



Universidad de Oviedo

Facultad de Formación del Profesorado y Educación

UNA VISIÓN ALTERNATIVA SOBRE EL TDAH: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

TRABAJO FIN DE GRADO

GRADO EN MAESTRO DE EDUCACIÓN INFANTIL

Llara González González

Tutora: Laura Elisabet Gómez Sánchez

Junio, 2020

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. PLANTEAMIENTO DEL TRABAJO.....	6
3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	7
3.1. ¿QUÉ ES EL TDAH SEGÚN SUS DEFENSORES?.....	7
3.1.1. Antecedentes.....	7
3.1.2. Definición y diagnóstico actual.....	9
3.1.3. Tratamiento.....	11
3.2. EL TDAH SEGÚN SUS DETRACTORES.....	13
3.2.1. ¿Es el TDAH un trastorno mental científicamente demostrado?.....	13
3.2.2. ¿Está justificado el tratamiento farmacológico?.....	17
3.3. LA ALTERNATIVA.....	19
4. GUÍA DE INTERVENCIÓN PARA EL PROFESORADO CON ALUMNADO CON PROBLEMAS DE ATENCIÓN, IMPULSIVIDAD E HIPERACTIVIDAD.....	21
4.1. EL DIAGNÓSTICO.....	21
4.2. LA INTERVENCIÓN EN EL AULA.....	25
4.2.1. Consejos para el día a día en el aula.....	25
4.2.2. Intervención conductual: técnicas de modificación de conducta.....	28
4.2.3. Intervención cognitiva: entrenamiento de la atención.....	33
4.2.4. Intervención cognitiva: entrenamiento del autocontrol.....	36
4.3. LA INTERVENCIÓN EN EL HOGAR.....	40
4.4. EL SEGUIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN.....	41
4.4.1. Por parte del profesorado y las familias.....	41
4.4.2. Por parte del alumnado implicado.....	42
5. CONCLUSIONES.....	43
REFERENCIAS BILIOGRÁFICAS.....	45
ANEXOS.....	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios diagnósticos del TDAH en el DSM-IV-TR (adaptado de APA, 2002).	10
Tabla 2. Modificaciones del DSM-5 con respecto al DSM-IV-TR (adaptado de APA, 2002, 2013).	11
Tabla 3. Selección de los factores que considerar al evaluar las causas del comportamiento problemático (tomado de Martin y Pearl, 2008, p. 315).	23
Tabla 4. Refuerzos y castigos (adaptado de Martin y Pearl, 2008).	23
Tabla 5. Propuesta de técnicas de modificación de conducta a utilizar (tabla de elaboración propia).	28
Tabla 6. Propuesta de ejercicios para el entrenamiento de la atención (tabla de elaboración propia).	35
Tabla 7. Fases de aplicación de la técnica “Autoinstrucciones Meichenbaum” (adaptado de Galve, 2009).	36

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Análisis Funcional de Conducta – Plantilla.	50
Anexo 2. Análisis Funcional de Conducta - Ejemplo de aplicación.	52
Anexo 3. Plan Individualizado de Intervención – Plantilla.	55
Anexo 4. Plan Individualizado de Intervención – Ejemplo de aplicación.	57
Anexo 5. Técnica Economía de Fichas – Propuesta de material.	60
Anexo 6. Técnica Autoinstrucciones – Propuesta de material.	61
Anexo 7. Técnica Fichas de Autocontrol – Propuesta de material.	62
Anexo 8. Técnica del Semáforo – Propuesta de material.	66
Anexo 9. Técnica de la Tortuga – Propuesta de material.	67
Anexo 10. Seguimiento de la intervención: profesorado y familia – Plantilla.	68
Anexo 11. Seguimiento de la intervención: alumno – Plantilla.	70
Anexo 12. Fuente de materiales para ampliar la intervención.	72
Anexo 13. Guía de Intervención - Resumen de la propuesta.	74

Precisiones en torno al uso inclusivo del lenguaje

Aunque somos conscientes de las recomendaciones sobre el denominado ‘uso inclusivo del lenguaje’, hemos optado por utilizar el uso del masculino genérico en todos aquellos términos y expresiones que admiten ambos géneros, con el objetivo de evitar la tediosa lectura que supondría el desdoblamiento léxico (e.g., los/las usuarios/as). No obstante, queremos hacer notar que siempre que ha sido posible se han utilizado términos y expresiones comunes (e.g., alumnado).

RESUMEN

En este Trabajo Fin de Grado (TFG) se propondrá una visión alternativa a la mayoritaria acerca del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Actualmente se defiende que los problemas de comportamiento basados en déficit de atención, impulsividad e hiperactividad son originados por dicho trastorno, un trastorno neurobiológico, crónico y genético que debe ser tratado principalmente a través de psicofármacos. Aunque todo ello se asegure con rotundidad, la realidad es que existe una gran controversia alrededor de estas afirmaciones, son muchos los profesionales y expertos críticos con la concepción mayoritaria sobre el TDAH. A lo largo de estas páginas seguiremos y compartiremos sus argumentos e ideas acerca del trastorno, y en base a ello, desarrollaremos una propuesta de intervención educativa para ayudar al profesorado a enfrentarse en las aulas a este tipo de problemáticas. Así, la finalidad última de este trabajo es definir una visión alternativa al TDAH sobre los problemas de atención, impulsividad e hiperactividad y elaborar una guía de intervención para el profesorado que permita detectar y tratar al alumnado con estas problemáticas desde este enfoque alternativo, un enfoque que evite las etiquetas, las clasificaciones innecesarias y las intervenciones farmacológicas para controlar la conducta.

Palabras clave: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Controversia, Crítica, Alternativa, Intervención.

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el TDAH es uno de los trastornos más diagnosticados en la infancia, entendiéndolo principalmente como un trastorno neurobiológico, crónico y genético que debe ser tratado a través de psicofármacos, y cuyos síntomas principales son la falta de atención, la impulsividad y, en ocasiones, la hiperactividad. El DSM-5 estima que el 5% de los niños sufren TDAH (APA, 2013, p. 61), algunos de los especialistas más reconocidos en el ámbito, como Russell A. Barkley, elevan la prevalencia al 10% (García, González y Pérez, 2014, p. 57), e incluso ciertos autores americanos la sitúan en torno al 20% (Narbona, 2001, p. 229).

Aunque los defensores del TDAH afirmen las “evidencias” del trastorno con rotundidad, la realidad es que la forma en la que se define, diagnostica y trata el TDAH es y ha sido a lo largo de los años el epicentro de una fuerte polémica y controversia. En los últimos años los datos de prevalencia han aumentado considerablemente, este hecho ha originado la duda de que exista, no solo un sobrediagnóstico del trastorno, sino también un gran negocio farmacológico tras él que se encuentre interesado en estas prevalencias. Además, y como se pondrá de manifiesto más adelante, son muchos los profesionales que se declaran contrarios al trastorno. Estos cuestionan su existencia al defender que se encuentra poco demostrado científicamente y que los problemas de conducta no son consecuencia de una alteración neurobiológica; afirman que los criterios diagnósticos utilizados dan lugar a un diagnóstico clínico, masivo y subjetivo que variará en función de los umbrales de tolerancia de terceras personas.

Los críticos con el TDAH defienden que los problemas de desatención, hiperactividad e impulsividad deben ser entendidos como problemas conductuales y cognitivos que pueden ser aprendidos y modificados, no medicados. Se defiende que los supuestos síntomas del TDAH pueden considerarse problemas de comportamiento que deben analizarse y trabajarse. Para ello, los profesionales proponen, en primer lugar, un diagnóstico del problema de conducta basado en la búsqueda real de su origen (i.e., entender las causas del problema si es que este se da realmente); y, en segundo lugar, una intervención basada en un enfoque cognitivo-conductual que aplique diversas técnicas de modificación de conducta, de entrenamiento de la capacidad atencional y de mejora del autocontrol que permitan, en su conjunto, solucionar el problema de comportamiento a largo plazo. Se considera que es muy posible la mejora de estas problemáticas a partir de técnicas que permitan a los afectados aprender a controlar sus propias conductas.

