durante un minuto. El juego sigue del mismo modo hasta ver quién es el que logra estar más rato silencio moviéndose por el aula.

ACTIVIDAD 20. Cumpla las normas

- ✓ **Objetivos:** comprensión de las normas sociales, aprender a regular la propia conducta.
- ✓ **Materiales:** ninguno.
- ✓ **Desarrollo de la actividad:** el maestro explica de forma clara y sencilla la necesidad de normas o reglas para regular la vida de las personas y de los grupos. Se pide a los niños que aporten algún ejemplo de normas que se cumplen y las que no y que ocurre cuando no cumplen las normas. También pueden hablar sobre las normas que hay en clase, en casa, etc. Entre todos se buscan nuevas normas que podrían aplicarse y para que servirían.

ACTIVIDAD 21. Palabras mágicas

- ✓ **Objetivos:** desarrollo de la capacidad de trabajar en grupo, resolver conflictos, reconocer y respetar las reglas de convivencia, interiorizar las normas de comportamiento basadas en la equidad y el respeto.
- ✓ **Materiales:** ninguno.
- ✓ **Desarrollo de la actividad:** se trata de simular distintas situaciones con los niños para que observen cómo deben comportarse y qué ocurre cuando alguien no les respeta. “Por favor, perdón, gracias, etc.”, son las palabras mágicas. Se harán carteles con dichas palabras y se colgarán en el aula.

- Situación 1: un niño pasa al frente y simulamos chocar con él y empujarle al mismo tiempo que se le insulta. Repetimos la misma escena, pero esta vez pidiendo perdón al niño.
- Situación 2: le damos un juguete a un niño y luego se lo quitamos. Preguntamos al resto de niños cómo se sentirían y que sugieran una manera mejor de pedir las cosas.
- Situación 3: se pide a un niño que busque un objeto. El maestro lo recibe sin decir nada. Dejamos que los niños sugieran qué debemos decir cuando alguien nos hace un favor.

ACTIVIDAD 22. Superestrellas

- ✓ **Objetivos:** reconocer sus cualidades y las de sus compañeros.
- ✓ **Materiales:** folios de papel amarillos, colores, tijeras, hilo.
- ✓ **Desarrollo de la actividad:** repartimos a cada niño un folio con una estrella dibujada. Les decimos que cada uno tenemos características únicas y especiales, cosas que hacemos bien, etc. Cada niño debe decir cuáles son sus características especiales y se dibujará en el centro de la estrella. El maestro escribirá en las puntas de las estrellas las características de cada niño. Para terminar se recortan las estrellas y se cuelgan en el techo del aula.

ACTIVIDAD 23. Laberintos

- ✓ **Objetivos:** desarrollo de la atención.
- ✓ **Materiales:** lana, trozos de cuerda.

- ✓ **Desarrollo de la actividad:** el niño debe recorrer el laberinto trazando una línea que avance desde un extremo a otro, procurando cada vez ir aumentando la dificultad de los caminos. Si es muy pequeño, puede hacerse el ejercicio con lana o cuerdas (en lugar de papel y lápiz) que se enreden por distintos objetos , y que conduzcan a algún tipo de premio, por ejemplo caramelos. Al abandonar la cuerda o distraerse, será penalizado con un caramelo de menos.

ACTIVIDAD 24. Vamos a charlar!

- ✓ **Objetivos:** aprendizaje de habilidades sociales, capacidad para iniciar una conversación y seguirla, respetando los turnos de palabra.
- ✓ **Materiales:** ninguno.
- ✓ **Desarrollo de la actividad:** esta actividad se puede realizar de distintas maneras. Se trata de crear situaciones en las que los niños tengan que ser capaces de seguir una conversación respetando los turnos de palabra y escuchando atentamente a lo que dice el otro interlocutor. Podemos poner a los niños por parejas y proponer un tema, por ejemplo las vacaciones, dejamos que los niños hablen entre ellos y después cada niño debe contar a los demás que le ha contado su compañero. Mientras los niños hablan, el maestro irá observando como se comportan los niños en sus conversaciones.

ACTIVIDAD 25. Vamos de compras

- ✓ **Objetivos:** aprendizaje de habilidades sociales; aprender a comportarse en situaciones de la vida diaria, como ir a comprar a una tienda.
- ✓ **Materiales:** los necesarios para jugar a las tiendas (caja de dinero, productos para vender, una mesa, etc.).

