



LA PSICOLOGÍA EN EL DÍA A DÍA DEL AULA



Universidad de Oviedo
Universidá d'Uviéu
University of Oviedo

Esta obra está bajo una licencia Reconocimiento-No comercial-Sin Obra Derivada 3.0 España de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/> o envíe una carta a Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California 94105, USA.



Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada (by-nc-nd): No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.



Usted es libre de copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, bajo las condiciones siguientes:



Reconocimiento – Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el licenciadore:

Coordinadora: Verónica Martínez López, (2020). "La Psicología en el día a día del aula". Ediciones Universidad de Oviedo.
La autoría de cualquier artículo o texto utilizado del libro deberá ser reconocida complementariamente.



No comercial – No puede utilizar esta obra para fines comerciales.



Sin obras derivadas – No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

© 2020 Universidad de Oviedo

© Los autores

Coordina:

Verónica Martínez López

Textos:

David Álvarez-García | Marina Álvarez Hernández | María Ángel Campo Mon | Luis Castejón Fernández | Pilar Castro Piñeda |

Soledad González-Pumariega | Verónica Martínez López | José Carlos Núñez | Cristina Roces Montero | Celestino Rodríguez Pérez | Natalia Suárez
Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo

Bibiana Regueiro | Antonio Valle

Facultade de Ciencias da Educación

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de A Coruña

Universidad de Oviedo

Unidad de Cultura Científica y de la Innovación (UCC+i)

Plaza del Riego, 4. Entresuelo | 33003, Oviedo/Uviéu (Asturias)

Teléfonos: 985 10 27 62 | 985 10 40 61

<https://ucc.uniovi.es/> | ucc@uniovi.es

Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo

Campus de Humanidades. Edificio de Servicios. | 33011 Oviedo/Uviéu (Asturias)

Teléfono: 985 10 95 03 | Fax: 985 10 95 07

<http://www.uniovi.es/publicaciones> | servipub@uniovi.es

ISBN: 978-84-17445-81-2

Índice

El desarrollo del lenguaje oral en Educación Infantil: seis propuestas para enriquecer el aula como ambiente lingüístico

Luis Castejón Fernández y
Soledad González-Pumariega
.....4

La importancia del juego en el desarrollo: “¿Profe, podemos jugar un poco más?”

Verónica Martínez López
.....11

¡Ya sé leer!

Soledad González-Pumariega y
Luis Castejón Fernández
.....18

Claves para comprender y prevenir el acoso escolar

David Álvarez-García
.....24

Los deberes escolares.

Un tema objeto de polémica

Natalia Suárez, José Carlos Núñez,
Bibiana Regueiro y Antonio Valle
.....30

No te oigo y no te atiende

Cristina Rocés Montero
.....36

Los problemas visuales en el aula

Pilar Castro Piñeda
.....42

¿Discapacidad intelectual? ¿No era deficiencia mental o retraso mental?

Marina Álvarez Hernández
.....50

El papel clave del profesorado en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

Celestino Rodríguez Pérez
.....61

iiiVamos a tratar de aclararnos con las altas capacidades!!!

Marina Álvarez Hernández
.....70

Ayúdame a relacionarme.

Trastorno del espectro del autismo

María Ángel Campo Mon
.....80

El papel clave del profesorado en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

CELESTINO RODRÍGUEZ PÉREZ

Universidad de Oviedo

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (en adelante TDAH) es un trastorno frecuente en la infancia. La cuarta edición revisada del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-IV-TR; APA, 2000) ofrecía un porcentaje de prevalencia situado entre un 3% y un 7% de los menores en edad escolar. En la nueva edición del manual, se indica que aproximadamente el 5% del estudiantado presenta sintomatología asociada al TDAH (DSM-5; APA, 2013). Estos datos de prevalencia lo convierten en uno de los trastornos del desarrollo más comunes durante la edad escolar, de ahí la importancia no solo de su detección, sino también de un tratamiento multidisciplinar desde edades tempranas. En este capítulo se presenta una pequeña revisión sobre la definición y caracterización del TDAH y las posibilidades de intervención educativa más eficaces y ajustadas al perfil de este grupo de alumnado.