2. PLANTEAMIENTO DEL TRABAJO

En este Trabajo Fin de Grado nos sumamos a esta visión alternativa al TDAH sobre los problemas de atención, impulsividad e hiperactividad. Por ello, a lo largo de las siguientes páginas se cuestionará, en primer lugar, la existencia del TDAH como trastorno mental

realizando una lectura crítica de sus evidencias, aportando nuestra propia opinión y fundamentándola con diferentes fuentes bibliográficas de expertos que la apoyan; y, en segundo lugar, se propondrá una guía de intervención para el profesorado que refleje la forma que consideramos más adecuada para mejorar los posibles problemas de atención, impulsividad e hiperactividad en las aulas de Educación Infantil. Esta propuesta de intervención se basará en las recomendaciones de diferentes expertos en el ámbito y se encontrará dividida en tres fases: el diagnóstico, la intervención (tanto en el aula como en el hogar) y el seguimiento de la intervención. En la guía se incluirá el procedimiento a seguir en cada una de las fases además de diversos materiales y consejos que permitan alcanzar el éxito en las mismas.

Así, el objetivo general de este TFG es plasmar una visión alternativa sobre el TDAH y lograr que los problemas de atención, impulsividad e hiperactividad no sean diagnosticados y clasificados con etiquetas que conlleven estereotipos negativos, profecías autocumplidas y polémicos tratamientos farmacológicos; sino que sean detectados a tiempo, diagnosticados en base a sus causas reales (i.e., sus funciones), y tratados a partir de la enseñanza de conductas alternativas más adaptativas y socialmente aceptadas con las que satisfacer esas funciones.

Los centros educativos y el profesorado tienen un papel fundamental en la detección y la intervención en cualquier tipo de problemática que afecte al alumnado. Mi futura profesión, maestra de Educación Infantil, me dará la responsabilidad de ser quien pueda detectar alguna de estas problemáticas, y, por lo tanto, iniciar los trámites necesarios y colaborar con las familias. Por ello, consideramos que este TFG puede ser de gran utilidad para el profesorado y contribuir a una progresiva eliminación de etiquetas estigmatizadoras en Educación Infantil que pueden ser muy perjudiciales a largo plazo.

3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

3.1. ¿QUÉ ES EL TDAH SEGÚN SUS DEFENSORES?

3.1.1. Antecedentes

En muchas ocasiones se cree que el diagnóstico de patrones desatentos, impulsivos e hiperactivos es un fenómeno relativamente actual, pero los primeros estudios sobre una posible enfermedad marcada por algunos de estos patrones comenzaron a realizarse hace años. Los defensores del TDAH defienden que, ya en 1902, George Frederick Still (1868 – 1941), médico inglés, describió en la revista *The Lancet* las características del síndrome (Muñoz, Palau, Salvadó y Valls, 2006). Definía el mismo como un “Defecto mórbido del control moral” ajeno a cualquier circunstancia ambiental en la mayor parte de los casos, y causado por una enfermedad mental que, en muchas ocasiones, podía dar lugar a signos físicos menores (García et al., 2014). Las personas afectadas mantenían un problema a la hora de controlar e inhibir sus propias conductas y de adquirir las normas e instrucciones

sociales (Herrera, 2005), no poseían ningún tipo de consideración por el bien de las personas de su entorno, se basaban únicamente en la autosatisfacción (García, 2017). Still defendía que este síndrome daba lugar a casos realmente extremos, violentos y dañinos que rompían claramente con un entorno armonioso (García et al., 2014). Es decir, estas personas no provenían de ambientes problemáticos que pudiesen ser la causa de sus graves conductas, la causa era claramente un desorden de su estado mental.

La realidad es que, aunque Still comenzase a definir dicho problema, este lo hacía utilizando casos muy extremos que demuestran poca semejanza con los actuales diagnósticos de TDAH (García, 2017; García et al., 2014). Los defensores de este trastorno sintetizan las investigaciones de Still dando por puntos fuertes del síndrome aquellos que eran secundarios, como es el caso de la falta de atención o la hiperactividad; y por secundarios aquellos que eran fuertes, como las conductas agresivas y dañinas, es decir, la falta de control moral (García, 2017; Muñoz et al., 2006).

A lo largo de los siguientes años fueron múltiples las alusiones clínicas a este tipo de comportamientos basados en la falta de control moral y disciplina, inatención, hiperactividad, impulsividad, etc. Salieron a la luz diferentes nomenclaturas que intentaban dar un nombre y una explicación definitiva a la problemática (García et al., 2014; Herrera, 2005; Muñoz et al., 2006). En 1941, Lote Strauss (1913-1985), patóloga germana, utilizó la denominación “Síndrome por daño cerebral mínimo” para definir un trastorno basado en la hiperactividad, la falta de atención y el retraso mental (Duñó, 2014). Al inicio de la década de los 60, Clements y Peters definieron la problemática como una “Disfunción cerebral mínima” relacionada con el sistema nervioso central (Muñoz et al., 2006). Ambas denominaciones no encontraron el apoyo empírico suficiente para considerar a esta problemática un síndrome médico (Muñoz et al., 2006), pues no se pudo demostrar que existiese una lesión cerebral que la provocase (Duñó, 2014).

Todo ello fue dando lugar a múltiples controversias que acabaron concluyendo en el diagnóstico de personas sin necesidad de demostrar previamente un daño cerebral que causase la grave problemática (García et al., 2014), “muchos niños comenzaron a ser derivados para exploración médica no debido a su mala salud, sino a su mal comportamiento” (García et al., 2014, p. 72). Llegados a este punto, todo comenzó a ser susceptible de posible síntoma, momento en el que solo cabían dos opciones: seguir por este mismo camino o dejar de diagnosticar una alteración biológica a personas sin rastro de esta (García et al., 2014). La opción elegida fue la primera, casi en los años 70, Leon Eisenberg (1922-2009), psiquiatra infantil y educador estadounidense, habló por primera vez de lo que actualmente se conoce como TDAH, definido en aquel momento como “Reacción hipercinética de la infancia”; este llegó a incluirse en la tercera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) de la Asociación Americana de Psiquiatría en el año 1980 (APA, 1980). Se describió como una enfermedad genética causada por un problema de neurodesarrollo: los niños eran hiperactivos y poseían problemas de atención a causa de un déficit en su desarrollo (Ledesma, 2016).

3.1.2. Definición y diagnóstico actual

Fue en el año 1994 cuando la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) saca a la luz la cuarta versión de su manual (DSM-IV), y en el año 2002 la revisión de la misma (DSM-IV-TR). El DSM-IV-TR insertaba el TDAH dentro de los “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia” y lo caracterizaba por una triada sintomatológica: el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad. Dentro de la misma, se señalaban dos grupos de síntomas: nueve síntomas de desatención y nueve síntomas de hiperactividad/impulsividad (Tabla 1). En función de los síntomas que más predominasen en cada persona, al menos debían darse seis síntomas de cada grupo durante al menos seis meses, el trastorno se definía como principalmente inatento (seis síntomas inatentos), principalmente hiperactivo/impulsivo (seis síntomas hiperactivos/impulsivos) o como combinado (seis síntomas inatentos y seis síntomas hiperactivos/impulsivos). Además, era fundamental para el diagnóstico que los síntomas hubieran aparecido antes de los 7 años, que estos se diesen en dos o más de los ambientes que la persona frecuentase, y que provocasen un deterioro clínicamente significativo en el ámbito social, académico o laboral de la persona. También era importante descartar previamente un diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo, trastorno psicótico o esquizofrenia al englobar ya dichas problemáticas algunos de los comportamientos propios del TDAH (APA, 2002).