- ✓ **Desarrollo de la actividad:** montaremos una tienda para hacer una simulación de una tienda de barrio, como por ejemplo una frutería. Unos niños serán los vendedores y otros los clientes. Se trata de hacer una simulación para que los niños aprendan a comportarse en una tienda. Este juego se puede hacer simulando muchas otras situaciones cotidianas: subir al autobús, pasear por la calle, ir al medico, etc. Más adelante, y si las condiciones lo permiten, se puede salir a dar paseos por los alrededores del centro e ir a tiendas de verdad.

ACTIVIDAD 26. Cuenta cuentos

- ✓ **Objetivos:** desarrollar la capacidad de escucha activa y atención, reflexión sobre distintas situaciones.
- ✓ **Materiales:** cuentos.
- ✓ **Desarrollo de la actividad:** la actividad consiste en sentar a los niños en el rincón de la biblioteca y contar un cuento que esconda alguna moraleja. El maestro puede dramatizar el cuento para hacerlo mas atractivo. Una vez terminado de contar, se puede iniciar una conversación sobre él mismo en la cual los niños dirán que han entendido, que les parece la actuación del personaje, etc., respetando los turnos de palabra.

ACTIVIDAD 27. El restaurante

- ✓ **Objetivos:** aprendizaje de normas sociales y de comportamiento.
- ✓ **Materiales:** mesas, sillas, platos, cubiertos, vasos, paños de cocina, servilletas, bandejas.
- ✓ **Desarrollo de la actividad:** se trata de simular un restaurante. Unos niños serán los camareros y otros los clientes del restaurante. Los niños deben comportarse correctamente y pedir las cosas por favor cuando llamen al

camarero, dar las gracias, etc. Al finalizar se puede hacer una charla sobre cómo les gusta que los traten cuando van a comer a un restaurante, cómo deben comportarse, qué ocurre si no están quietos en la mesa, etc.

ACTIVIDAD 28. Nada de blanco!

- ✓ **Objetivos:** mejorar la concentración y la atención.
- ✓ **Materiales:** folios en blanco y colores.
- ✓ **Desarrollo de la actividad:** se trata de que el niño coloree una hoja de papel sin dejar espacios en blanco. Para los niños hiperactivos lo mejor es comenzar con hojas más pequeñas, y progresivamente darles folios más grandes.

ACTIVIDAD 29. Agrupación

- ✓ **Objetivos:** mejora de la atención y la concentración.
- ✓ **Materiales:** objetos que puedan ser agrupados según características (por ejemplo, pelotas, calcetines, botones, etc.).
- ✓ **Desarrollo de la actividad:** en esta actividad el niño debe clasificar distintos objetos según el criterio que considere oportuno. Para ello se le dan una serie de objetos y debe separarlos según vea que tienen características comunes. Por ejemplo, puede clasificarlos según la forma, los colores, el tamaño, etc.

ACTIVIDAD 30. Sesiones de relajación

- ✓ **Objetivos:** relajación.
- ✓ **Materiales:** colchonetas, música de relajación.

- ✓ **Desarrollo de la actividad:** se trata de ejercicios de relajación corporal. Los niños se tumban en las colchonetas o apoyan la cabeza sobre sus brazos sentados en el pupitre. Se pone la música y el maestro va diciendo frases como por ejemplo: “aprieta los puños y suelta”, “toma aire y suéltalo despacito”, etc.

ANEXO 4. PAUTAS PARA EDUCADORES

En la etapa de educación infantil es donde se sientan las bases del posterior éxito académico de los niños. Más allá del aprendizaje de números y letras, se trata de una etapa en la que los alumnos aprenden valores sociales, normas de comportamiento, habilidades sociales, maneras de relacionarse con los demás, etc.

El maestro de educación infantil es un agente clave en esta etapa y, ante la dificultad de diagnosticar a un niño de TDAH en estas edades, debe estar alerta de cualquier síntoma que pueda esconder un trastorno y debe saber cómo actuar para favorecer la integración de estos niños.

Por ello, pensamos que es conveniente comentar algunas pautas de actuación que todo docente debe tener en cuenta ante un alumno que, a edades más avanzadas, podría ser diagnosticado de TDAH.