Nos referimos al TDAH cuando hablamos de un trastorno del neurodesarrollo que aparece durante la infancia, presenta una base neurológica y tiene naturaleza crónica (APA, 2013). Este trastorno que se presenta tres veces más en niños que en niñas, se caracteriza por presentar un patrón persistente de conductas de inatención, hiperactividad y dificultades para controlar los impulsos, al menos, en dos ámbitos de la vida (escuela, familia o relaciones sociales). En función del síntoma predominante, se pueden distinguir tres subtipos o tres tipos de presentación (DSM-5; APA, 2013): predominantemente inatenta (TDAH-I), predominantemente hiperactiva – impulsiva (TDAH-HI) y combinada (TDAH-C). La frecuencia de estos subtipos de TDAH varía en función del género observándose que el TDAH-I se presenta en mayor medida en niñas que en niños; el TDAH-HI es el menos común y el TDAH-C se presenta más frecuentemente en niños que en niñas.

Estos tipos de presentación no solo difieren en su prevalencia y frecuencia diferenciada en niños y en niñas, sino también en su evolución. En este sentido, la evolución del trastorno es dependiente de la sintomatología de la infancia. Así, quienes presentan síntomas conductuales como la hiperactividad e impulsividad durante la edad escolar, pueden ver como tales síntomas tienden a disminuir en la adolescencia. Sin embargo, cuando los síntomas de inatención están presentes en la infancia, estos persisten en la adolescencia y edad adulta (Brown, 2003). Concretamente, cuando nos referimos a la atención, impulsividad e hiperactividad, hacemos referencia a las siguientes conductas:

La *atención* es el proceso en el que se activa el organismo, siendo capaz de dirigir nuestros recursos cognitivos sobre los aspectos más relevantes o sobre la ejecución de determinadas acciones que consideramos más adecuadas de entre las posibles. Habitualmente, se diferencia entre atención selectiva (capacidad

para atender a un estímulo objetivo obviando los distractores) y sostenida (capacidad para mantener la concentración durante un tiempo prolongado).

La *impulsividad* es la forma de comportarse de un individuo que actúa sin prever las consecuencias que pueden comportar sus actos, es decir, con dificultades para controlar o inhibir un comportamiento.

La *hiperactividad* se refiere a los movimientos excesivos con dificultad para permanecer quieto, es decir, a un alto grado de actividad en situaciones que no lo demandan.

Si bien estos son los tres síntomas principales del trastorno, su evolución o curso está condicionada por la predominancia de uno u otro. Además, otros factores que determinan la severidad del caso son, por ejemplo, un diagnóstico tardío, un bajo cociente intelectual (CI), un bajo nivel educativo y cultural o la presencia de comorbilidades con otros desórdenes. La comorbilidad se refiere a la presentación en un mismo individuo de dos o más enfermedades o trastornos distintos. En el caso del TDAH, en un 40-80% de los casos, el trastorno se muestra asociado a otros desórdenes. Principalmente, las mayores asociaciones se encuentran con las dificultades de aprendizaje, el trastorno oposicionista desafiante, el trastorno de conducta, los trastornos de ansiedad y los trastornos del humor. En relación a los trastornos del aprendizaje, los porcentajes aportados se perfilan en que más de un 60% de niños con TDAH presentan además algún tipo de Trastorno del Aprendizaje (relacionado dificultades específicas en operaciones numéricas, en lectura o comprensión de textos, en deletreo o en expresión escrita). También, con respecto a los trastornos afectivos como la ansiedad y la depresión, entre el 20 y el 50% de los niños y niñas con TDAH cumplen criterios diagnósticos de al menos un trastorno de ansiedad.

ORIGEN Y CAUSAS DEL TDAH

Uno de los objetivos de la investigación en los últimos años ha sido encontrar el origen o causa del TDAH. Los hallazgos en esta línea apuntan a una serie de anomalías en el desarrollo y funcionamiento del cerebro y en la química cerebral.

Con respecto a la anatomía cerebral, algunos estudios han observado un desarrollo más lento de la corteza cerebral en las personas con TDAH, diferencias en el volumen cerebral y en el córtex prefrontal. Concretamente, el córtex prefrontal es el encargado de planificar, dirigir, tomar decisiones y evaluar los resultados obtenidos de nuestras acciones, lo que se ha denominado el sistema general de autorregulación del comportamiento, descrito en uno de los modelos explicativos más aceptado desarrollado por el Doctor Russell Barkley.

Con respecto a la química cerebral, los factores implicados en la etiología del TDAH parecen indicar alteraciones a nivel neuroquímico al encontrarse deficiencias

en el flujo sanguíneo cerebral y en su metabolismo. Las personas con el trastorno no liberarían las sustancias neuroquímicas en la misma cantidad lo que se traduciría en una menor activación en zonas de la región frontal, temporal, talámica y límbica, asociadas al control ejecutivo, la atención y la inhibición del comportamiento.

Otros factores relacionados con el trastorno son los genéticos y los ambientales. La importancia de los factores genéticos en el TDAH se encuentra en los estudios con familias que observan una mayor incidencia del trastorno en los padres biológicos de estos niños. Con respecto a los factores ambientales, estos se han asociado principalmente con el embarazo y el parto (p.ej., nacimiento prematuro, bajo peso al nacer y consumo de tabaco y alcohol durante el embarazo). Estos factores ambientales pueden influir en la mayor gravedad de los síntomas, en un peor pronóstico del TDAH y en el aumento del riesgo de presentar problemas asociados.

En definitiva, el TDAH se trata de un trastorno neurobiológico heterogéneo y complejo que no puede explicarse por una única causa, sino por una serie de condiciones neurológicas junto con otros factores ambientales. Estas condiciones llevan al estudiante a NO ser capaz de realizar el comportamiento de una forma más ajustada, por lo que precisa de una intervención adaptada a su perfil con el fin de reducir la sintomatología. A continuación, se describen los aspectos más relevantes de cara a la detección, para lo cual, es necesario el conocimiento profundo del trastorno, el seguimiento diario de su evolución, sus antecedentes familiares, su situación en el momento del diagnóstico...

ASPECTOS CLAVE DE LA EVALUACIÓN Y DETECCIÓN

La evaluación del TDAH es una tarea compleja, sobre todo al tratarse de un trastorno heterogéneo con diferentes tipos de presentación y perfiles. Además, no existe una única prueba que por sí sola permita un diagnóstico fiable. Dada esta situación, la evaluación debe incluir un análisis del ámbito familiar, escolar, personal y social, unido a un examen psicoeducativo y médico completo dirigido a evaluar la salud general del estudiante para descartar otros posibles problemas, por ejemplo, de tipo visual, auditivo, etc.

De cara a su detección en el día a día del aula, el déficit de atención resulta más visible en situaciones que requieren atención sostenida a estímulos o tareas repetitivas. Por ello, la escuela es un buen lugar para poder detectar el trastorno. Este hecho resalta la importancia de que el profesorado esté especialmente alerta y realice una observación exhaustiva que permita analizar la posible presencia del trastorno.

En este sentido, generalmente, es el profesorado quien detecta inicialmente la presencia de síntomas que podrían asociarse al trastorno. Ante esta situación, en colaboración con la unidad de orientación del centro, se establece

un plan de análisis del caso y se concretan entrevistas con la familia con el fin de profundizar en si esas conductas aparecen también en el ámbito familiar y si cumplen con los requisitos necesarios para hablar de un trastorno de este tipo o, por el contrario, se trata de síntomas aislados que, aunque precisen de intervención, no constituyen un cuadro sintomático (ver anexo para criterios DSM-5).

Teniendo en cuenta la importancia de la observación en el aula, **¿cuál es la sintomatología principal que puede reflejarse en el aula?** A continuación, se exponen algunos ejemplos al respecto.

A nivel de atención:

- Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las actividades escolares (no anota en la agenda, se equivoca en el signo de la operación matemática, se equivoca en el número de ejercicio o de página, confunde el libro de una asignatura con otra...).
- A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice (se queda ensimismado, con la mirada perdida, hay que preguntarle varias veces para que responda o darle la instrucción repetidamente para que obedezca porque no se ha enterado...).
- Pérdida de objetos necesarios para la realización de las tareas (extravía objetos frecuentemente, incluso cuando son nuevos).
- Fácilmente se distrae ante estímulos externos (cambia de actividad frecuentemente porque recuerda que tiene que hacer otra cosa o porque cambia su interés hacia otro objeto o tarea).
- Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias (olvida el material, la agenda, los deberes, el chándal...).

A nivel de hiperactividad:

- Muestra elevada inquietud con movimientos de manos o pies o se remueve en el asiento (ya sea cuando está haciendo la tarea, jugando, hablando, ...).
- Corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas. Abandona el asiento en el aula en momentos en los que se espera que permanezca sentado (se levanta constantemente para coger material o sin motivo aparente, se le caen las cosas, tropieza...).
- Ruidoso, tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.

A nivel de impulsividad:

- Hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
- Es incapaz de guardar turno en las filas o en otras situaciones de grupo.

- A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.
- Habla en exceso y a gran velocidad sin contenerse ante las situaciones sociales.

ALGUNAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Las posibilidades de intervención en el TDAH son tres principalmente: apoyo farmacológico, entrenamiento en *neurofeedback* y entrenamiento cognitivo-conductual y tratamiento educativo. Los resultados de los estudios que han puesto a prueba este tipo de intervenciones han indicado que las más eficaces son aquellas que se basan en la combinación de todas ellas.

Con respecto al tratamiento en *neurofeedback*, en los últimos tiempos, diferentes estudios han mostrado su efectividad. El *neurofeedback* se basa en aumentar los niveles de activación cortical para así disminuir los síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad. El entrenamiento con *neurofeedback*, se inició aproximadamente hace unos treinta años, en principio, como una opción de tratamiento adicional o alternativo al apoyo farmacológico, partiendo de la perspectiva de que el TDAH es un trastorno de base neurológica. El objetivo es que la persona sea consciente de su propia activación (a través del *feedback* inmediato auditivo y visual) y aprenda a modificarla voluntariamente. Para ello, a través de actividades lúdicas, se muestra al estudiante los cambios específicos en su activación durante una tarea para que este *feedback* inmediato le permita reconocerlos y aumentarlos (p.ej. un incremento en la activación se refleja en el “juego de ordenador” en el que la nave vuela más rápido, el muñeco corre más, el protagonista avanza hacia delante,...; en contra una disminución en la activación se manifiesta en que el juego se para, el muñeco no corre o el protagonista retrocede).

A nivel cognitivo-conductual, se encuentran una gran variedad de actividades dirigidas a modificar el comportamiento del estudiante (ver guía TDAH Isabel Orjales; Orjales, Polaino-Lorente, 2014). Algunas actividades, diseñadas para trabajar la sintomatología asociada al trastorno, se pueden encontrar en:

- Cuadernillos como *Fíjate y Concéntrate más* (Álvarez y González-Castro, 2004) que cuenta con una versión en papel y lápiz y otra informatizada con cuatro niveles para Educación Primaria y Secundaria (nivel 1, primer y segundo curso de primaria; nivel 2, tercer y cuarto curso; nivel 3, quinto y sexto curso; nivel 4, secundaria).
- También, se pueden utilizar las actividades propuestas en páginas web como <http://ww25.9letras.com> o <http://www.orientacionandujar.es/fichas-mejorar-atencion/> en la que especialistas han recogido múltiples recursos que favorecen la estimulación de la atención, la hiperactividad y la impulsividad.

● Otros ejemplos son las tareas dirigidas a mejorar el control de la impulsividad como la técnica de la tortuga (http://www.aprendiendocon-tdah.com/materiales/la_tecnica_de_la_tortuga.pdf) o incluso ejercicios lúdicos como el aprovechamiento del parchís para trabajar la atención (atención selectiva al centrarse en las propias fichas y no en las contrarias y atención sostenida dado que el juego tiene una duración prolongada), la impulsividad (esperar el turno) y la hiperactividad (permanecer quieto y tranquilo) además de otras funciones como la organización o la planificación. En cualquier caso, para que este tipo de actividades sean efectivas tienen que ser guiadas específicamente.

Unido a este grupo de tareas dirigidas a la estimulación de la propia sintomatología, es preciso trabajar los contenidos escolares a través de estrategias conceptuales con el fin de minimizar las consecuencias derivadas del TDAH (como la lentitud en la realización de las tareas, las dificultades de organización y planificación, ...). En este sentido, conviene poner en marcha estrategias adaptadas a los contenidos conceptuales que resalten las ideas principales, las organicen y las relacionen de manera significativa con el objetivo de favorecer un aprendizaje más rápido y profundo (se pueden utilizar estrategias como el [Hypertexto](#); Álvarez y Soler, 2005; incluso desde Educación Infantil con su versión adaptada para esta etapa [EPI.com](#); Álvarez y González-Castro, 2012).

Finalmente, a nivel educativo, conviene incorporar algunas pautas que han mostrado mayores beneficios en el trabajo con niños con TDAH. Algunas de ellas se muestran a continuación:

- Procurar que el estudiante se sienta cerca de la pizarra.
- Eliminar estímulos distractores.
- Cambiar cada cierto tiempo de actividad.
- Ajustar el número de tareas.
- Permitir o solicitar que realice recados para que pueda levantarse y moverse en ocasiones establecidas y oportunas.
- En los exámenes darle más tiempo, utilizar enunciados cortos, reducir el número de preguntas, no corregir las dos últimas cuestiones dado que su nivel atencional no le permite alcanzar el máximo rendimiento en estos últimos ejercicios, hacer algunas preguntas orales o, en todo caso, dividir el examen en dos partes con una pequeña actividad de descanso entre cada una de ellas (borrar la pizarra, abrir la ventana...).

En definitiva, es posible aplicar diferentes marcos de conducta que, sin duda, pueden favorecer la evolución positiva de la sintomatología asociada al TDAH que, por otro lado, con la intervención adecuada desde los diferentes ámbitos o contextos, presenta un buen pronóstico. Así, es preciso que se pongan en marcha aquellas medidas más ajustadas al perfil detectado en la evaluación.

También hay que tener en cuenta los beneficios del refuerzo positivo, tratando de potenciar las conductas que queremos aumentar y mejorar (se concretan dos o tres conductas a reforzar y de forma estable se maneja el reforzamiento siempre de la misma forma, el mismo adulto, en la misma situación), trabajando al mismo tiempo la motivación y la autoestima del estudiante dado que el aspecto emocional juega un papel clave en la evolución y desarrollo no solo del trastorno, sino de la persona.

Referencias bibliográficas

Álvarez, L., y González-Castro, P. (2004). *Fíjate y concéntrate más, ... para que atiendas mejor*. Madrid: Cepe.

Álvarez, L., y González-Castro, P. (2012). *Programa de refuerzo para estimular el pensamiento y la inteligencia EPI.com*. Madrid: EOS.

Álvarez, L., y Soler, E. (2005). *¡Ya entiendo!... Con Hipertexto*. Madrid: Cepe.

American Psychiatric Association, APA. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales (4ª Ed, Rev.)*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association, APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.

Brown, E.T. (2003). *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*. Barcelona: Masson

Orjales, I., Polaino-Lorente, A. (2014). *Programas de intervención cognitivo-conductual para niños con déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: Cepe.

Criterios DSM-5 para la sintomatología inatenta e hiperactiva-impulsiva.

Inatención	Hiperactividad-Impulsividad
Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).	Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).	Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).	Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto).
Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).	Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales, dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden, descuido y desorganización en el trabajo, mala gestión del tiempo, no cumple los plazos).	Con frecuencia está "ocupado", actuando como si "lo impulsara un motor" (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes o reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).	Con frecuencia habla excesivamente.
Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).	Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros, no respeta el turno de conversación).
Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).	Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).
Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).	Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades, puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso, en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).