

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA



FACULTAD DE HUMANIDADES Y PSICOLOGÍA

División de Psicología



Trabajo Fin de Grado en Psicología

Convocatoria Julio 2014

Déficit de Atención por Hiperactividad

Attention- Deficit Hyperactivity Disorder

Autora: Laura Campoy Hernández

Tutora: Pilar Sánchez López

Resumen:

El presente Trabajo de Fin de Grado pretende mostrar una visión global del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH en adelante) para que, tanto profesionales relacionados con este déficit como los padres de estos niños puedan disponer de una guía de información y actuación. Se explica la importancia que tiene la prevención para poder establecer lo más precozmente posible un modo de actuación que actúe sobre los síntomas presentes en ese momento. También incluye una revisión teórica en la que se presenta información sobre la definición y el diagnóstico del TDAH, así como la puesta en práctica actual de la intervención en el ámbito escolar y la adaptación curricular a estos alumnos. Además, se concluye que la intervención más adecuada en la actualidad es el tratamiento multidisciplinar. Para finalizar, se realiza una guía de actuación para los padres y los profesionales relacionados con alumnos con TDAH.

Abstract

The present degree thesis aims to show an overview of the Attention Deficit Hiperactivity Disorder (ADHD) in order to provide for both professionals related to this deficit and the parents of these childrens, provide a guide of information and action. It explains the importance of prevention in order to establish a mode of action on the symptoms as early as possible. It also includes a theoretical revision that presents information about the definition and diagnosis of ADHD, as well as the current implementation of treatment in the school environment and curriculum adaptation to these students. Furthermore, it is concluded that the most appropriate approach today is the multidisciplinary treatment. Finally, a guide for parents and professionals working with students with ADHD is provided.

Contenido

Justificación y objetivos	4
La prevención.....	6
Trastorno de déficit de atención con hiperactividad	8
Trastorno de atención en el ámbito escolar.....	15
Intervención.....	19
Papel de los distintos agentes en la prevención	22
Papel del orientador escolar	22
Papel del profesor.....	23
Papel de los padres	25
Referencias bibliográficas.....	28
Anexo 1: Escala Escolar de Conners Revisada (EEC-R).....	32

Justificación y objetivos

Según Orjales (2013), el TDAH es un trastorno que afecta de un 3 a un 6 por ciento de los niños en edad escolar, esto quiere decir que estadísticamente hablando se pueden encontrar en el aula de uno a tres niños con TDAH. A pesar de que últimamente se ha prestado más atención a estos niños, todavía no es suficiente. Hasta hace algunos años, se pensaba que el TDAH era un trastorno madurativo y que a partir de la adolescencia la sintomatología desaparecía, pero hoy día se sabe que los niños con TDAH se ven afectados en su desarrollo a lo largo de su vida. (Soriano, 2007). Orjales (2011) hace hincapié en que la alta incidencia y el elevado riesgo de desarrollo de trastornos asociados y de graves problemas de adaptación social hace que sea necesaria una mayor atención a este déficit. Además, existen muchas familias y profesionales de la educación desorientados por la falta de información y formación sobre este trastorno.

El TDAH, como indica Orjales (2013), es un trastorno que con alta frecuencia suele desarrollar problemas de conducta, dificultades de adaptación personal, fracaso escolar y trastornos emocionales. No obstante, con una detección temprana, un diagnóstico correcto y la implicación de los padres, los profesionales de la psicología, la medicina y la educación se puede conseguir amortiguar el efecto desestabilizador de la sintomatología básica, desarrollando mecanismos de compensación y optimizando las buenas capacidades hasta conseguir que el niño con TDAH alcance la edad adulta de forma adaptada, competitiva y de forma emocionalmente sana.

Es por todo esto que existe la necesidad de establecer protocolos de actuación en los que se parta de un enfoque multidisciplinar (médico, psicosocial y educativo) y se forme a los orientadores y psicólogos educativos en la detección temprana. Por todo ello, en el presente trabajo se tratará de crear una visión global sobre los protocolos de actuación que deberán tomar

tanto profesionales como padres de niños con TDAH, para así actuar lo más precozmente posible y poder establecer una prevención, en este caso terciaria. Se ha realizado una recopilación de información para dar una visión más detallada del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, cuáles son sus síntomas en el ámbito escolar, el papel de los distintos agentes implicados y cuál debería ser una adecuada intervención.

Los objetivos que se quieren conseguir con este trabajo son los propios de la Atención Temprana. Estos son, “Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño; Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño; Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas; Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo; Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño; Y considerar al niño como sujeto activo de la intervención”. Además, se añade el objetivo de intentar disminuir la falta de información y la incertidumbre que presentan los padres por no saber cómo actuar ante el diagnóstico de su hijo, y guiar a los profesionales (orientadores y profesores) para que el diagnóstico sea lo más precoz posible y la intervención se realice de forma multidisciplinar. (Libro Blanco de la Atención Temprana, p. 17 y 18, 2005).

La prevención

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el concepto de prevención significa “la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas”. Con lo cual, el principal objetivo que se quiere conseguir con la Atención temprana (AT en adelante), es que los niños que presentan TDAH, reciban todos los apoyos necesarios para potenciar su bienestar y su capacidad de desarrollo para que su integración en el ámbito escolar, familiar y social, así como su autonomía personal sea lo más óptima posible (Libro Blanco de la Atención Temprana, 2005).

La AT debe intervenir tanto en niños que ya presentan una alteración en el desarrollo, como en aquellos en riesgo biológico o social, así como en su familia y a su entorno. Entendiendo como situación de riesgo, según la OMS (2014), “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”.

Los servicios de AT deben colaborar en tres niveles de prevención. Estos diferentes niveles son la *prevención primaria*, a la cual corresponden las actuaciones y protección de la salud, orientadas a promover el bienestar de los niños y sus familias antes de que aparezca algún trastorno en el desarrollo. Otro nivel es la *prevención secundaria*, la cual intenta detectar lo más precozmente posible las situaciones de riesgo, enfermedades o trastornos y así actuar cuando la plasticidad cerebral tiene más posibilidades terapéuticas. Con lo cual, es necesario que los profesionales que trabajan con poblaciones infantiles estén atentos en la detección de signos de alerta. El último nivel es el de *prevención terciaria*, la cual se corresponde con las actuaciones dirigidas a intervenir cuando ya está presente el trastorno y lo que se intenta es paliar los síntomas o eliminarlos. El servicio de AT debe activar un proceso de reorganización, trabajando

tanto con la familia y el entorno, como con el niño, con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo. Ésta es la prevención que se pretende plasmar en el siguiente trabajo y con ella se pretende atenuar las disfunciones en el desarrollo o los trastornos, modificar los factores de riesgo en el entorno inmediato del niño y prevenir trastornos secundarios.

Otro objetivo fundamental de la intervención es conseguir que la familia disponga de información y comprenda las capacidades y limitaciones de su hijo para saber intervenir modificando el entorno según las necesidades mentales, físicas y sociales de éste. Además de facilitar su integración social, procurar su bienestar y actuar como agente potenciador del desarrollo del niño (Libro Blanco de la Atención Temprana, 2005).

Un aspecto importante a considerar es, que cuando se habla de detección temprana se hace referencia a la detección de síntomas asociados al TDAH y la aparición de los primeros problemas desadaptativos, es decir, al diagnóstico de síntomas para la detección de niños con riesgo de TDAH, con el fin de iniciar una intervención psicoeducativa inmediata en el contexto familiar y escolar, y un seguimiento que con el tiempo pueda llevar a un diagnóstico de TDAH. (Orjales, 2012).

Según el Libro Blanco de la Atención Temprana (2005), se consideran de riesgo biológico aquellos niños expuestos a situaciones perjudiciales para su proceso madurativo, como puede ser el bajo peso, la anoxia al nacer o la prematuridad. En cambio, se consideran de riesgo psicosocial aquellos niños que viven en condiciones sociales nocivas para ellos que pueden llegar a alterar su proceso madurativo, tales como interacciones inadecuadas con sus padres, maltrato, abuso, falta de cuidados o negligencias.

Además, Rutter (1985) citado por Orjales (2012, p.28), define factor de riesgo como “aquello que aumenta la probabilidad de que aparezca un trastorno y factor de protección como lo que reduce el impacto negativo del factor de riesgo”.

Un ejemplo que hace visible la importancia de paliar estos síntomas lo más precozmente posible es que, según el estudio de Ramos-Quiroga, se ha observado una correlación entre el debut de las adicciones en la adolescencia y el padecimiento del trastorno por déficit de atención por hiperactividad durante la infancia, siendo el TDAH un factor de riesgo para el consumo de sustancias, debido a la similitud fenomenológica entre la impulsividad esencial del TDAH y la vivencia de incapacidad para controlar el impulso de consumo de sustancias tóxicas propia de la pérdida de control de los adictos. Las adicciones y el TDAH comparten marcadores biológicos y aspectos clínicos (más frecuentes en varones, elevada comorbilidad con trastornos de personalidad y con trastornos afectivos).

Trastorno de déficit de atención con hiperactividad

El Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno que se inicia en la infancia y es caracterizado por dificultades para mantener la atención, hiperactividad o exceso de movimiento e impulsividad o dificultades en el control de los impulsos. (Fundación Adana, 2009). Su definición más aceptada es la establecida por el DSM –IV, la cual se presentará más adelante en el apartado correspondiente al diagnóstico. Quintero (2009) sostuvo que los niños con TDAH presentan dificultades para realizar tareas relacionadas con el proceso de enfocar y ejecutar eficientemente, manejar dos sistemas de información simultáneamente, así como problemas con las funciones ejecutivas y la capacidad de cambiar la atención

adaptativamente, resistir la tendencia hacia la perseverancia y tener una memoria de trabajo eficiente.

Como indica la Fundación CADAH (2012), se debe diferenciar entre el Trastorno por Déficit de Atención (TDA) y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). El TDA hace referencia a alteraciones causadas por la deficiencia atencional, es decir, por la ausencia e insuficiencia de las actividades de orientación, selección, mantenimiento de la atención y a su deficiencia en el control y regulación con otros procesos. En cambio el TDAH va acompañado de un exceso en la actividad motora (también llamado hiperactividad), o que el déficit de atención es consecuencia inevitable de la hiperactividad. Se ha demostrado que en adolescentes y adultos la actividad motora excesiva decrece, pero no el déficit de atención, de tal modo que se acepta que una persona con déficit de atención puede presentar cuadros de actividad motora excesiva o no.

Se desconoce la causa específica del TDAH, pero según Orjales (2013), se cree que es de origen multifactorial, una combinación de alteraciones estructurales y/o factores genéticos que modificados por componentes sociales, ambientales y educativos van dando lugar a cuadros sintomatológicos de evolución dispar e intensidad variable.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, según Orjales (2012), es un síndrome con fundamento neurobiológico. Con respecto a su etiología, presenta una heredabilidad del 60-90% frente a otras causas ambientales, las cuales varían entre 10-40%. Además, según la Guía Adana, se ha demostrado que está relacionado con un desequilibrio químico en las áreas cerebrales involucradas en la atención y en el movimiento y con genes relacionados con la dopamina, norepinefrina y serotonina (Soriano, 2007). Por tanto, se demuestra la implicación de diferentes regiones cerebrales en el TDAH, centrándose en la

corteza prefrontal y el cíngulo anterior, entre otras, aunque también se hayan encontrado disminuciones globales de sustancia gris en estos pacientes, como indica Quintero (2009). A nivel neuropsicológico, el trastorno muestra como características nucleares un déficit en los mecanismos que regulan la atención, la actividad y la reflexividad debido a un mal desarrollo.

Índices de prevalencia general, según Orjales (2012), indican que este trastorno se sitúa entre un 4 y 12% de niños entre los 6 y los 12 años. Respecto a su distribución por sexos, el DSM-IV menciona una prevalencia de 9 varones por cada niña diagnosticada en la población clínica y de 4 a 1 en la población epidemiológica. Sin embargo, se ha apuntado que parte de esta mayoría masculina se debe a una expresión distinta de los síntomas entre ambos sexos y/o una mayor demanda de diagnóstico debido a su sintomatología más disruptiva en casa y en el colegio.

Coloquialmente, se usa en numerosas ocasiones el término “niño hiperactivo”, que terminológicamente no se refiere a otra cosa que a un exceso de actividad motriz. Además, no permite un diagnóstico diferencial que nos permita evaluar las dificultades más importantes, ya que la hiperactividad podría darse también en niños inquietos, en aquellos que puntualmente se encuentran ante una situación emocional que les desborda, que no están acostumbrados a adaptar su comportamiento a las normas sociales o incluso como síntoma asociado a otros trastornos (Ansiedad Generalizada, Trastornos generalizados del Desarrollo, entre otros). Con lo cual, no podemos utilizar como sinónimo de TDAH el de “niño hiperactivo”, ya que esto solo es uno de los síntomas que presenta el TDAH y da lugar a confusión. (Orjales, 2013).

Se consideran dos grupos de síntomas fundamentales en el TDAH: la desatención y la hiperactividad/impulsividad. Los criterios diagnósticos para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad son los siguientes. DSM- IV-TR (APA, 2002).

A. Cumplir (1) o (2):

(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.

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

B. Algunos síntomas de hiperactividad- impulsividad o desatención que causaban alteración 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 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 (ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Una vez valorado el criterio A, el evaluador deberá confirmar con una exploración médica y psicoeducativa a fondo que se cumplen los criterios B y E, y determinar en cuál de los tres subtipos de TDAH podría encajar. Los tres subtipos existentes son el “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención”, el cual lo presentarían niños y niñas que presentan 6 o más síntomas de desatención por lo menos durante los últimos 6 meses, el “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo predominio hiperactivo- impulsivo”, el cual lo presentarían niños y niñas en los que se constatan 6 o más de los síntomas de hiperactividad e impulsividad durante los últimos 6 meses, y el “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado”, para aquellos niños y niñas que presentan 6 o más de 6 síntomas de desatención y 6 o más de 6 síntomas de hiperactividad/ impulsividad. Orjales (2012).

La Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10, incluye el TDAH en la sección F.98 denominada “Trastorno del Comportamiento y de las Emociones de Comienzo Habitual en la Infancia y Adolescencia” y la incluye dentro de trastornos hipercinéticos, caracterizados por deficiencias para mantener la atención e hiperactividad motriz (Organización Mundial de la Salud, 1995).

En lo referente al diagnóstico, sigue siendo fundamentalmente clínico ya que hasta la fecha no se tiene una prueba diagnóstica única y por excelencia. La variabilidad intersujeto hace que las pruebas de neuroimagen no sean de utilidad diagnóstica, aunque pueden detectar defectos sugerentes en estos pacientes.

Las pruebas neuropsicológicas y psicométricas, son casi de obligada realización en el diagnóstico, aunque únicamente pueden apoyar a éste y no serán diagnósticas en sí mismas.

Aun así, Orjales (1995) destaca la versión castellana de las escalas de Conners, La Escala Escolar de Conners- Revisada (Anexo1), la cual es una escala de 20 ítems que permite valorar de forma conjunta o separada, el déficit de atención, la hiperactividad- impulsividad y el trastorno de conducta.

Rodríguez, García- Sánchez, González- Castro, Álvarez y Bernardo, (2010) realizan un estudio en el que concluyen que realizar un diagnóstico para el déficit de atención es una actividad costosa y complicada, la cual necesita de una planificación selectiva y de la elección de las pruebas que mejor se adapten a la persona en cuestión. Esto es así porque cada niño puede presentar síntomas diferentes de otros o incluso presentar síntomas aislados sin necesidad de tener un cuadro psicopatológico, a pesar de necesitar intervención. Además, las manifestaciones del TDAH cambian con la edad y durante la adolescencia. Con lo cual, el diagnóstico debe realizarse según el momento del desarrollo del niño y según el paciente, estando siempre a disposición de realizar adaptaciones y teniendo en cuenta diferentes posibilidades para escoger la mejor elección.

Orjales (2012, p. 123) cita a Barkley (2006) para hacer hincapié en la necesidad de que se preste atención a la comorbilidad con Trastornos específicos del aprendizaje o de la coordinación, y establece la siguiente incidencia: entre un 8 y un 39% de los niños con TDAH tiene un Trastorno de la lectura; entre un 12 y 30% padecen un Trastorno del cálculo; el 47% cumplen criterios de Trastorno del Desarrollo de la Coordinación Motora y el 52% tienen retraso en la coordinación motora; hasta el 35% muestran inicio tardío del habla llegando a mostrar entre el 10 y 54% de los casos dificultades expresivas, principalmente pragmáticas.

Además, como indica la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad, para realizar un diagnóstico preciso y diferencial, es fundamental distinguir el

TDAH de otros trastornos asociado, los cuales aparecen debido posiblemente a una mala intervención del TDAH. Estos Trastornos asociados son el Trastorno negativista desafiante, en el que el niño se muestra hostil y desafiante, presentando conductas de oposición haciendo lo contrario de lo que se le ordena; Trastorno de conducta, el cual se presenta principalmente en la adolescencia y es caracterizado por desafiar de forma persistente todas las normas sociales y se saltan los derechos de los demás (p.ej., faltar a clase o escaparse de casa); Ansiedad por separación, donde el niño tiene mucho miedo a separarse de los padres y somatice dolores de cabeza o de estómago en el colegio, lo que conlleva a una continua distracción; Trastornos del ánimo, como alteraciones en el estado de ánimo, que se muestre triste, deprimido, irritable o eufórico. Los niños con TDAH tienen un riesgo 5 veces superior al de la población normal de padecer estos trastornos. De hecho, entre un 20 y un 30% de los niños con TDAH padecen un trastorno afectivo. Por lo tanto, como indica Quintero (2009), la presencia de comorbilidades en el TDAH va a ser un factor determinante en el pronóstico y la evolución del trastorno.

Varias fuentes (Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad y Rodríguez, García- Sánchez, González- Castro, Álvarez y Bernardo, 2010) coinciden en que para realizar un diagnóstico válido, es necesario que sea elaborado por un profesional, aunque los primeros en detectar los síntomas del TDAH en el niño son los padres, profesores, psicólogos escolares o pediatras. Para el proceso diagnóstico, es necesaria la opinión de los padres y profesores, y deben proporcionar información acerca de la historia del desarrollo, del historial médico del niño, cómo es el ambiente social y familiar, datos de escolarización, antecedentes de TDAH en familiares, estrategias educativas de los padres (cómo resuelven los conflictos) y además, una recopilación y evaluación de la información de los profesores, pruebas complementarias que descartan otros problemas y exámenes físicos.

También suelen utilizarse otras pruebas para detectar problemas asociados al TDAH (depresión, trastorno oposicional, ansiedad) o síntomas aislados de éste, en los cuales los padres y profesores sirven como fuente de información. Suelen utilizarse los Test de WISC, de Raven o de Leiter para destacar que hubiera algún déficit cognitivo por parte del niño, las pruebas específicas de atención (como el Test de Rendimiento Continuado, Test de Stroop o Test de Caras) y las pruebas específicas del aprendizaje y del lenguaje para evaluar las matemáticas, la lectura y la escritura.

La cumplimentación de estas pruebas tiene el objetivo de descartar aquellos síntomas propios de la edad, que estén ocasionados por algún factor externo o que pueda ser debido a algún problema médico, pedagógico o psiquiátrico (Rodríguez. et al., 2010).

Trastorno de atención en el ámbito escolar

En los primeros años de escolaridad comienzan a aparecer los síntomas del TDAH ya que en este periodo es cuando surgen una serie de demandas a las cuales el niño no está acostumbrado, tales como permanecer sentado durante mucho tiempo debido a la extensión de las explicaciones del profesor, mantener una atención sostenida y control sobre sí mismo, tener un horario más estructurado, realizar deberes en casa, etc.

Debido a esta serie de cambios, los niños con TDAH no pueden resolver algunas de estas exigencias, que para la mayoría de sus compañeros transcurren sin problemas, con lo cual se hace visible la importancia de un diagnóstico por parte de un profesional especializado lo más precozmente posible y de la correcta actuación por parte del profesor (Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad, 2014).

Angulo, Fernández, García, Giménez, Ongallo, et al. (2008) sostienen que se deben tener en cuenta diversos aspectos a la hora de abordar la intervención en el aula, tales como el nivel educativo del niño en ese momento, la organización del contexto educativo y su experiencia previa en integración de niños con TDAH, el número y la tipología de otros alumnos con necesidades educativas especiales (NEE), materiales y recursos disponibles, si se dispone en el centro de un profesor especializado, etc.

La orientación que deben prestar los centros educativos a los alumnos con Trastornos graves de Conducta es la de establecer medidas de convivencia que faciliten el aprendizaje del alumnado y una respuesta adaptativa del entorno escolar que ayude a proporcionar adaptaciones a las necesidades de todos los alumnos. También es necesario que el proyecto educativo esté actualizado y que la disciplina llevada a cabo a estos alumnos con NEE sea individualizada y en privado.

El profesor debe promover la responsabilización y el aumento de la capacidad de control en el alumno con TDAH. Estrategias que son muy útiles son las aulas de convivencia, en las cuales se pueden reflexionar sobre las consecuencias de las conductas que no deben realizar los alumnos y para los niños con TDAH resulta de un lugar de entrenamiento para el autocontrol y de reflexión. En conclusión, el Plan de formación del profesorado debe ir encaminado a la adaptación de las estrategias y recursos educativos más adecuados a las necesidades de los alumnos.

Las orientaciones que se deben establecer a nivel del aula con alumnos que presentan TDAH son el establecimiento de un clima en el aula estructurado y seguro, el conocimiento por parte de los profesores y orientadores sobre el trastorno, adaptación de materiales al aula ordinaria, un ajuste curricular con contenidos de enseñanza y aprendizaje tales como procesos atencionales o metacognitivos, desarrollo de hábitos de organización, adquisición de autonomía,

orden y planificación y autocontrol; introducir un profesorado de Pedagogía y un profesor de apoyo, creación de la figura de alumno/a ayudante, introducir al niño con TDAH en un grupo tranquilo, con pocos alumnos, estructurado y estable, sentar al alumno con TDAH en un lugar sin ruido y cerca del profesor/a, establecer en el aula normas explícitas y públicas, asignar alguna responsabilidad al niño con NEE, adaptar el material de aprendizaje para que sea más colorido y estimulante, emplear calendarios y agendas para que organicen sus tareas, utilizar un programa de economía de fichas, enseñar a autorreforzarse, etc. (Angulo et al.,2008).

Según la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (2004), los síntomas derivados del TDAH dificultan el aprendizaje del niño que los padece, ya que su cerebro estructura los contenidos asimilados de manera diferente, lo que conlleva que el alumno tenga dificultades en tareas como la escritura, lectura, en memorización, al deletrear, escuchar, organizar la información o al razonar.

Los niños con TDAH en los que predomina el Déficit de Atención presentan síntomas durante la educación primaria de problemas de concentración, dificultades para sostener la atención, para seguir instrucciones, descuido a la hora de realizar los deberes escolares o cuidar el material, pierden objetos necesarios para el desempeño de actividades continuamente, parece no escuchar y trata de no realizar tareas que requieran un esfuerzo constante o una gran atención.

Cuando el síntoma predominante es la hiperactividad, los alumnos presentan dificultades para mantenerse en su asiento de forma adecuada y durante un tiempo prolongado, al esperar su turno y tienen movimientos corporales constantes (como mover las manos, hacer ruido, correr, etc.) en contextos inadecuados.

Con la impulsividad como factor principal, los síntomas que se observan en los alumnos con TDAH son problemas para dirigir sus acciones y controlarlas, se saltan las normas sin medir

las consecuencias, responden de forma precipitada a las preguntas incluso antes de haberla formulado completamente, tienen dificultades para seguir instrucciones y esperar su turno y les cuesta realizar actividades que requieran de estrategias de análisis de estímulos.

Según la Asociación Elisabeth d'Ornano para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, el ámbito escolar para alumnos de secundaria con TDAH es bastante difícil ya que el sistema escolar cambia a ser menos controlador, no hay tanto control sobre su organización del trabajo, sobre el cumplimiento de sus tareas escolares, empiezan a tener más profesores, a veces deben ir cambiando de aula y tienen que empezar a elegir opciones en el currículum académico. Todos estos cambios pueden poner en crisis las limitadas capacidades de autocontrol del adolescente.

Cuando el alumno con TDAH llega a secundaria, debe haber aprendido a organizarse y a estudiar priorizando, ya que de no ser así probablemente no contará con la motivación necesaria para estudiar a largo plazo.

Además están expuestos a muchas influencias externas como nuevos compañeros o la exposición a los riesgos de transgresión social (absentismo, drogas, etc.) que pueden dar un giro al desarrollo de un niño que no esté bien anclado en una identidad clara, fuerte y segura. Los adolescentes en general ven incrementada su impulsividad, y esto se acentúa con los niños con TDAH ya que les cuesta analizar las consecuencias a medio y largo plazo.

A todo esto se le suma la complejidad de los contenidos académicos ya que deben aprender contenidos abstractos, para los cuales es necesario dominar las herramientas de aprendizaje y tener suficiente capacidad de concentración para estudiar.

Los síntomas específicos que presentan los adolescentes en secundaria son principalmente dificultades de aprendizaje en áreas como la lectura, las matemáticas, la escritura,

el procesamiento de pensamiento, la memoria visual, la auditiva, las relaciones espacio-temporales, la coordinación visomotora y el orden. Estos problemas con el aprendizaje, les genera una constante frustración, ya que, aunque su inteligencia es óptima, no son capaces de demostrarlo debido a conflictos a la hora de asimilar o transmitir conocimientos.

Como conclusión, en el ámbito escolar puede apreciarse la necesidad de realizar una intervención preventiva cuando el niño es más pequeño, ya que de no ser así, el adolescente no habría llegado a adquirir los hábitos necesarios y podría culminar en fracaso escolar.

Intervención

El proceso de intervención debe realizarse de forma global mediante la planificación y la involucración de profesionales de diferentes disciplinas, los cuales tengan en cuenta las capacidades y deficiencias que presenta el niño en cada uno de los ámbitos de desarrollo.

La Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (2014) sugiere que el programa de intervención necesario para abordar el TDAH debe fundamentarse en cuatro pilares básicos, que combinados forman el programa multidisciplinar óptimo para la intervención. Además debe estar adaptado según la edad, el sexo y los agentes externos que puedan estar presentes en el contexto social y familiar. Como se ha indicado anteriormente, para el tratamiento, deben estar implicados tanto padres como profesionales (profesores, médicos y psicólogos), además de tener una comunicación fluida entre ellos. Según todo esto, se deben coordinar a la vez cada uno de los tratamientos de tipo orientativo, psicológico, farmacológico y psicopedagógico.

Según Mena, Nicolau, Salat, Tort y Romero (2006), los tratamientos farmacológicos que mejores resultados dan son los psicoestimulantes y entre ellos se puede encontrar el

metilfenidato, el cual aumenta la disponibilidad de la dopamina y la noradrenalina en el espacio sináptico (De Burgos, Barrio, Engo, García, Gay et al., 2009). Por supuesto, este tratamiento debe ser aplicado únicamente por un médico y se debe realizar un seguimiento de los pacientes para ajustar la dosis a cada situación.

La intervención centrada en los padres u orientativa, hace referencia a la ayuda establecida a padres para superar la noticia del diagnóstico de su hijo mediante ayuda profesional. Para las familias, el diagnóstico de su hijo supone una situación de crisis, aunque existe una alta variabilidad a la hora de asumir y utilizar estrategias de adaptación (Sanchez, 2007).

Los grupos de discusión o escuela para padres ofrecen multitud de sugerencias positivas para ayudar al niño y a la comprensión de éstos. Se mostrarán algunas recomendaciones en el apartado correspondiente al papel de los padres.

También, es necesaria una orientación dirigida no solo hacia los padres, sino también a la población general. Esto permite alejarse del modelo clínico, el cual se centra en una intervención orientada a la persona que presenta el trastorno o minusvalía, y se limita la intervención. Además, es necesario que la población, al relacionarse con personas con necesidades educativas especiales (NEE) en general, no los vean como personas con un déficit, sino que deben saber cómo actuar de manera correcta y relacionarse de forma adecuada (Sánchez, 2007).

La intervención psicopedagógica se mostrará próximamente en el apartado “papel del profesor”, donde se detallarán las pautas más adecuadas para llevar a cabo en el aula.

El tratamiento psicológico, según la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad, utiliza diversas estrategias para mejorar la atención, entrenar habilidades sociales, mejorar la autoestima, regular su conducta por medio de

autoinstrucciones, controlar la impulsividad y el autocontrol (por ejemplo, mediante la técnica de la tortuga) y actividades de antihiperactividad, las cuales implican usar estrategias para controlar la atención y la impulsividad mediante juegos de puzles, de buscar semejanzas, etc.

Entre las intervenciones psicológicas centradas en el niño con TDAH destaca el tratamiento cognitivo- conductual, cuya finalidad es conseguir que el niño alcance una total autonomía en la regulación de su comportamiento, una autonomía física, cognitiva y emocional (Orjales, 1995).

La técnica comportamental más utilizadas para aumentar conductas positivas es la llamada economía de fichas, la cual consiste en recompensar al niño mediante un sistema de refuerzo en el que se verán premiadas las conductas que se quieran establecer y castigadas aquellas que se quieren eliminar. En un primer momento, los padres deben reunirse con sus hijos para fijar claramente qué conductas van a ser premiadas (por ejemplo, permanecer sentado 5 minutos) y cuáles no, y qué privilegios obtendrán por realizarlas. Cuando los niños ya hayan adquirido y consolidado las conductas deseadas, se deben reducir paulatinamente los refuerzos materiales por reforzadores sociales (aprobación, alabanza, etc.).

Para disminuir las conductas negativas se suele utilizar el castigo (reprimendas tranquilas, inmediatas, breves y en privado), el tiempo fuera de refuerzo negativo o retirada de atención y el coste de refuerzo, el cual consiste en la retirada de algún estímulo positivo.

Además, según Santurde (2011) es de gran utilidad el apoyo visual de las autoinstrucciones para que el niño recuerde los pasos necesarios y así ejecutar una actividad determinada sin necesidad de recordarle las instrucciones verbalmente.

En el aprendizaje de esta estrategia es necesario que en primer lugar el adulto muestre al niño cómo se realiza la actividad (modelo) y en segundo lugar, se debe ir sustituyendo el modelo por la administración de las autoinstrucciones y así ir logrando mayor autonomía.

Papel de los distintos agentes en la prevención

Papel del orientador escolar

Según Angulo, Fernández, García, Giménez, Ongallo et al. (2008), se considera que la figura de orientador es de gran importancia para la detección y organización de respuesta educativa para el alumnado con TDAH.

En cuanto a la detección, Orjales (2012) sostiene que el orientador escolar es el encargado de recoger información del comportamiento y síntomas actuales que presenta el niño en el ámbito escolar y la aplicación de tests de conducta para padres y profesores tales como BASC para detectar de forma general algún problema. También deben recopilar la información que les faciliten los profesores ya que estos pasan un gran número de horas con los alumnos. Otra responsabilidad es la de recoger información necesaria para el diagnóstico diferencial con otros trastornos que puedan existir comórbidos mediante observaciones de las clases, pruebas de aprendizaje, dictados, exámenes o problemas sociales y emocionales.

Con respecto a la organización de la respuesta educativa, el orientador u orientadora debe elaborar el Plan de Actuación Individualizado para los alumnos con TDAH. Una herramienta que deberá poner en marcha es la de buscar profesores que se responsabilicen de realizar una tutoría individualizada con el alumno y con su familia. Así como una revisión constante, mediante entrevistas de control, programas de modificación de conducta y análisis del comportamiento.

El orientador del colegio también deberá asesorar a la familia, explicándole los programas y actuaciones que se están llevando a cabo en el colegio y cómo debieran actuar los padres en casa para generalizar su comportamiento mediante pautas educativas coherentes.

Papel del profesor

Según la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención por Hiperactividad, la tolerancia, la paciencia y la autoridad son fundamentales en un profesor que tiene alumnos con TDAH.

El niño con TDAH puede tener un correcto desarrollo escolar si se aplican las intervenciones adecuadas en el aula sin perjuicio para el resto de los alumnos. Esto no significa bajar el nivel de exigencia del alumno con TDAH, sino reorganizar el aula e intervenir implantando técnicas de modificación de conducta adaptadas a las necesidades específicas del niño con TDAH. De esta manera, se le podrá ayudar a combatir los síntomas y las conductas que se derivan de ellos, evitando que cometa errores por descuido, a terminar sus tareas adecuadamente y a disminuir su mal comportamiento. Todo ello conllevará la mejora de su rendimiento académico y su integración con los compañeros, propiciando un buen ambiente general en el aula.

Para fomentar la motivación, según la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención por Hiperactividad, es necesario que las tareas no sean monótonas y aburridas. Así como reforzar las acciones adecuadas y recompensarle cuando realice la conducta deseada. También es beneficioso felicitar al niño cuando realice concentrado la tarea mediante la técnica de la alabanza, la cual consiste en valorar al niño lo que hace bien de forma sincera y positiva.

Para lograr mejores resultados, es conveniente promover los premios en vez de los castigos, los cuales, en caso de realizarlos, deberán ser inmediatos y solo deben utilizarse cuando sea necesario. Es indispensable reforzar continuamente las conductas positivas que se quieran instaurar mediante contacto físico (chocar los cinco, besar, etc.) o consecuencias materiales (caramelos, juego, etc.).

El profesor debe controlar los estímulos externos que puedan provocar que el alumno con TDAH se distraiga, para ello, es conveniente disminuir todo lo posible las tentaciones que pueda haber en el aula o en su mesa, sentándolo cerca del profesor, transmitirle la información de forma explícita mediante objetos que funcionen como recordatorios tales como fichas, notas o dibujos. Es imprescindible enseñarles técnicas para organizar el tiempo y para ello es muy útil materializar el tiempo en objetos (relojes) para que tenga consciencia de éste. Son de gran utilidad los carteles que indican a qué hora debe haber realizado cada tarea, realizar un horario para colocarlo visible en su escritorio y los relojes con alarma.

Una manera de realizar correctamente la supervisión de tareas, es modificar el funcionamiento de las clases estableciendo rutinas que deben cumplir todos los alumnos, tales como cinco minutos diarios para la clasificación del material, explicar paso a paso cada actividad con lo que hay que hacer, establecer grupos de estudio en el que puedan ayudarse unos a otros, escribir claramente las actividades en la pizarra y encomendar responsabilidades a los alumnos como mantener limpio el pupitre, hacer recados, etc.

También es necesario realizar una división de las actividades para que el niño asimile los conocimientos de forma correcta y evitar que se aburra. Para ello se necesita fraccionar las tareas en pequeños pasos, mostrándole como se realizaría una correcta planificación y enseñarle a organizarse por sí solo.

Como indica Santurde (2011) es necesario reducirle los deberes que realiza en casa, debido a que requiere de mayor tiempo que los demás alumnos y los deberes deben ser para consolidar lo aprendido, nunca para producirle ansiedad o mayor cansancio del necesario.

Para trabajar en las diferentes asignaturas, Santurde (2011) insiste en trabajar el fomento del vocabulario ya que esto dificulta comprender lo que leen o escuchan y si no se interviene a estas edades, en secundaria conlleva grandes limitaciones para el estudio y para comunicarse.

Para las matemáticas, se recomienda tanto en primaria como en secundaria enseñarle técnicas de memorización para acordarse de las instrucciones necesarias.

Papel de los padres

Según la Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad, este síndrome genera en los padres sentimientos de frustración, ya que en determinadas ocasiones no son capaces de controlar a sus hijos, lo que conlleva que en muchos casos, exista baja autoestima, culpabilidad, tristeza, estrés, desconfianza en sus habilidades como padres y educadores e incluso problemas de pareja.

Es necesario que los padres dispongan de información sobre el TDAH para saber cómo tratarlo de manera óptima y sin generar excesivos sentimientos de frustración o estrés. Con lo cual, una adecuada intervención debe contener técnicas dirigidas a la información de los padres y, finalmente, un adecuado entrenamiento para que sepan cómo deben actuar con su hijo y cómo ayudarle en el control de conductas, organización temporal y demás dificultades.

Los padres también deben marcar límites claros, estables y no demasiados para que su hijo los lleve a cabo. Para ello se deben definir cuáles son las conductas que debe realizar y cuáles serán sus consecuencias o premios por haberla realizado. También deben ayudar al niño a

realizar sus deberes para casa y estructurarlos de forma que un ejercicio se divida en varios pasos, establecer rutinas estables y reducir las distracciones que puedan desviar la atención del niño.

Según Santurde (2011), para hacer ver a los padres que la mejoría es posible y evitar así la impotencia que sienten ante las conductas de sus hijos, es necesario enseñarles destrezas y métodos para intervenir sobre las dificultades de su hijo en el día a día.

Es necesaria la utilización del refuerzo positivo para motivarles y deben prestar atención y reforzarles en los casos en los que actúa correctamente. Sin embargo, deben evitar prestar atención cuando el niño quiere llamar su atención con conductas inadecuadas.

Para lograr mejoras en la obediencia, se debe formular la orden de forma directa y con autoridad. Además, ya que a los niños con TDAH les cuesta retener la información, se deben dar las pautas de manera progresiva, es decir, primero se le debe dar la primera pauta y cuando la haya ejecutado se le indica la siguiente que debe realizar.

Es necesario determinar de forma clara las conductas sociales que se quieren potenciar para mejorar las **habilidades sociales** del niño con sus amigos y familiares, las cuales pueden ser saludar, resolver conflictos, escuchar a otros, etc., y se pueden instaurar junto con las demás conductas mediante la economía de fichas. Para implantar el **resolver conflictos**, es fundamental que se fomenten las habilidades comunicativas y practicar una serie de pasos para la resolución de conflictos, para que en último lugar, el niño interiorice y aplique en diversas situaciones los pasos que debe dar.

Para aumentar la **autoestima**, es necesario generar autonomía y proporcionarle responsabilidades. Por lo que se debe evitar la constante sobreprotección que ejercen los padres y tienen que ser los niños quienes decidan sus acciones con la ayuda necesaria.

Para que no abandonen los estudios, se requiere de la motivación constante y la ayuda para que aprendan a organizarse adecuadamente. Cuando los niños son pequeños, es importante que sus padres estén presentes a la hora de realizar los ejercicios de casa para ayudarles a no distraerse, a reconducir la atención y a que tengan un seguimiento constante.

Las pautas que el profesional debe darle a los padres son, primero, suministrar toda la información necesaria para que conozcan el trastorno y así comprendan cómo es la sintomatología de forma general a la cual se tendrán que enfrentar. Con esta ganancia de conocimiento, se observa que los padres adquieren más seguridad en ellos mismos y se sienten más tranquilos.

Después, es necesario hacerlos conscientes de lo importante que es comunicar los puntos fuertes y las fortalezas a cada miembro de la familia y no de sus debilidades.

Finalmente, se les debe orientar para aprender a gestionar su tiempo y poder tener periodos centrados en los juegos y en actividades familiares en los que puedan fomentar la comunicación y mejorar el vínculo de los integrantes.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Angulo, M. C., Fernández, C., García, F. J., Giménez, A. M., Ongallo, C. M. et al. (2008). *Manual de Atención al Alumnado con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo Derivadas de Trastornos Graves de Conducta*. (Recuperado el 2 de Julio de 2014 de http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portal/com/bin/Contenidos/PSE/orientacionyaticiondiversidad/educacionespecial/ManualdeatencionalalumnadoNEAE/127866036221_9_04.pdf).
- Anónimo. (2014). *En la información correcta, de forma inmediata*. (Recuperado el 27 de Mayo de 2014 de <http://www.tdah.net/doc.php?op=text2&t=pacientes&id=7>).
- Asociación Elisabeth d'Ornano para el trastorno de déficit de atención e hiperactividad. (n.d.). *Profesores*. (Recuperado el 26 de Junio de 2014 de <http://elisabethornano.tdah.org/es/tdah/profesores/que-es-TDAH/03.php>).
- Cantó, T. J. (2014). *TDAH: un problema que afecta al niño y a su entorno durante todo el día*. (Recuperado el 02 de Junio de 2014 de <http://www.trastornohiperactividad.com>).
- CIE-10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- De Burgos, R., Barrios, M., Engo, R., García, A. Gay, E. et al. (2009). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Guía para Padres y Educadores*. Recuperado el 15 de Junio de 2014 de <http://www.trastornohiperactividad.com/manual-tdah>).
- Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad. (2014). *Diagnóstico*. (Recuperado el 02 de Junio de <http://www.feadah.org/es/sobre-el-tdah/diagnostico.htm>).

Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad. (2014).

Trastornos asociados. (Recuperado el 02 de Junio de <http://www.feaadah.org/es/sobre-el-tdah/trastornos-asociados.htm>).

Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad. (2014).

Soy padre/madre. (Recuperado el 02 de Junio de <http://www.feaadah.org/es/sobre-el-tdah/-como-podemos-ayudarte-/soy-padre-madre.htm>).

Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad. (n.d.).

Guía de Actuación en la Escuela ante el Alumno con TDAH. (Recuperado el 7 de Junio de 2014 de <http://www.anhipa.com/Documentos/Guiad.pdf>).

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) (2005).

Libro Blanco de la Atención Temprana. (Recuperado el 5 de Junio de 2014 de <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/doc/LibroBlancoAtenci%C2%A6nTemprana.pdf>).

Fundación Adana. (2009). *TDAH.* (Recuperado el 02 de Junio de 2014 de

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

Fundación CADAH. (2012). Diferencias existentes entre TDA y TDAH. (Recuperado el 25 de

Junio de 2014 de <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/diferencias-existent-entre-tda-y-tdah.html>).

Hernández Pallarés, L. A. (2010). *Escala Escolar de Connors Rev.* (Recuperado el 30 de Junio

de 2014 de <http://es.scribd.com/doc/42700822/Escala-Escolar-de-Connors-Rev>).

Martínez, A., y Arcas, J. (2014). *Pautas orientativas para el niño con TDAH y padres.*

(Recuperado el 5 Junio de 2014 de

http://www.trastornohiperactividad.com/sites/default/files/pdf/TDAH_Pautas_Orientativas.pdf).

Mena, B., Nicolau, R., Salat, L., Tort, P. y Romero, B. (2006). *Guía Práctica para Educadores. Alumnos con TDAH*. (Recuperado el 15 de Junio de 2014 de [http://www.fundacionadana.org/sites/default/files/LIBRO_ALUMNO_TDAH_\(11\)_indd_1.pdf](http://www.fundacionadana.org/sites/default/files/LIBRO_ALUMNO_TDAH_(11)_indd_1.pdf)).

Meseguer, L. (2007, 19 de Junio). *Definiciones de la OMS*. La Red 21. (Recuperado el 26 de Junio de 2014 de <http://www.lr21.com.uy/comunidad/262507-definiciones-de-la-oms>).

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Factores de riesgo*. (Recuperado el 26 de Junio de 2014 de http://www.who.int/topics/risk_factors/es/).

Organización Panamericana de la Salud (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Décima Revisión (CIE- 10). Volumen 1. Manual de instrucciones. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Orjales, I. (2013). *El trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. (Recuperado el 27 de Mayo de 2014 de <http://www.um.es/lafem/Actividades/2012-13/Plenarias/Orjales/TDAH.pdf>).

Orjales. (1995). Déficit de Atención con Hiperactividad: Diagnóstico e Intervención. En E. González, T. de Andrés, M. Arrillada, C. Barrigüete, J. A. Bueno et al. *Necesidades educativas especiales* (pp. 403- 436). Madrid: CCS.

Orjales. (2012). El enfoque evolutivo en los trastornos del desarrollo. En A. Brioso, I. Orjales & P. Pozo. *Alteraciones del desarrollo y discapacidad. Trastornos del desarrollo* (pp. 3-40). Madrid: Sanz y Torres.

- Orjales. (2012). Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): Impacto evolutivo e intervención. En A. Brioso, I. Orjales y P. Pozo. *Alteraciones del desarrollo y discapacidad. Trastornos del desarrollo* (pp. 98- 146). Madrid: Sanz y Torres.
- Quintero Gutiérrez, F.J. (2009). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (DTAH) a lo largo de la vida*. [Versión de Google Books]. (Recuperado el 27 de Mayo de 2014 de http://books.google.es/books?id=P0q4nQE1MAcC&printsec=frontcover&dq=Tdah&hl=es&sa=X&ei=LEuEU4jjBYHK0QWNyIC4DA&redir_esc=y#v=onepage&q=Tdah&f=false).
- Ramos-Quiroga, J.A., Escuder, G., Bosch, R., Castells, X., y Casas, M. (n. d.). *TDAH y drogodependencias*. (Recuperado el 10 de Junio de 2014 de http://www.arpanih.org/fileadmin/usuario/pdf/TDAH_y_drogodependencias.pdf).
- Rodríguez, C., García-Sánchez, J. N., González- Castro, P., Álvarez, D., Bernardo, A. et al. (2010). *Función y utilidad de los cuestionarios en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. *Revista Iberoamericana De Psicología y Salud.*, 1(1), 29-49. (Recuperado el 10 de Junio de 2014 de <http://search.proquest.com/docview/1316066414?accountid=14477>).
- Sánchez López. (2007). La Intervención en las N.E.E. y la Atención Temprana. En Padilla, D., Sánchez, P. y Álvarez, J. *Necesidades educativas específicas: fundamentos psicológicos* (pp. 45- 65). Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Santurde del Arco, E. (2011). *Fomentar la autonomía en los casos de TDAH: estrategias en el ámbito escolar y familiar*. (Recuperado el 26 de Junio de 2014 de <http://www.cite2011.com/Comunicaciones/Neurociencia/14.pdf>).

Anexo 1: Escala Escolar de Conners Revisada (EEC-R)

		0	1	2	3
H	1. Tiene excesiva inquietud motora				
DA	2. Tiene dificultades de aprendizaje escolar				
H	3. Molesta frecuentemente a los niños				
DA	4. Se distrae fácilmente, escasa atención				
H	5. Exige inmediata satisfacción a sus demandas				
TC	6. Tiene dificultad para actividades cooperativas				
DA	7. Está en las nubes ensimismado				
DA	8. Deja por terminar la tarea que empieza				
TC	9. Es mal aceptado en el grupo				
TC	10. Niega sus errores y echa la culpa a otros				
TC	11. Emite sonidos de calidad y en situación inapropiada				
TC	12. Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso				
H	13. Intranquilo, siempre en movimiento				
TC	14. Discute y pelea por cualquier cosa				
TC	15. Tiene explosiones impredecibles de mal genio				
TC	16. Le falta el sentido de la regla, “del juego limpio”				
H	17. Es impulsivo o irritable				
TC	18. Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros				
DA	19. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante				
TC	20. Acepta mal las indicaciones del profesor				