Estas pautas han sido tomadas del “Cuaderno Informativo sobre TDAH” elaborado por Ávila y Mena (1998, p. 7-8) para la Fundación Adana:

1. Procurar un ambiente tranquilo, ordenado y sin demasiados cambios.
2. El maestro ha de ser flexible. No se le puede pedir a un alumno con TDAH que esté quieto todo el tiempo, pero tampoco se le puede dar rienda suelta para que haga lo que quiera. Se deben poner unos límites.
3. A menudo los niños hiperactivos tienen algún problema de relación con los compañeros. Ha de ser corregido pero siempre buscando una solución, nunca culpabilizándole ni etiquetándole.
4. La educación infantil es una etapa en la que se da más importancia al aprendizaje del control de la conducta y a las relaciones sociales que a las actividades meramente académicas. El aprendizaje de las habilidades sociales es un pilar para el desarrollo infantil.

5. Todos los niños pueden destacar en algo. El maestro debe favorecer las cualidades de todos los alumnos.

Por otro lado, siguiendo la guía para padres y educadores de la Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil del Hospital Universitario Reina Sofía (De Burgos, Barrios, Engo, García, Gay, et al., 2009), recogemos algunos consejos básicos para los docentes:

1. Pregúntele cómo puede ayudarle.
2. Manténgale cerca de usted.
3. Repita las instrucciones.
4. Las instrucciones han de ser claras, específicas y breves.
5. Establezca con el contacto visual frecuentemente.
6. Haga bromas, innove.
7. Diseñe una agenda o calendario propio de actividades que sea predecible.
8. Divida las actividades largas en varias cortas.
9. Use el feedback: ofrézcale información de su comportamiento a casa momento, para que se autoobserve y corrija.
10. Evite intervenir si no es necesario, fomente su autonomía; si es posible, sugiera, no imponga.
11. Busque los logros y esfuerzos tanto como sea posible.
12. Elogie, refuerce, con premios materiales y sobre todo sociales. Una sonrisa vale más que mil juguetes.
13. Enséñele pequeños trucos de memoria.
14. Anuncie lo que viene después antes de hacerlo o decirlo.
15. Simplifique la información, pero de manera que llame la atención.
16. Haga uso del contacto físico no amenazante para comunicarse con el. Establezca vínculos afectivos con el niño.

Finalmente, en la Tabla 5 se ofrecen algunas orientaciones ante situaciones concretas que suelen darse en el aula con alumnos con TDAH, y que han sido tomadas de Mena, Nicolau, Salat, Tort y Romero (2006, p. 34-36):

Tabla 5. Orientaciones ante actuaciones concretas.

1. Se levanta a menudo: ✓ Antes de empezar una tarea, el maestro recuerda la norma de que únicamente se levanta de su sitio aquel alumno que haya terminado la tarea, mientras que si alguien tiene dudas puede levantar la mano. ✓ Asegurarse de que los niños tienen todo el material necesario para la tarea (lápices, colores, plastilina, etc.). ✓ Reforzar la conducta correcta (acercarse y decirle, por ejemplo, “muy bien, me gusta verte sentado y trabajando, sé que harás un buen trabajo) e ignorar la incorrecta. ✓ Entrenarlo para permanecer un corto espacio de tiempo trabajando sentado de manera autónoma (por ejemplo, dando una recompensa que le guste). ✓ Aplicar la consecuencia más lógica en caso de incumplir la norma (por ejemplo, perder el privilegio de sentarse).
2. Interrumpe constantemente: ✓ Ofrecer la norma a través de un dibujo en un lugar visible. ✓ Pactar con el niño señales silenciosas como recordatorio (tocar, mirar, hacer un guiño) y mantenerse a menudo cerca de él. ✓ Aprovechar algunas situaciones con otros niños para mostrar el modelo correcto. ✓ Reforzar la conducta correcta siempre que ésta se dé o se aproxime. ✓ En caso de que el niño continúe interrumpiendo, ofrecer pequeños recordatorios de la norma e ignorar la conducta. ✓ Podemos dar al niño impulsivo un pequeño margen de interrupción, pactando previamente con él una interrupción legal.
3. Molesta a los compañeros de mesa: ✓ Sentarle con un compañero que presente un buen modelo de comportamiento. ✓ Dedicar un tiempo personal a hablar sobre los sentimientos que genera en el compañero/s cuando invade su espacio, les interrumpe, habla en exceso ✓ Ofrecer un espacio para él solo donde pueda trabajar tranquilamente, presentándoselo como un “lugar para trabajar tranquilo” y no un “lugar para que no molestes”. ✓ Elogiarle mediante la alabanza específica cuando trabaje correctamente con sus

compañeros.

- ✓ En caso de incumplimiento podemos aplicar, por ejemplo, el tiempo fuera con la siguiente consigna: "Únete a tu compañero cuando creas que podrás trabajar en silencio".

4. Pierde el control, chilla, desafía...:

- ✓ Si pierde completamente el control tendrá que retirarle del aula.
- ✓ Si el niño desafía, inicialmente se pueden ofrecer otras alternativas de solución, en caso de que no dé resultado no conviene enfrentarse ni entrar en lucha de poderes, mantenerse firme y no caer en lamentaciones, no agredir.
- ✓ Posteriormente al desafío, dedicar un tiempo personal a hablarlo, dejando que se explique, escuchándole atentamente, buscando soluciones para otro momento, orientándole, y respetándole en todo momento.
- ✓ Nuevamente se puede aplicar el tiempo fuera como técnica para reducir este comportamiento.
- ✓ Se ha de evitar el abuso de la expulsión del aula, pues esta estrategia no favorece el autocontrol del niño con TDAH. Como alternativa pactamos con él tres advertencias.

5. "Va como una moto":

- ✓ Reforzar en todo momento la buena conducta.
- ✓ Ignorar algunas conductas inadecuadas menores.
- ✓ Permitirle un alivio para la tensión física (rayar una hoja, limpiar la pizarra, ir a buscar alguna cosa, ir a beber agua...).
- ✓ Enseñar técnicas de autocontrol (por ejemplo la "Técnica de la Tortuga") y relajación.
- ✓ Pactar previamente con el niño señales de recordatorio para aplicar las técnicas de autocontrol o relajación.
- ✓ Intentar prever momentos clave en que sabemos que pierde fácilmente el control.

Fuente: Mena, B., Nicolau, R., Salat, L., Tort, P., & Romero, B. (2006). *El alumno con TDAH* (p. 34-36). Barcelona: Ediciones Mayo.

ANEXO 5. PAUTAS PARA PADRES

Los padres de niños hiperactivos suelen estar en tensión constante, tratando de evitar a toda costa accidentes, conductas inadecuadas, etc. Sus niveles de ansiedad suelen ser elevados, pues la intensa actividad de sus hijos puede acabar con su paciencia. No obstante, en el caso de los niños menores de 6 años, la ansiedad y preocupación de los padres ante un posible trastorno de conducta es mayor, pues no cuentan con un diagnóstico que les permita actuar con seguridad. Deben tener claro que un niño pequeño corre, salta, se mueve en exceso, pero al mismo tiempo han de estar alerta cuando estos síntomas son más graves de lo habitual.

Para estos padres, podemos proponer las siguientes pautas de actuación:

1. Tener en cuenta que muchas conductas de un niño en edad preescolar pueden confundirse con síntomas propios de TDAH. Es normal que los niños pequeños sean inquietos y no pueden comportarse de una manera perfecta en determinadas situaciones.
2. Para los padres de niños hiperactivos, que sus hijos actúen como ellos esperan es una tarea difícil. Es preciso que estén bien informados acerca de estrategias y técnicas que les permitan controlar la conducta del niño.
3. Deben mantener la calma y no perder los nervios ante situaciones difíciles. Si el niño se da cuenta de que las conductas disruptivas son las que más llaman la atención de sus padres las repetirán con más frecuencia. Se trata de transmitir tranquilidad y un modelo correcto al niño para que reflexione sobre su conducta y sepa cómo debe actuar, ofreciéndole varias alternativas.
4. Hay que ir poco a poco en todos los aprendizajes del niño, ser constante y no intentar que lo haga todo bien a la primera.

Estas son pautas generales que los padres deben conocer y aplicar, no obstante, sería necesario darles formación sobre qué es el TDAH, cuáles son los síntomas, cómo deben actuar si su hijo tiene alguno de ellos, así como estrategias específicas de intervención. Con el objetivo de ofrecerles una información completa y precisa, sería conveniente y

Borràs Talens, Margarida

necesario organizar una escuela de padres en la cual se lleven a cabo charlas informativas, cursos y seminarios sobre TDAH, así como actividades prácticas junto a sus hijos que les permitan saber cómo actuar en cada momento.