CRITERIOS DE DÉFICIT DE ATENCIÓN

1. A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
2. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
3. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
4. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo.
5. A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita, le disgusta o es renuente a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
7. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades.
8. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
9. A menudo es descuidado en las actividades.

CRITERIOS DE HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD

Hiperactividad

1. A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.

-
2. A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
 3. A menudo corre o salta en situaciones en las que es inapropiado.
 4. A menudo no puede jugar o participar en actividades de ocio en voz baja.
 5. A menudo está “en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.
 6. A menudo habla en exceso.

Impulsividad

1. A menudo precipita respuestas antes de haber sido formuladas las preguntas.
2. A menudo tiene dificultades para guardar turno.
3. A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.

Tabla 1. Criterios diagnósticos del TDAH en el DSM-IV-TR (adaptado de APA, 2002).

Además de la Asociación Americana de Psiquiatría, en la actual concepción y definición del TDAH ha sido notable el papel de Russell A. Barkley. Nacido en 1949 y Doctor en Psicología, ha logrado un gran prestigio a nivel mundial al centrar los últimos treinta años de su carrera en la defensa a ultranza de la existencia de este trastorno. La promulgación de sus ideas ha sido quizás la mayor causa de la gran multiplicación de diagnósticos de TDAH en los últimos años (García et al., 2014). Su obra “Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales” (Barkley, 2002) terminó de sentar las bases de lo que ya se conocía como TDAH, definiendo el trastorno como un problema en el desarrollo de la inhibición conductual; es decir, en la capacidad para frenar las respuestas inmediatas a ciertos estímulos y sustituirlas por otras más adecuadas (Orjales, 2000). Según Barkley, esta incapacidad se encuentra relacionada con la afectación de las cuatro funciones ejecutivas: la memoria de trabajo no verbal; el habla encubierta (o la memoria de trabajo verbal); el control de la motivación, las emociones y el estado de alerta; y, por último, el proceso de reconstitución que da lugar a la generación de nuevos comportamientos y la resolución de problemas (Orjales, 2000).

Así, el TDAH se entiende en la actualidad como un trastorno neurobiológico crónico provocado por un desorden neuroquímico en el lóbulo frontal del cerebro que afecta a su desarrollo y funcionamiento (Barkley, 2002), este desorden se encuentra causado por una alteración de los neurotransmisores denominados dopamina y noradrenalina (García et al., 2014). Es un trastorno mental cuyas consecuencias son los patrones de comportamiento basados en la desatención, la hiperactividad y la impulsividad. Digamos que dicha deficiencia cerebral no permite a las personas afectadas controlar de la forma adecuada las conductas relacionadas con estas funciones ejecutivas.

Es importante recalcar que el TDAH se considera un trastorno biológico y no influenciado por el contexto, en todo caso, dicha deficiencia es la que influencia al contexto en el que

vive el niño (García et al., 2014). La desatención e hiperactividad se produce por un problema en el desarrollo, por un problema biológico, lo que puede influenciar negativamente al entorno de la persona que lo padezca. Además, algunos estudios defienden el factor hereditario del TDAH. Los hijos de padres con TDAH tienen el 50% de probabilidades de sufrir el mismo trastorno (Muñoz et al., 2006, p. 187; Orjales, 2000, p. 72). Y, por último, tal y como explica De la Peña (2000), “el TDAH es una enfermedad crónica, de inicio en la infancia y que en la mayoría de las ocasiones persiste en la adolescencia y en la vida adulta” (p. 243). Es decir, el TDAH es una enfermedad crónica que no tiene cura, pero que es más prevalente en pediatría ya que en ocasiones “desaparece” en la adolescencia y edad adulta (Moreno et al., 2015), en concreto el trastorno solamente persiste en el 40% de los afectados (De la Peña, 2000). También se afirma que, en ciertas situaciones, las personas afectadas pueden llegar a ser incluso “hiperatentas”.

La definición oficial del TDAH vigente en la actualidad es la publicada en el año 2013 por la Asociación Americana de Psiquiatría en la quinta versión de su manual, el DSM-5 (APA, 2013). La característica fundamental que define el TDAH es la ya recogida en el DSM-IV-TR, la triada sintomatológica: el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad; los principales cambios introducidos en este manual con respecto al anterior se resumen en la Tabla 2.

<i>DSM-IV-TR</i>	<i>DSM-5</i>
TDAH incluido en la categoría “Trastorno de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia”.	TDAH incluido en la categoría “Trastorno del neurodesarrollo”, se amplía el posible diagnóstico a adultos.
Tres subgrupos de diagnóstico invariables a lo largo de la vida: TDAH inatento, TDAH hiperactivo – impulsivo y TDAH combinado.	Los subgrupos de diagnóstico pasan a ser presentaciones clínicas variables. Se incluye especificación de gravedad: leve, moderada o severa.
Algunos de los síntomas deben aparecer antes de los 7 años.	Algunos de los síntomas deben aparecer antes de los 12 años.
Criterio de diagnóstico diferencial: trastorno generalizado del desarrollo, trastorno psicótico o esquizofrenia.	Se elimina el criterio de diagnóstico diferencial: trastorno generalizado del desarrollo.

Tabla 2. Modificaciones del DSM-5 con respecto al DSM-IV-TR (adaptado de APA, 2002, 2013).

3.1.3. Tratamiento

Como ya se ha explicado anteriormente, el TDAH es definido como un trastorno neurobiológico crónico provocado por un desorden neuroquímico que da lugar a comportamientos de desatención, hiperactividad e impulsividad. Por ello, se defiende que el trastorno precisa de un tratamiento que permita a la persona afectada controlar estos comportamientos no deseados, que le permita acercarse a la “normalidad” del resto de personas (García et al., 2014). En la actualidad dicho tratamiento se encuentra centrado principalmente en el ámbito farmacológico, es decir, como el sujeto posee una enfermedad mental incurable que no le permite controlar sus conductas, estas deberán controlarse desde el exterior, y de por vida, gracias a los fármacos.

En el año 1937, Charles Bradley, psiquiatra y pediatra estadounidense, descubrió por casualidad la eficacia de las anfetaminas para mejorar el rendimiento académico y las conductas problemáticas en los niños (Vázquez-Justo y Piñón, 2017). Como explican García et al. (2014), Bradley buscaba alteraciones cerebrales en niños con hiperactividad e impulsividad a partir de punciones lumbares, en las cuales se extraía líquido cefalorraquídeo y se introducían burbujas de aire en las cavidades cerebrales. En función de las formas que estas adoptaban en el interior, se detectaban las supuestas alteraciones cerebrales. Esta técnica poseía diversos efectos secundarios muy molestos, para aliviar estos Bradley decidió administrar fármacos psicoestimulantes que acelerasen la producción del líquido cefalorraquídeo perdido durante el estudio. Como los niños a los que administró dichos fármacos comenzaron a mejorar su rendimiento y comportamiento, se llegó a la conclusión de que los fármacos psicoestimulantes disminuían la actividad motora en los niños (“efecto paradójico”) y mejoraban su rendimiento académico (García et al., 2014). Por ello, y según los defensores del TDAH, los psicoestimulantes alivian los síntomas del trastorno, como estos indican sobre los neurotransmisores denominados dopamina y noradrenalina se da por hecho que una alteración en ellos es el origen del desorden neuroquímico que provoca el TDAH (García et al., 2014).

Actualmente, el tratamiento farmacológico del TDAH se basa en dos tipos de fármacos: psicoestimulantes y no psicoestimulantes. “En España existen tres fármacos autorizados y comercializados para el tratamiento del TDAH: metilfenidato, lisdexanfetamina y atomoxetina” (Moreno et al., 2015, p. 234). Los fármacos psicoestimulantes son la primera opción, su acción es la de elevar la dopamina y noradrenalina cerebral. Dentro de ellos, se encuentra el metilfenidato, pudiendo ser este de acción corta (4 horas), intermedia (8 horas) o larga (12 horas); y las dextroanfetaminas de acción larga, dentro de las cuales se encuentran las lisdexanfetaminas (Moreno et al., 2015; Vázquez-Justo y Piñón, 2017). Los fármacos no psicoestimulantes (atomoxetina) suelen considerarse cuando los psicoestimulantes no provocan el efecto adecuado o la persona no tolera sus efectos adversos, es el medicamento de segunda opción en el tratamiento del TDAH y posee una acción de 24 horas (Moreno et al., 2015). La atomoxetina es un “inhibidor de

la recepción presináptica de la adrenalina y noradrenalina en los circuitos cerebrales ricos en dichos neurotransmisores” (Moreno et al., 2015, p. 236).

Es obvio que este tipo de tratamientos farmacológicos basados principalmente en psicoestimulantes provocan diferentes efectos secundarios como el insomnio, la disminución del apetito, las náuseas, las cefaleas, el nerviosismo, la aparición de tics o estereotipias, etc. (Vázquez-Justo y Piñón, 2017). En algunos casos pueden llegar incluso a provocar problemas cardiacos o psicóticos (Moreno et al., 2015). Además, al ser estos psicoestimulantes y provocar efectos de euforia, se deben controlar estrictamente las dosis y prescripciones (Moreno et al., 2015).

Barkley afirma que este trastorno provoca grandes riesgos para el propio niño y su entorno, por ello se invita a las familias a actuar rápidamente y acudir a un profesional del TDAH que medique al niño cuanto antes (García et al., 2014). Se defiende la utilización de fármacos como medida de protección para el niño y la familia ante el grave problema que se les ha presentado (García et al., 2014). Barkley aconseja a las familias buscar un profesional que diagnostique y trate el trastorno tal y como este lo defiende. La familia es quien sabe la verdad, sabe el verdadero diagnóstico que el profesional debe hacer, si este no lo hace, deben buscar otro profesional (Barkley, 2002).

También son múltiples los autores defensores del TDAH que recomiendan la terapia combinada, aquella que se encuentra centrada tanto en el tratamiento farmacológico como en el psicológico (De la Peña, 2000; Galve, 2009; Lange et al., 2012; Ledesma, 2016; Vázquez-Justo y Piñón, 2017), al entender que este último es uno de los tratamientos no farmacológicos más eficaces (Moreno et al., 2015; Lange et al., 2012). Pero la realidad es que este enfoque combinado se aplica en muy pocos casos al suponer un mayor esfuerzo e implicación, Barkley llega a defender la utilización de fármacos psicoestimulantes y psicótropos para lograr controlar el comportamiento de las personas por encima de cualquier otro tratamiento (Barkley, 2002).

3.2. EL TDAH SEGÚN SUS DETRACTORES

3.2.1. ¿Es el TDAH un trastorno mental científicamente demostrado?

Es comprensible que la población entienda que si múltiples profesionales hablan del TDAH con tal contundencia es porque existen múltiples investigaciones y estudios que avalan este trastorno, que demuestran científicamente su existencia. Pero, por sorpresa para muchos, esto no es así. El TDAH es un trastorno que se encuentra envuelto en todo tipo de controversias y cuestionamientos. Se dan todo tipo de factores que provocaban cierta insatisfacción, y por ello, es necesario llevar a cabo una lectura crítica de las “evidencias” del TDAH. De hecho, la propia Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España reconoce la falta de acuerdo y consenso en sus páginas:

No hay acuerdo en nuestro medio acerca de qué instrumentos hay que utilizar para la evaluación de niños con posible TDAH; también existe controversia sobre los criterios que se deben emplear para su diagnóstico. Estas dificultades en la detección, el proceso diagnóstico y la metodología originan amplias variaciones (geográficas y demográficas), lo que conduce a un infradiagnóstico o sobrediagnóstico del TDAH. No existen marcadores biológicos que nos permitan diagnosticar el TDAH, por lo que el diagnóstico es clínico. Los instrumentos que se utilizan habitualmente para la evaluación de los niños, en quienes se sospecha el trastorno, no siempre han sido validados en la población española. En lo que respecta a las opciones terapéuticas con fármacos, existe controversia acerca de si usar estimulantes o no estimulantes como primera elección, si la eficacia persiste en los tratamientos de más de 12 semanas de duración, si es recomendable suspender la medicación durante los periodos vacacionales o fines de semana, así como la duración del tratamiento farmacológico. En cuanto al tratamiento psicosocial, los datos son contradictorios respecto a la eficacia, la duración y la generalización de los resultados. Tampoco hay consenso sobre cómo medir la respuesta terapéutica, los efectos secundarios del tratamiento y la frecuencia de visitas de seguimiento. (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010, p. 52-53)

Solo hacen falta las afirmaciones de una guía que trata de definir y explicar el TDAH para demostrar la falta de consenso que hay entorno al trastorno. Es una obviedad que el TDAH es defendido por muchos, pero también cuestionado y criticado por otros tantos al ser un trastorno poco demostrado y consensado. Bajo el pensamiento de estos últimos, se podría decir que el TDAH es un diagnóstico “cogido con pinzas” que se utiliza como la solución a los problemas de conducta sin el suficiente fundamento científico.

En primer lugar, los defensores del TDAH afirman que este trastorno ha sido investigado desde hace años. Este tipo de afirmaciones pretenden buscar un reconocimiento a la enfermedad que realmente no existe, “un pedigrí interesado para tratar de dar abolengo al diagnóstico” (García et al., 2014, p. 66). La realidad es que sí que se han investigado trastornos y síndromes similares, relacionados con la hiperactividad y la falta de control moral, pero no tal y como conocemos actualmente el TDAH. Además, muchas de estas investigaciones fueron finalizadas por la imposibilidad de demostrar un daño cerebral que causase el trastorno.

Algunos de los autores más comunes en la que se defiende como histórica investigación del TDAH se encuentran Still, Strauss, Clements y Peters o Eisenberg, de los cuales ya hemos hablado anteriormente. George Frederick Still centraba sus estudios en casos realmente extremos y problemáticos que rompían con un entorno armonioso y que mostraban signos físicos inferiores; características que el TDAH no cumple. Strauss, Clements y Peters vieron desaparecer las nomenclaturas que habían propuesto para este tipo de síndrome por la imposibilidad de demostrar la patología. Leon Eisenberg, preocupado por las elevadas prevalencias, llegó a reconocer unos meses antes de su muerte que el trastorno había sido inventado e invitó a los psiquiatras, médicos e investigadores a buscar realmente la causa psicosocial de los problemas de conducta,

hiperactividad y falta de atención en los niños (García et al., 2014; Ledesma, 2016). Eisenberg afirmó que resultaba más sencillo describir el comportamiento de una persona bajo la etiqueta de un trastorno o una enfermedad mental, antes que buscar la verdadera explicación de dicho comportamiento (García et al., 2014; Ledesma, 2016). Era más rápido medicar a una persona por poseer un trastorno mental en lugar de molestarse en encontrar su problema real y ayudarlo a solucionarlo a partir de otras técnicas más complejas.

En segundo lugar, se afirma rotundamente que el TDAH es un trastorno neurobiológico, pero sus propios defensores reconocen que nunca se ha podido demostrar tal afirmación y que no existe ningún marcador biológico que permita diagnosticar dicha alteración mental y, por lo tanto, dicho trastorno (Aragão et al., 2016; López, 2015; Muñoz et al., 2006). Como se ha explicado en líneas anteriores, ya fueron muchos los síndromes y las nomenclaturas que tuvieron que suprimirse por la imposibilidad de demostrar la patología o el daño cerebral que aseguraban. Aunque no se haya podido demostrar que el TDAH sea un trastorno biológico y no exista ninguna prueba médica para diagnosticarlo, esta idea sigue afirmándose con rotundidad, y el tratamiento al mismo permanece siendo principalmente farmacológico.

En realidad, su diagnóstico se da a través de un método totalmente clínico, observacional y descriptivo (Moreno et al., 2015; López, 2015; Muñoz et al., 2006) y en un proceso, que se recomienda, sea multiprofesional y multimodal (Vázquez-Justo y Piñón, 2017), pero que en muchas de las ocasiones es llevado a cabo por un único profesional y durante una única sesión (Aragão et al., 2016; García et al., 2014), en la cual se guiará únicamente por las opiniones de profesorado y familia (López, 2015). Existe una gran variedad de instrumentos diagnósticos del TDAH (Moreno et al., 2015), estos se basan principalmente en test psicopedagógicos y neuropsicológicos que debe realizar el niño y escalas de puntuación que debe rellenar la familia y el profesorado (Aragão et al., 2016; García et al., 2014). En el caso de los test, estos evaluarán principalmente la atención, percepción e impulsividad, pero como el propio Barkley afirma, “estas funciones dependerán en gran medida de la situación y la tarea frente a la que el niño se encuentre” (Barkley, 2002, p. 76), por lo que los resultados no deberían ser del todo fiables. En el caso de las escalas de puntuación, que se encuentran enfocadas a agentes externos como la familia y el profesorado, estas acaban por evaluar la visión que estos disponen del niño. Es decir, sus resultados se encontrarán cargados de subjetividad, ya que las respuestas a estas escalas dependerán, según dicen sus propios defensores, de: la exigencia del entorno, el nivel de tolerancia del adulto y lo que este considero como bueno o malo, la situación en la que el niño se encuentre cuando esté con él, etc. (García et al., 2014,). En definitiva, un trastorno defendido como neurobiológico acaba por ser diagnosticado en función de la subjetividad del profesional responsable, la familia, el profesorado y el contexto, existiendo una clara ausencia de estandarización metodológica e intervencionista (Aragão et al., 2016; López, 2015).

Además, las pruebas que suelen ser utilizadas de forma habitual siguen los criterios diagnósticos marcados por el DSM, manual de la Asociación Americana de Psiquiatría, que ya han sido tratados en líneas anteriores. Son muchos los que afirman que gran parte de dichos criterios han sido pensados especialmente para aumentar el número de diagnósticos y con ellos los beneficios que pueden derivarse para las empresas farmacológicas. Si observamos los criterios diagnósticos (Tabla 1), en muchas ocasiones se etiquetan comportamientos totalmente normales como anormales y problemáticos sin especificar claramente la frecuencia con la que estos deben darse para considerarse como anormales (García et al., 2014). Además, algunos de los criterios tienden a repetir las mismas ideas formuladas de diferentes formas por lo que será realmente fácil que el niño cumpla más de un criterio al referirse estos a conductas similares (García et al., 2014). Como señala López (2015), para muchos autores el DSM-IV ha dado lugar en gran medida a la “epidemia planetaria de trastornos de atención” frente a la que nos encontramos, pero el DSM-5 “parece estar lejos de corregir las fallas producidas por el antecesor” (p. 176). Las modificaciones llevadas a cabo en el DSM-5 (Tabla 2) son interpretadas por los críticos del TDAH con el único objetivo de ampliar aún más el campo de personas que pueden ser diagnosticadas como TDAH y, de forma interesada, el negocio que se deriva de este trastorno. Las características del trastorno empujan al diagnóstico masivo y la posterior medicalización masiva: “una definición que permite englobar a cantidades ingentes de población, patologización de respuestas comportamentales sanas en contextos insalubres, “biologización” y cerebración de las causas, estigmatización y cronificación, entre otras” (López, 2015, p. 176).

Precisamente algo relacionado con esto último es uno de los elementos más cuestionados por parte de los contrarios al TDAH, su alta prevalencia y las cifras tan dispares de la misma aportadas en diferentes estudios (Aragão et al., 2016). Este fenómeno puede explicarse, no solo por todo lo descrito anteriormente, sino también, tal y como afirma Narbona (2001), por “la gran variación entre los criterios de diagnósticos utilizados, la diversidad de instrumentos de diagnóstico, el entorno del que se extraigan las muestras y las referencias socioculturales del mismo, y los factores de riesgo existentes” (p. 229). El manual DSM es uno de los más comunes, pero no el único. Múltiples estudios demuestran que, en función del manual y los criterios utilizados para el diagnóstico de una misma población, la prevalencia estimada será una u otra, variando esta enormemente (López, 2015; Narbona, 2001).

En tercer lugar, y a pesar de que Russell A. Barkley explique que el TDAH es un trastorno biológico, un trastorno de “dentro a fuera” que puede afectar sobre el entorno de la persona, pero el entorno nunca sobre él (García et al., 2014), son muchos los autores que hablan de la influencia de ciertos factores ambientales en el TDAH, como puede ser la acción educativa (Muñoz et al., 2006; Orjales, 2000). Además, se defiende que el TDAH es una enfermedad crónica, pero a la vez se afirma que en algunos casos esta no persiste en la adolescencia y edad adulta (De la Peña, 2000) y que, en ciertas ocasiones, las personas afectadas por la misma pueden llegar a ser incluso “hiperativas”. Es decir, es

una enfermedad crónica que afecta al control de las conductas y que necesita medicación para controlar externamente dichas conductas, pero esta se “cura” sorprendentemente en el 50% de los casos (García et al., 2014, p. 58), y muchas de las personas afectadas, si se encuentran con situaciones o actividades que les motiven, entonces, no solo dejan de poseer un déficit atencional, sino que se convierten en “hiperativas” (García et al., 2014). Es algo obvio que este tipo de afirmaciones son, cuanto menos, cuestionables o extrañas de comprender. Tratando el tema de esta forma puede entenderse que el problema no sea basado en un déficit atencional, sino motivacional (García et al., 2014). Si realmente se diese un problema atencional e impulsivo causado por un déficit cerebral y crónico, ¿cómo es posible que la persona en ciertos momentos sea “hiperativa”? ¿no será que la persona atiende, pero solo a aquello que le interesa y motiva? ¿cómo es posible que se “cure”? ¿no será que la persona ha aprendido a atender, ha aprendido a controlar su conducta?

En definitiva, tras analizar detalladamente este trastorno, quizás se pueda concluir que a lo largo de los últimos años se le ha dado al TDAH una aprobación médica de la que realmente no se disponen suficientes evidencias (García et al., 2014).

3.2.2. ¿Está justificado el tratamiento farmacológico?

La demostración que los defensores del TDAH hacen de que este trastorno es de origen biológico es que la medicación que se administra a las personas afectadas alivia sus síntomas. Es decir, se trata a las personas a través de fármacos que inciden en los neurotransmisores dopamina y noradrenalina, y estas personas “mejoran”, por lo tanto, se da por hecho que estas mantenían un problema en dichos neurotransmisores. La medicación que se administra a los casos de TDAH, como ya se ha explicado en líneas anteriores, son psicoestimulantes (metilfenidato y lisdexanfetamina) y no psicoestimulantes (atomoxetina), los cuales inciden sobre el sistema nervioso central, y en concreto sobre la dopamina y noradrenalina, lo que permite la mejor realización de algunas tareas. Los fármacos psicoestimulantes, y en concreto el metilfenidato, es el tratamiento de primera opción (Moreno et al., 2015). Este tipo de remedios que permiten un mayor rendimiento ya se han defendido en muchas ocasiones por diferentes profesionales y personajes conocidos, pero no como tratamiento específico del TDAH, sino como medio para mejorar el autocontrol y el rendimiento, disminuir la fatiga y el sueño o mejorar el estado de ánimo (García et al., 2014). Tal y como explica el propio Barkley (2002):

La medicación estimulante probablemente no mejorará las puntuaciones de su hijo en las pruebas de rendimiento académico, que miden el nivel o la dificultad del material que el niño ha aprendido. La medicación, sin embargo, hace que se incremente de manera sustancial la cantidad de trabajo que el niño es capaz de realizar y en algunos casos, aumenta la eficacia con la que realiza dicho trabajo. (p. 299)

En primer lugar, los detractores del TDAH critican el simple hecho de que se trate farmacológicamente un trastorno que hasta el momento no ha sido demostrado científicamente como biológico, y que tampoco es diagnosticado con pruebas médicas ni biológicas. No se ha demostrado que exista un daño orgánico, pero esta idea se sigue afirmando para poder así justificar la utilización de fármacos (García et al., 2014). En segundo lugar, y a causa de la falta de demostración científica y las características de este tipo de fármacos, afirman que “un niño, o adulto, que atienda bajo estos tratamientos no se halla pues en proceso de terapia, sino de dopaje” (García et al., 2014, p. 117). Los detractores del TDAH afirman que los efectos de mejoría en el rendimiento que poseen este tipo de estimulantes también se darían en niños sin TDAH diagnosticado (García et al., 2014). Además, los efectos secundarios de este tipo de fármacos son múltiples, algunos de ellos ya se han explicado en líneas anteriores: insomnio, disminución del apetito, cefaleas, nerviosismo, etc. En algunos casos pueden llegar incluso a provocar problemas cardíacos o psicóticos (Moreno et al., 2015). Los efectos de la medicación en el funcionamiento cognitivo del niño son poco conocidos, la investigación se ha centrado más en los efectos sobre la salud y los síntomas del trastorno (González–Carpio y Serrano, 2016). Tal y como concluyen González–Carpio y Serrano (2016) tras un estudio centrado en este ámbito: “el tratamiento con metilfenidato, que se usa como la primera medicina de elección en el caso de los niños con TDAH, disminuye su nivel global de creatividad, medido por el Índice Creativo, y, en particular, su fluidez y originalidad” (p. 24).

Los defensores del TDAH utilizan en su discurso el factor del miedo para lograr que las familias acepten su mensaje. Barkley afirma que el TDAH puede dar lugar a grandes riesgos para el propio niño y su entorno; por ello, invita a las familias a actuar rápidamente, a acudir a un profesional del TDAH que medique al niño cuanto antes (García et al., 2014). Se defiende la utilización de fármacos como medida de protección ante el grave problema que se les presenta (García et al., 2014). Los detractores del TDAH critican la existencia de un gran negocio farmacológico que se encuentra detrás de este supuesto trastorno mental diagnosticado cada vez con mayor frecuencia. De hecho, fueron muchos los investigadores del trastorno que declararon “haber recibido honorarios o financiación de varias multinacionales farmacéuticas” (García et al., 2014, p. 175); según un estudio llevado a cabo en el año 2013 por Lisa Cosgrove, psicóloga estadounidense, “el 56% de los psiquiatras que trabajaban en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) tenía una o más relaciones financieras con empresas de la industria farmacéutica” (Ledesma, 2016, p. 7). Al fin y al cabo, el descubrimiento casual de la eficacia de un fármaco para el tratamiento de un problema de comportamiento acaba por dar lugar a la creación posterior del concepto de que dicho problema se encuentra entonces causado por un trastorno mental, por algo orgánico (García et al., 2014). Se confirma una “evidencia” porque alguien tiene interés en dicha evidencia, “la evidencia es mucho más evidente cuando favorece a los intereses comerciales en lugar de a los intereses de los pacientes, y a los fármacos rentables más que a los cambios de vida” (González de Dios, Cardó y Severa, 2006, p. 710).

Barkley recomienda a las familias de niños con TDAH que, si estos en algún momento no aceptan tomarse la medicación, deberán recompensarles de alguna forma para que lo hagan realizando una especie de contrato de trabajo (García et al., 2014). Es decir, el niño posee problemas de déficit de atención, impulsividad e hiperactividad y se le medica para controlar externamente dichos comportamientos. Pero, si en algún momento el niño no quiere tomar la medicación, se utilizarán técnicas conductuales para enseñarle que debe tomarla. ¿No será mejor utilizar estas desde un inicio para enseñarle a controlar sus conductas? Esto es lo que proponen muchos profesionales (Lange et al., 2012), y lo que se propone en este trabajo como “la alternativa”.

3.3. LA ALTERNATIVA

Una vez que se ha analizado detenidamente lo que se entiende actualmente como TDAH y las críticas que se realizan a este trastorno, se ha llegado a la conclusión de que este es un trastorno totalmente cuestionado y cuestionable. Por ello, consideramos su diagnóstico indiscriminado, teniendo en cuenta las prevalencias que se manejan actualmente, como una solución rápida y sencilla a todos los problemas de comportamiento que provocan cierto malestar en familias y profesorado, llegándose incluso a etiquetar conductas como alteradas cuando estas realmente no lo son. El hecho de que se diagnostiquen estas problemáticas como consecuencia de un trastorno mental, crónico y genético cuyo tratamiento se da a través psicofármacos permite encontrar una solución razonable y sencilla que hace que el sentimiento de preocupación por parte de las familias y el profesorado desaparezca. Esta “facilidad” para el diagnóstico y el tratamiento es quizás la causa del “incremento explosivo de los casos de TDAH” (García y Domínguez, 2012, p. 3), da la posibilidad de que se esté sobrediagnosticando o diagnosticando inadecuadamente a personas con simples problemas de comportamiento o incluso con conductas normales para su edad.

Bajo nuestra opinión, con este diagnóstico el niño no es escuchado ni atendido correctamente, no se indaga en las causas y funciones reales de su conducta, por lo que no se podrá tratar de la forma más adecuada y adaptada a sus condiciones. El niño debe aceptar la condición de enfermo mental, aunque esta no se encuentre demostrada. Como ya se ha explicado en líneas anteriores, este diagnóstico no debería considerarse como el idóneo según la opinión de muchos autores detractores de TDAH, al no ser este un trastorno suficientemente demostrado desde el punto de vista científico. Consideramos que el diagnóstico conlleva la colocación subjetiva de una etiqueta que no busca indagar en la problemática real del niño, sino tratar a este desde el interés de la industria farmacológica a través de fármacos cuyos efectos se dan a corto plazo y que provocan múltiples efectos secundarios a corto y largo plazo. Con la medicación que se aplica como tratamiento para el TDAH el niño no aprende a controlar su comportamiento por sí mismo, simplemente se encuentra controlado momentáneamente por algo exterior. En el momento que los efectos de la medicación desaparezcan, su comportamiento volverá a ser

el mismo, por lo que el problema se agravará, no se solucionará. En definitiva, con el diagnóstico y la clasificación de trastorno mental estaremos condenando al niño a cargar de por vida con una etiqueta subjetiva y no demostrada que conlleva estereotipos negativos, profecías autocumplidas y polémicos tratamientos farmacológicos.

Es obvio que los problemas de comportamiento, que los problemas de desatención, hiperactividad e impulsividad existen. Pero de ahí a que estos se expliquen con la etiqueta de un trastorno mental existe una gran distancia. Los contrarios al TDAH se apoyan en las últimas palabras de Leon Eisenberg, defienden que el diagnóstico de los problemas de atención, impulsividad o hiperactividad debe basarse en el análisis de estos, buscando sus causas y consecuencias habituales; y la intervención debe centrarse en el ámbito conductual y cognitivo. Es decir, una intervención que se base en la explicación de su comportamiento. Se considera que es muy posible la mejora de estas problemáticas a partir de técnicas que permitan a las personas en cuestión aprender a controlar sus propias conductas. Los supuestos síntomas del TDAH, que en muchas ocasiones pueden considerarse conductas normales, pueden tratarse como problemas de comportamiento que deben analizarse y trabajarse. Para ello, son muchos los profesionales que defienden la necesidad de una intervención conductual y cognitiva, la necesidad de trabajar con el niño para ayudarle y enseñarle a controlar dichos comportamientos.

Consideramos que los problemas de desatención, hiperactividad e impulsividad pueden entenderse no como consecuencias de una alteración biológica, sino como problemas conductuales y cognitivos que pueden ser aprendidos y modificados, no medicados. El diagnóstico de dichas problemáticas no debería basarse en la colocación de una etiqueta ni el tratamiento en la administración de un fármaco que “controle” a la persona desde el exterior. Es necesaria la intervención basada, en primer lugar, en la búsqueda de la función de los problemas de comportamiento; y, en segundo lugar, en la aplicación de técnicas cognitivas-conductuales que permitan cambiar las conductas problemáticas por conductas más funcionales y socialmente adaptadas. En definitiva, aquellas conductas que realmente sean problemáticas pueden ser intervenidas desde el ámbito psicológico y no psiquiátrico, desde las técnicas conductuales y cognitivas y no desde los fármacos. Un proceso que, como es lógico, se hace más complejo que el seguido en el caso de diagnosticar y tratar según la visión mayoritaria sobre el TDAH como trastorno mental, se hace necesaria la implicación y colaboración del propio niño, de la familia y del profesorado. En esta idea principal se basará la guía que se propone y describe detalladamente en las próximas páginas, la idea que consideramos posible y realista como alternativa al TDAH.

4. GUÍA DE INTERVENCIÓN PARA EL PROFESORADO CON ALUMNADO CON PROBLEMAS DE ATENCIÓN, IMPULSIVIDAD E HIPERACTIVIDAD

4.1. EL DIAGNÓSTICO

Cuando algún miembro de la comunidad educativa detecta una posible problemática relacionada con la atención, la impulsividad o la hiperactividad en un niño el primer paso debe ser siempre iniciar un proceso de diagnóstico que permita buscar el origen real de las conductas observadas. El proceso de diagnóstico debe encontrarse guiado por el equipo de orientación del centro y basado en dos objetivos claros:

- Buscar la función o causa de las conductas problemáticas del niño, identificando los antecedentes y las causas de estas para poder así comprenderlas.
- Diseñar la intervención conductual y cognitiva posterior a partir de las causas reales de la problemática con el fin de solucionar la misma a largo plazo.

Como primera fase de este proceso de diagnóstico, es conveniente aconsejar a la familia que acuda junto al niño a su pediatra para poder realizarle un *examen físico*, y descartar así cualquier problema a nivel orgánico que pueda ser el causante del problema de conducta o la falta de atención (problemas de visión, de oído, alguna enfermedad, etc.). Una vez que estos sean descartados, es importante asesorar a la familia para que confíe en el equipo de orientación del centro, quien iniciará la segunda fase del diagnóstico dirigido a comprender por qué el niño se comporta de la forma que lo hace. Por un lado, se deben mantener *entrevistas* con la familia y con el propio niño, con el fin de recopilar datos que la observación directa de las conductas pudiera ignorar o pasar por alto. Esta técnica nos permitirá detectar posibles problemáticas que el niño acabe reflejando o exteriorizando a través de su comportamiento, pero que no sean antecedentes inmediatos o consecuencias directas del mismo. Por otro lado, debe iniciarse un *proceso de observación sistemática y análisis de la conducta*. Todo ello siempre con el objetivo final de planificar a posteriori una intervención que dé solución real a la problemática y en la que debieran colaborar tanto los profesionales del centro escolar como la familia (Zapico y Pelayo, 2012). Para alcanzar el éxito en este proceso de observación, análisis y diagnóstico resulta fundamental la recogida de información en los diferentes contextos en los que el niño se desenvuelve, pues la razón de sus conductas puede encontrarse y generalizarse a cualquier ámbito. Este tipo de valoraciones conductuales implican “la recogida y el análisis de la información y los datos con el fin de identificar y describir los objetivos comportamentales, especificar las causas probables del comportamiento, elegir las estrategias de intervención más adecuadas para modificarlo y evaluar los resultados del tratamiento” (Martín y Pearl, 2008, p.271).

En este proceso se debe llevar a cabo una *observación sistemática* de la conducta por parte de los profesionales (i.e., el equipo de orientación y el profesorado). Gracias a ella se realiza un *análisis descriptivo* de las conductas problema, registrando cuál es su

frecuencia, intensidad y duración (Cañas, 2006). Hay que tener en cuenta que en muchas de las ocasiones la problemática no es la conducta en sí, sino las características con las que esta se presenta. Y posteriormente, un análisis funcional, utilizando para ello la *evaluación funcional de la conducta*, cuyo objetivo es identificar y comprender las funciones de la conducta problema a partir de un análisis de sus antecedentes y consecuencias, es decir, encontrar las variables que controlan los comportamientos problemáticos para hacerlas desaparecer o modificarlas (Galve, 2009; Martin y Pearl, 2008; Zapico y Pelayo, 2012). Para llevar a cabo esta evaluación se deben seleccionar y definir aquellas conductas que se consideren problemáticas con el fin de observarlas detalladamente. La información extraída de la observación debe incluirse en una tabla de tres columnas conocida como “ABC”, por las siglas en inglés de “antecedentes”, “conducta” y “consecuencias”. En el Anexo 1 se incluye una plantilla con estas características. A posteriori, se debe analizar funcionalmente lo observado, es decir, analizar el papel que mantienen los antecedentes y las consecuencias en la conducta problemática para formular hipótesis explicativas acerca de sus funciones y detectar las variables que la controlan: posibles estímulos discriminativos y refuerzos inintencionados. Todo ello con el fin de proponer una intervención que permita al niño adquirir conductas alternativas más adaptativas y socialmente adaptadas.

Para lograr el éxito en esta evaluación es necesario el dominio de las técnicas de modificación de conducta, por ello en las siguientes líneas se explican sus puntos clave y en el Anexo 2 se incluye un ejemplo concreto de cómo llevar a cabo esta evaluación. En primer lugar, es importante tener claro que los antecedentes de una conducta problemática pueden ser quienes controlen esta, es decir, los acontecimientos que la preceden pueden ser los que aumenten la probabilidad de que esta aparezca (i.e., estímulos discriminativos). A la hora de diagnosticar una posible problemática es necesario tener en cuenta ciertos factores que pueden ser causa directa o indirecta de la misma (Tabla 3).

<p><i>ENTORNO GENERAL</i></p>	<p>Nivel general de refuerzo bajo. Condición que produce malestar: calor, ruido. Presencia o ausencia de determinadas personas.</p>
<p><i>VARIABLES DEL ORGANISMO</i></p>	<p>Estado de salud: gripe, cefalea, alergia. Estado motivacional: hambre, sed. Estado emocional: enfado, celos. Estado corporal transitorio: fatiga, contracciones.</p>
<p><i>VARIABLES DE LA TAREA</i></p>	<p>Demasiada dificultad. Velocidad inadecuada. Falta de variedad u opciones.</p>

ANTECEDENES ESPECÍFICOS	Cambios repentinos en el contexto. Introducción de nuevas tareas. Demandas excesivas. Instrucciones confusas. Retirada de refuerzos visibles. Presentación de estímulos aversivos. Tener que esperar.
------------------------------------	---

Tabla 3. Selección de los factores que considerar al evaluar las causas del comportamiento problemático (tomado de Martin y Pearl, 2008, p. 315).

En segundo lugar, es fundamental conocer que las consecuencias de una conducta pueden tanto aumentar como disminuir la posibilidad de que esta vuelva a repetirse, en función de si estas son interpretadas por el niño como un refuerzo o un castigo (Tabla 4). Es decir, si la consecuencia de la conducta problemática es interpretada por el niño como un refuerzo, la conducta puede encontrarse mantenida por este. Por ello, a la hora de aplicar consecuencias a las conductas es muy importante ponerse en la situación del niño, conocerle, pues en muchas ocasiones una consecuencia que el adulto interpreta como un castigo, el niño la interpreta como refuerzo a causa de sus intereses, es decir, algo que para el adulto puede resultar desagradable, para el niño no, y viceversa (Martin y Pearl, 2008). Por ejemplo, el niño mantiene una conducta molesta durante la asamblea, el maestro le expulsa de la actividad como castigo negativo, pero el niño puede interpretarlo como un refuerzo negativo ya que no le interesa la misma, y por ello estaba molestando.

REFUERZO		CASTIGO	
Consecuencia que aumenta la probabilidad de que la conducta se repita.		Consecuencia que disminuye la probabilidad de que la conducta se repita.	
Positivo	Negativo	Positivo	Negativo
Aparición de una consecuencia agradable para el niño.	Desaparición de una consecuencia desagradable para el niño.	Aparición de una consecuencia desagradable para el niño.	Desaparición de una consecuencia agradable para el niño.

Tabla 4. Refuerzos y castigos (adaptado de Martin y Pearl, 2008).

Es importante tener en cuenta que “el comportamiento del alumnado se va conformando en función de las consecuencias que le siguen” (Galve, 2009, p. 94). En la gran mayoría de las ocasiones las conductas problemáticas se encuentran mantenidas por sus consecuencias (Martin y Pearl, 2008) al ser estas interpretadas como: un refuerzo social positivo (e.g., el niño recibe atención de las personas de su entorno con dicha conducta); un refuerzo social negativo (e.g., el niño consigue evitar sus obligaciones con dicha conducta); un refuerzo sensorial interno positivo (el niño se autoestimula, se provoca sensaciones internas agradables con dicha conducta); o un refuerzo sensorial externo positivo (e.g., al niño se le proporciona comida o una caricia con dicha conducta). Es muy habitual que se cree una especie de círculo vicioso negativo e indefinido entre el adulto y el niño a causa de las diferentes interpretaciones que se pueden realizar de una misma acción (Zapico y Pelayo, 2012). Cuando se da una conducta negativa, el adulto habitúa a responder a ella con riñas, prestando atención al niño, lo cual puede funcionar para el niño como un refuerzo en lugar de como un castigo como el adulto cree. Además, con esta riña, el adulto puede conseguir una mejora ligera y momentánea de la conducta, por lo que su conducta también se ve reforzada (Zapico y Pelayo, 2012). En muchos de los casos las actuaciones del adulto no son correctas, no enseñan nada nuevo, e incluso pueden llegar a empeorar la situación. Por ello, es fundamental ser conscientes de las funciones e interpretaciones que tienen nuestras acciones en el niño y sus conductas, controlando adecuadamente estas podremos lograr que las conductas problemáticas no incrementen su frecuencia, sino que desaparezcan.

En definitiva, un proceso de diagnóstico basado en la observación sistemática y el análisis funcional de conducta permitirá proponer una intervención adecuada y ajustada a cada caso. Con la recogida de información a través de entrevistas y la observación sistemática se identifican las conductas problema, y sus antecedentes y consecuencias. Analizando y evaluando a posteriori la información recogida se puede llegar a comprender las funciones de las conductas, lo cual permitirá poder intervenir de la forma más correcta y adaptada posible, como afirman Martin y Pearl (2008), la evaluación funcional de la conducta “suele ayudar a los modificadores de conducta a identificar la estrategia de intervención idónea” (p. 58). Aquellas conductas que se mantengan por sus antecedentes o consecuencias serán trabajadas solamente desde el ámbito conductual; aquellas conductas que reflejen una falta de entrenamiento de la capacidad atencional o del autocontrol se trabajarán desde el ámbito cognitivo y conductual.

4.2. LA INTERVENCIÓN EN EL AULA

Una vez que la problemática detectada ha sido interpretada y comprendida, una vez que conocemos su origen o causa, podremos entonces seleccionar la forma de intervención más adecuada, siempre con los objetivos de:

- Ajustar y mejorar la respuesta escolar a la problemática detectada en el niño.
- Trabajar con el niño conductas alternativas más adaptativas y socialmente adaptadas a través de técnicas conductuales y cognitivas que permitan mejorar su comportamiento, su atención y su autocontrol a largo plazo.

La intervención con la cual se lograrán estos objetivos se encuentra basada, como ya se ha citado, en la combinación de dos enfoques: el conductual y el cognitivo. Por un lado, el enfoque conductual se centra en la implantación de ciertas técnicas de modificación de conducta. Por otro lado, el enfoque cognitivo se centra en el entrenamiento de la atención y la mejora del autocontrol a través de diversas técnicas desarrolladas tanto por el profesorado como por el propio alumno. A lo largo de las siguientes páginas se proponen diferentes técnicas basadas en ambos enfoques que pueden ser muy útiles para la intervención de este tipo de problemáticas. Conociendo las mismas, se debe diseñar un plan individualizado que responda a las necesidades de cada caso, en el cual se incluyan los objetivos que se pretenden alcanzar con la intervención, es decir: las conductas problema que se pretenden reducir, las conductas deseadas que se pretenden incrementar o instaurar, y aquellas técnicas de las propuestas que se aplicarán para lograrlo. Es fundamental que las conductas que se fijen como deseadas puedan ser realizadas por el alumno, si no podría frustrarse y comenzar a mantener una actitud negativa frente a la intervención. Según estas se vayan consiguiendo, pueden añadirse nuevas conductas deseadas más complejas. En el Anexo 3 se incluye una plantilla sobre la que diseñar el plan individualizado de intervención, y en el Anexo 4 un ejemplo concreto de cómo realizar uno de estos.

4.2.1. Consejos para el día a día en el aula

En primer lugar, y antes de describir las técnicas concretas que se proponen para la intervención en el contexto escolar, en este apartado se propondrán algunas formas de trabajar, planificar u organizar el día a día en el aula que serán positivas tanto para el alumnado con problemas de conducta, atención, impulsividad e hiperactividad, como también para el resto del alumnado.

Consejos generales:

- A. Siempre se debe trabajar para *mejorar la autoestima* del alumnado, principalmente de aquel que posee algún tipo de problemática. Si se logra que el

alumnado confíe en sí mismo y mantenga una buena autoestima, se abrirá paso la motivación y ya se habrá recorrido una gran parte del camino.

- B. Centrarse en todo momento en los *aspectos positivos*, recalcando estos en lugar de los negativos y basándose en el esfuerzo realizado y no el logro obtenido (Montoya y Herrera, 2014). Cada pequeño paso ha de ser reforzado. Si algo debe corregirse se hará en un tono positivo y en privado (Galve 2009).
- C. Es necesaria la construcción de un *ambiente estructurado y organizado* que permita que la forma de trabajo sea predecible, marcar rutinas y objetivos diarios (Montoya y Herrera, 2014). