



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 9 – AGOSTO DE 2008

“EL ALUMNO CON TDAH”

AUTORA IRENE ZAMORA ROLDÁN
TEMÁTICA NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES
ETAPA EDUCACIÓN INFANTIL Y PRIMARIA

Resumen

En la realidad de nuestras aulas, cada día es más frecuente encontrar algún alumno o alumna con trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad. Este artículo, hace un acercamiento al mismo, intentando buscar respuestas y sobre todo, recursos que nos ayuden a mejorar nuestra práctica.

Palabras clave

Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad. Diagnóstico. Clasificación. Incidencia. Trastornos asociados. Tratamiento. Estrategias de ayuda. Dificultades de aprendizaje.

1. ¿QUÉ ES EL TDAH?

El TDAH, es un trastorno de origen neurobiológico que se caracteriza por 3 síntomas clave: el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad tanto cognitiva como conductual.

Se identificará como un trastorno cuando estos síntomas o los comportamientos que se deriven se observen con mucha mayor frecuencia e intensidad que en los niños/ adolescentes de igual edad e interfieran en la vida cotidiana en casa, la escuela y su entorno en general.

Un dato a tener en cuenta, es que no todos los niños con este trastorno manifiestan los mismos síntomas y con la misma intensidad. Se pueden encontrar casos de niños con dificultades relacionadas con la atención, pero que no presentan un mayor grado de movimiento o mayores respuestas impulsivas que los niños de su misma edad.

Es un trastorno de causa poco clara, probablemente con la intervención de factores genéticos y ambientales, en el que existe una alteración a nivel del sistema nervioso central, manifestándose mediante un aumento de la actividad, impulsividad y falta de atención, y asociándose con frecuencia otras alteraciones.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 9 – AGOSTO DE 2008

El factor genético está demostrado, puesto que el TDAH es 5-7 veces más frecuente en hermanos y 11-18 veces más frecuente en hermanos gemelos. Se han descrito varios genes posiblemente implicados.

El TDAH es una de las causas más frecuentes de fracaso escolar y de problemas sociales en la edad infantil.

2. QUÉ NO ES TDAH

El TDAH se confunde, a veces, con las siguientes entidades:

- Niños inquietos, pero con atención normal, situación que es frecuente en los menores de 5 años de edad
- Retraso mental
- Trastornos específicos del aprendizaje
- Fragilidad del cromosoma X
- Fetopatía alcohólica por ingestión de alcohol durante el embarazo
- Fenilcetonuria
- Intoxicación por plomo
- Efectos adversos de fármacos como broncodilatadores, neurolépticos, antiepilépticos, etc
- Trastornos psicológicos o psiquiátricos

3. TIPOLOGÍA O CLASIFICACIÓN.

Desde el Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV), publicado por la *American Psychiatric Association* en su última versión, se diferencian tres tipos de trastorno dentro del TDAH:

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo predominante inatento.
 - Trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo predominante hiperactivo-impulsivo.
 - Trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado (presenta síntomas atencionales o hiperactivos- impulsivos).
- *El niño predominantemente inatento*, es un niño que parece no escuchar cuando se le habla directamente, que parece que sueña despierto, que le cuesta ponerse en marcha y que, a menudo, olvida o pierde cosas. Acostumbra a distraerse y a valorar cualquier ruido o estímulo irrelevante, pudiéndose dispersar también en actividades de juego o atractivas para él. En el aula generalmente se muestra pasivo, pasa desapercibido y no aprende al ritmo esperado. No anota los deberes en la agenda, por lo que olvidad entregar tareas y trabajos o lo hace con retraso, y cuando los entrega suelen estar incompletos. Evita, le disgusta o se resiste a realizar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido. La presentación de sus trabajos es descuidada, olvida poner el nombre y la fecha y tiene dificultades para planificar los ejercicios. En los exámenes, sus respuestas son desorganizadas u ocupan espacio equivocados.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 9 – AGOSTO DE 2008

- El niño predominantemente hiperactivo- impulsivo, se mueve de un lugar a otro en momentos inapropiados, mueve manos y pies en exceso, se balancea y se levanta a menudo de su silla. Acostumbra a interrumpir conversaciones y actividades, y suele inmiscuirse en los juegos de los otros. Responde de forma precipitada, incluso antes de que se le acabe de formular la pregunta. Tiene dificultades para dedicarse a tareas o juegos tranquilos y habla en exceso. El comportamiento de este niño resulta molesto y, a menudo, preocupa mucho por las manifestaciones de agresividad tanto en el aula como dentro del marco familiar. Este comportamiento disruptivo hace que la familia pida ayuda profesional.

Es importante señalar la necesidad de atender de igual manera a un grupo y a otro, ya que sin darnos cuenta se puede descuidar a los que no molestan simplemente porque no parece que pueda tratarse de un trastorno.

4. FRECUENCIA DEL TRASTORNO

Estudios actuales afirman que el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad es el trastorno con mayor incidencia en la infancia. Se puede afirmar que al menos un niño/ adolescente de cada aula puede presentar TDAH, independientemente del entorno y del lugar del mundo en que se encuentre.

La incidencia de este trastorno es mayor entre niños que entre niñas, con una proporción de cuatro niños por cada niña. En el caso de los niños con TDAH, éstos presentan un mayor grado de hiperactividad- impulsividad que las niñas, lo que conlleva conductas molestas, desorden, falta de pulcritud, comportamientos impulsivos- agresivos con los compañeros, pudiendo incluso llegar a enfrentarse con el maestro o profesor. Estas conductas preocupan tanto a padres como a maestros y, por ello, se suele solicitar una consulta, por lo que se diagnostica con mayor facilidad.

Las niñas a menudo presentan más problemas de rendimiento académico, sintomatología ansiosa o depresiva y no acostumbran a mostrar conductas molestas. En estos casos la detección del trastornos es más difícil, aunque el coste personal, escolar y familiar puede ser muy elevado; incluso con buenas capacidades pueden presentar fracaso escolar, hecho que distorsiona la relación con el maestro y con la familia.

5. ¿CÓMO SE RECONOCE?

5.1 Síntomas básicos

El TDAH tiene tres síntomas básicos: hiperactividad, impulsividad y falta de atención, identificados en el DSM-IV de la siguiente manera:

Items de hiperactividad-impulsividad

- Inquietud, se mueve en el asiento
- Se levanta cuando debería estar sentado
- Corre y salta en situaciones inapropiadas



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 9 – AGOSTO DE 2008

- Dificultad para jugar tranquilamente
- Excitado a menudo, "como una moto"
- Verborrea
- Responde antes de que finalice la pregunta
- Dificultad para guardar el turno en actividades de grupo
- Interrumpe a otros en los juegos, conversaciones, etc

Items de inatención

- No atiende detalles, comete errores
- Dificultad para mantener la atención
- Sordera ficticia
- No sigue instrucciones, no termina las tareas
- Dificultad para organizarse
- Evita tareas que requieren esfuerzo continuado
- Olvida y pierde cosas necesarias para su actividad
- Fácil distraibilidad por estímulos externos
- Olvidadizo en las actividades diarias

El TDAH tiene predominio de hiperactividad / impulsividad cuando se detectan 6 o más items de hiperactividad / impulsividad y menos de 6 items de inatención.

El TDAH tiene predominio de inatención cuando se detectan 6 o más items de inatención y menos de 6 items de hiperactividad / impulsividad.

Se considera un TDAH combinado cuando se detectan 6 o más items de hiperactividad / impulsividad y 6 o más items de inatención.

En cualquier caso, todos estos items deben persistir más de 6 meses, en dos o más lugares (colegio, casa, etc).

5.2 Trastornos asociados.

Cerca de dos terceras partes de los niños remitidos a consulta por TDAH presentan algún otro trastorno asociado, incluyendo entre el 30 a 50% de trastorno de conducta (TC), 15 a 20% de trastornos afectivos, y 20 a 25% de trastornos de ansiedad. El síndrome de Tourette y el trastorno de tics crónico frecuentemente se presentan también como comórbidos. En adolescentes, también pueden aparecer abusos de sustancias. Recientes estimaciones de trastornos del aprendizaje en TDAH los sitúan en un 10-25%, dependiendo de la población y de los criterios usados. Los retrasos del habla y del lenguaje son también comunes.

El *Ontario Child Health Study* encontró que, en niños entre 4 y 11 años, un 53% de los chicos y un 42% de las chicas que tenían TDAH tenían al menos otro diagnóstico. Para las edades de 12 a 16 años, la proporción de sujetos con TDAH y al menos otro diagnóstico fue del 48% para niños y del 76%



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 9 – AGOSTO DE 2008

para niñas. La experiencia clínica sugiere que los niños remitidos a servicios de salud mental especializados tienen aún más comorbilidad que aquellos tratados por pediatras.

La conducta delictiva o la personalidad antisocial se ve en un 25-40% de los adolescentes y adultos remitidos de niños como TDAH, especialmente en niños con trastornos de conducta tempranos. Además, los adolescentes con TDAH que consumen drogas desarrollan con más frecuencia que sus pares trastornos por abuso de sustancias.

Trastornos asociados más frecuentes

- **Trastorno Oposicionista Desafiante:** el Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD) consiste en un patrón de conductas negativistas, hostiles y desafiantes presente de forma persistente durante al menos 6 meses. Dichas conductas incluyen discusiones con adultos, rabietas y enfados, negativa a cumplir las normas establecidas o las órdenes de los adultos, mentiras, culpar a otros de malas conductas propias y resentimiento. Aunque para su existencia no es imprescindible que haya un TDAH previo, este último multiplica el riesgo de padecer un TOD por 10. Entre un 50 y un 70% de niños con TDAH presentan también un TOD, y es con frecuencia precursor del Trastorno de Conducta.
- **Trastorno de Conducta:** el Trastorno de Conducta (TC) consiste en un patrón de comportamientos en el que se violan sistemáticamente las normas sociales o legales y los derechos básicos de los demás, de forma persistente y durante al menos un año. Pueden presentarse conductas agresivas hacia personas y animales (intimidación y amenazas, peleas, uso de armas potencialmente dañinas, crueldad física), destrucción de la propiedad, robos y mentiras para eludir responsabilidades, y violaciones graves de las normas establecidas. Se presenta en un 20-50% de niños y adolescentes con TDAH, y algunos evolucionarán hacia un Trastorno Antisocial de la Personalidad en la vida adulta.
- **Trastornos por abuso de drogas:** el riesgo en el TDAH de presentar abusos de sustancias en la adolescencia o la vida adulta es del 12 al 24%, y la presencia de TOD y/o TC es un predictor para presentar posteriormente dichos trastornos. Estos trastornos se presentan con frecuencia más temprano, y duran más, que en personas que no padezcan el TDAH. Los últimos estudios de seguimiento parecen apuntar a que el tratamiento con psicoestimulantes mantenido más de un año actúa como factor protector frente al desarrollo de abusos de drogas en la adolescencia o la vida adulta.
- **Trastornos de ansiedad:** los trastornos de ansiedad y el TDAH son los dos trastornos psiquiátricos más frecuentes en la infancia, y se dan a la vez en un mismo individuo en aproximadamente un 25% de los casos. Por otra parte, la presencia de TDAH aumenta por 3 el riesgo de padecer un trastorno de ansiedad.
- **Trastornos afectivos:** la mayor parte de los estudios sitúan el rango de presencia de un trastorno afectivo en el TDAH (ya sea una depresión mayor o una distimia) en el 20-30%, con un riesgo de padecerlos para estos niños 5 veces superior al de la población normal. Alunos



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 9 – AGOSTO DE 2008

estudios han sugerido, además, que la coexistencia de ambos trastornos señala hacia un peor pronóstico en el niño que los padece. Respecto al Trastorno Bipolar, parece que su presencia suele estar marcada por antecedentes familiares de dicha enfermedad, pudiendo ser quizás un subtipo familiar diferenciado de TDAH. Sin embargo, esta relación también podría deberse en parte a un artefacto debido a la similitud de los síntomas de hiperactividad-impulsividad y los de manía. En cualquier caso, el diagnóstico de TDAH no aumenta el riesgo de presentar un Trastorno Bipolar, aunque el diagnóstico de Trastorno Bipolar en la infancia sí incrementa llamativamente el riesgo de presentar un diagnóstico adicional de TDAH.

- **Trastornos del sueño:** los niños con TDAH suelen presentar problemas tanto en la conciliación del sueño (se retrasa) como en el mantenimiento de éste (se despiertan de noche) y en su duración (se despiertan antes). Pueden presentar también somnolencia (hablan dormidos), terrores nocturnos, pesadillas, movimientos involuntarios y sonambulismo. Sin embargo, parece que la calidad de su sueño es sustancialmente similar a la de los niños sin TDAH.
- **Trastorno de Tics:** hasta un 18% de los niños pueden presentar un tic motor en la infancia, tasa que baja al 2% en la adolescencia y al 1% en la vida adulta. La presencia de un TDAH no parece incrementar particularmente el riesgo de presentar un trastorno por tics.
- **Trastornos de la coordinación motora:** presentes como problemas del equilibrio, torpeza motora fina (dificultades con gestos como coger un lápiz o usar un teclado de ordenador), choques y caídas frecuentes, poca habilidad para ciertos deportes, etc.
- **Problemas de rendimiento académico:** debidos tanto a los propios síntomas del TDAH como a la asociación de trastornos específicos del aprendizaje. Más de un 20% presentan problemas específicos del aprendizaje (en lectura, escritura, matemáticas), quizás relacionados con una posible ligazón genética entre ambos trastornos.
- **Problemas intelectuales:** el grupo de niños con TDAH puntúa entre 7 y 10 puntos menos que sus iguales en las pruebas de inteligencia, sobre todo en el área verbal, dato quizás en relación con las dificultades de procesamiento cognitivo que implican los síntomas del trastorno.
- **Lesiones y accidentes:** el niño hiperactivo tiene 4 veces más posibilidades de sufrir accidentes y lesiones graves (fracturas óseas, traumatismos cráneo-encefálicos, rotura de dientes, etc.) que el niño sin este trastorno, debido a su impulsividad y a la presencia de trastornos de la coordinación motora.

6. CAUSAS DEL TDAH

En la actualidad, se desconocen las causas directas o inmediatas del TDAH. Los avances en las técnicas de diagnóstico por imágenes y en la genética han ayudado a esclarecer algunas cuestiones, pero aún no se ha conseguido una evidencia definitiva que explique los orígenes del trastorno. Básicamente se considera un trastorno de origen neurológico de carácter hereditario (Barkley et al., 1999).



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 9 – AGOSTO DE 2008

Los estudios de Barkley et al. (1990), Biederman et al. (1992) y Pauls (1991) indican que los factores socioambientales pueden influir en la mayor gravedad de los síntomas, en un peor pronóstico del TDAH y en el aumento del riesgo de presentar trastornos o problemas asociados (trastornos emocionales, conductas inadecuadas, dificultades de aprendizaje...), pero estos factores raramente se pueden considerar como la causa que genera el trastorno.

7. ¿CÓMO SE DIAGNÓSTICA?

El diagnóstico de TDAH es complejo, y debe basarse en la evaluación clínica realizada por un médico experto en el reconocimiento y tratamiento del mismo. Dicha evaluación debe obtenerse tanto de la observación de la conducta del niño como de la información obtenida de padres, colegio, otros familiares, etc.

Pueden usarse de forma complementaria escalas de evaluación de la conducta, rellenas por los padres, profesores y otros cuidadores del niño. Proporcionarán información acerca de la gravedad del trastorno, de la presencia e importancia de otros trastornos psiquiátricos o de diversos problemas comportamentales, y podrán ser de ayuda a la hora de valorar la eficacia de los tratamientos aplicados. Pero debe recordarse que dichas escalas son complementarias, y que nunca podrán por sí solas determinar un diagnóstico. Dada la evidencia de la importante carga genética del TDAH, es conveniente realizar una historia médica detallada tanto personal como familiar.

Por último, debe tenerse en cuenta que hay un gran número de trastornos en la infancia que pueden presentar síntomas similares a los del TDAH, y cuyo diagnóstico debe descartarse en el proceso de evaluación del mismo. En estos se incluyen, entre otros, los trastornos del aprendizaje, trastornos de conducta, y trastornos de ansiedad y afectivos (como depresión, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo).

7.1 Evaluación del TDAH

La entrevista a los padres es el núcleo del proceso de evaluación. Frecuentemente es difícil confirmar el diagnóstico de TDAH sólo con la entrevista del niño o del adolescente, ya que algunos niños y muchos adolescentes son capaces de mantener la atención y el control conductual mientras están en la consulta. Además, tienen una gran dificultad subjetiva para percibir las dificultades propias, y no son capaces de referirlas adecuadamente. La entrevista clínica de los padres y de los niños sirve también para descartar otras causas médicas, psiquiátricas o ambientales de los síntomas. Son especialmente importantes las preguntas acerca de la historia familiar de TDAH, otros trastornos psiquiátricos, y adversidades psicosociales (p. ej. pobreza, psicopatología parental o ausencia de ésta, conflictos familiares), a causa de su relación con el pronóstico.

7.2 Evaluación escolar

Es esencial obtener información de conductas y aprendizaje escolares, así como de los cursos superados y notas. Profesores, trabajadores sociales escolares y orientadores pueden proporcionar información sobre las intervenciones que se hayan intentado y sus resultados. Las pruebas



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 9 – AGOSTO DE 2008

psicoeducativas se indican para evaluar las capacidades intelectuales y para investigar las discapacidades del aprendizaje que puedan enmascarse como TDAH o coexistir con éste. Las pruebas de capacidad ayudarán además en la planificación educativa.

7.3 Escalas de medición

Los profesionales disponen de escalas destinadas específicamente al diagnóstico del TDAH. Hay escalas para padres, profesores y mixtas.

7.4 Evaluación médica

Debe incluir una historia médica completa y un examen físico básico. La historia debe incluir el uso por el paciente de fármacos prescritos y el abuso de drogas. Deben descartarse déficits visuales y auditivos. Las pruebas de función tiroidea están indicadas sólo en presencia de hallazgos sugestivos de hipo o hipertiroidismo en la historia médica o en el examen físico, bocio, historia familiar de enfermedades tiroideas, o enlentecimiento del crecimiento.

7.5 Evaluaciones complementarias

Las evaluaciones del discurso y del lenguaje pueden ser sugeridas por hallazgos clínicos. En circunstancias especiales, la evaluación ocupacional o recreativa puede proporcionar información suplementaria respecto a torpeza motora o a habilidades adaptativas.

7.6 Tests

El TDAH es un diagnóstico clínico. No hay pruebas específicas para el TDAH. Los tests neuropsicológicos son útiles para evaluar déficits específicos sugeridos por la historia, el examen físico o las pruebas psicológicas básicas, pero no son lo suficientemente útiles para hacer el diagnóstico de rutina. Una buena realización de los tests individuales administrados no imposibilita un diagnóstico de TDAH. El electroencefalograma (EEG) sólo estaría indicado en presencia de signos focales o sugerencias clínicas de epilepsia o trastornos degenerativos. Aunque algunos niños con TDAH tienen fallos de coordinación motora, la medida de los signos neurológicos menores o finos no es útil para el diagnóstico. No hay datos suficientes que apoyen la utilidad del EEG computerizado (neurometría o mapeo cerebral), los potenciales evocados o la neuroimagen, aunque en las investigaciones son prometedores.

8. EL TRATAMIENTO

Los objetivos del tratamiento del TDAH son los siguientes:

- Mejorar o anular los síntomas-guía del TDAH
- Reducir o eliminar los síntomas asociados
- Mejorar las consecuencias del TDAH: aprendizaje, lenguaje, escritura, relación social, actitud en el entorno familiar, etc



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 9 – AGOSTO DE 2008

Las tres bases imprescindibles del tratamiento son:

- 1. Información exhaustiva a padres y profesores.
- 3. Tratamiento farmacológico.
- 2. Tratamiento psicopedagógico.

El tratamiento farmacológico es imprescindible en 7 de cada 10 niños con TDAH, y tiene que individualizarse en cada niño, identificando la dosis mínima eficaz y bien tolerada por el mismo. Aunque hay otras alternativas farmacológicas, el tratamiento habitual es mediante psicoestimulantes, que mejoran la liberación de noradrenalina y dopamina.

1. Tratamiento psicológico dirigido a padres, profesores y niños:
 - Información sobre el trastorno.
 - Estrategias de manejo de la conducta.
 - Estrategias de comunicación para mejorar la relación con su hijo/ alumno.
 - Estrategias para aumentar el propio autocontrol del niño con TDAH.
2. Tratamiento farmacológico: El objetivo de la medicación es hacer remitir los síntomas básicos del trastorno. Los medicamentos más eficazmente utilizados son los estimulantes. Su eficacia y seguridad han sido ampliamente estudiados durante décadas. En la mayoría de los casos suelen ser tratamientos de larga duración y facilitan tanto el correcto desarrollo intelectual, social y familiar, como la eficacia de otras terapias psicopedagógicas, de manejo de conducta, de comunicación social...
3. Tratamiento psicopedagógico: Dirigido a mejorar las habilidades académicas del niño y el comportamiento mientras estudia o hace los deberes, también pretende instaurar un hábito de estudio al niño que no lo tiene.

Podemos encontrar individuos que muestren características de déficit de atención y/o impulsividad/ hiperactividad, pero que no representan ningún tipo de dificultad o impedimento en su vida social, académica, familiar y personal. Es decir, personas que han aprendido estrategias para manejarse y no requieren tratamiento, pues están perfectamente adaptados a su entorno.

9. EL NIÑO CON DIFICULTADES EN EL APRENDIZAJE: Estrategias para ayudarle.

Detrás de la mayoría de los niños diagnosticados de TDAH se encuentra un rendimiento académico inferior al que se espera por edad e inteligencia.

Además, el TDAH suele asociarse con dificultades o trastornos propios del aprendizaje, sobre todo ante las tareas de lectura, escritura, cálculo y matemáticas.

- Dificultades en la lectura:
 - Para los errores de omisiones, adiciones, sustituciones... Estrategias de ayuda: Premiar con una ficha cada dos, tres o cuatro palabras bien leídas: favorecerá el incremento de su atención en la lectura y los errores se reducirán. Después de varias



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 9 – AGOSTO DE 2008

frases, se detendrá la lectura y se cambiarán las fichas por algún premio previamente acordado.

- Para los problemas de comprensión, conviene entrenar al niño para que, ante cualquier instrucción escrita, rodee con un círculo la palabra o palabras que le indiquen la acción o acciones que tiene que llevar a cabo para resolver la tarea.
- Para la desmotivación ante la lectura, se puede entrenar al niño mediante textos muy cortos, interesantes y con opciones atractivas de respuesta.
- Para los que rechazan leer, se puede ayudar con la lectura compartida o pactando con el niño el fragmento que va a leer para que se vaya entrenando y cometa menos fallos.
- Para la lectura lenta, silabeada o precipitada, se puede utilizar un metrónomo para evitar el silabeo. También, se puede entrenar a diario en la lectura cronometrada para aumentar en velocidad.
- Dificultades en la escritura:
 - Para errores como uniones, fragmentaciones, adiciones, sustituciones o repeticiones; se le puede ofrecer una ficha por cada 2, 3 o 4 palabras escritas o leídas sin errores. Gracias a este refuerzo positivo se incrementará el nivel de atención y se reducirán los errores.
 - Para la caligrafía pobre y desorganizada. Se podrá utilizar un registro para ir anotando las palabras que va escribiendo adecuadamente.
 - Aumento en errores de faltas de ortografía: Podemos dirigir la intervención con ejercicios de memoria visual, como por ejemplo: la asociación de palabras con dibujos, los juegos tipo “ahorcado”, la elaboración de diccionarios propios o deletreo de palabras en superficies rugosas.
- Dificultades en las matemáticas:
 - Pobre comprensión de enunciados: Utilizar las autoinstrucciones.
 - Errores por descuido a la hora de aplicar el signo: Una buena estrategia, puede ser pintar los signos siempre del mismo color antes de empezar a operar.
 - Dificultades de abstracción de conceptos matemáticos: Deberá iniciarse con la manipulación de materiales (pequeñas fichas, garbanzos, bolitas...) o representar gráficamente los datos mediante un dibujo, le ayudará en la comprensión de conceptos, como las unidades de medida, decenas, centenas... También, y muy importante para entender el concepto abstracto de las operaciones, se pueden agrupar, repartir o sacar elementos.
 - Respecto al cálculo: Entrenar a diario con operaciones de cálculo muy simples para reducir el uso de los dedos como estrategia de cálculo. Otra posible estrategia es jugar a visualizar palitos, cerrar los ojos y ver dibujados 1, 2,3 hasta 5 palitos.

10. PAUTAS GENERALES PARA LA INTERVENCIÓN EN LA ESCUELA

A continuación, presento una serie de recomendaciones generales para el aula con el objetivo de favorecer el proceso de aprendizaje del niño con TDAH. Estas pueden dividirse en 3 grupos:

Metodología para dar las clases



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 9 – AGOSTO DE 2008

- **Cómo dar las instrucciones:** Con el objetivo de facilitar el cumplimiento de las instrucciones por parte del alumno será necesario, en primer lugar, que se establezca contacto ocular o proximidad física con el niño, asegurando así su atención. Se darán las instrucciones de una en una y éstas serán concretas, cortas y en un lenguaje positivo. Una vez se cumplan serán elogiadas inmediatamente.
- **Cómo explicar los contenidos académicos:** Conviene que las explicaciones del maestro sean motivadoras- por ejemplo, acercando el tema a la vida cotidiana del niño y dinámicas, de modo que permitan una participación frecuente por parte del alumno. Es importante que estén estructuradas y organizadas, y que el maestro se asegure de la comprensión por parte del alumno.
- **Asignación de deberes y tareas:** Con el objetivo de saber si el niño con TDAH sabe o no sabe el temario, es importante que las tareas tengan un formato simple y claro, y que se asignen en una cantidad justa. En caso de tratarse de actividades largas, convendría fragmentarlas. Igualmente, será imprescindible una supervisión y refuerzo constante

El entorno de trabajo

- Con el objetivo de reducir al máximo posible los estímulos distractores, el niño con TDAH se beneficiará cuando su asiento se sitúe cerca del maestro facilitando el contacto ocular y la supervisión por parte de éste, lejos de murales, ventanas u otros elementos decorativos.

El maestro del alumno con TDAH

- Dado que el maestro del alumno con TDAH es un pilar fundamental en la intervención del trastorno, es importante que esté informado y que sepa trabajar con estrategias específicas aplicables en el aula.

11. CÓMO MEJORAR EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO CON TDAH

1. **Supervisión constante:** Mirarlo a menudo, encontrar una consigna como tocar la espalda, pasar por el lado con el objetivo de asegurarnos que ha empezado la tarea... La supervisión ha de servir para anticipar y prevenir situaciones que sabemos que pueden representar un problema y generar en el niño mayor seguridad y autocontrol
2. **Tutorías individualizadas** de unos 10 minutos. Estas tutorías sirven para indicar al niño qué se espera de él, qué señales o consignas se pueden pactar para mejorar su comportamiento y rendimiento, y para marcar los límites o normas básicas de comportamiento dentro del aula. Se ha de convertir en un espacio de comunicación positiva con el alumno. Para los chicos mayores son útiles los contratos.
3. **Uso de herramientas básicas para el control del comportamiento.** Refuerzo positivo, extinción, tiempo fuera y establecimiento de límites.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 9 – AGOSTO DE 2008
12. BIBLIOGRAFÍA

- El alumno con TDAH. Guía práctica para educadores. Fundación ADANA.
- Armstrong, T.: Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad. Estrategias en el aula. Barcelona. Paidós.
- Orjales Villar, I.: Déficit de Atención con Hiperactividad. Manual para padres y educadores. Ed. CEPE Madrid.
- [www. trastornohiperactividad.com](http://www.trastornohiperactividad.com)

Autoría

- Nombre y Apellidos: IRENE ZAMORA ROLDAN
- Centro, localidad, provincia: CEIP “Juan Alfonso de Baena” – Baena (Córdoba).
- E-MAIL: irene707@hotmail.com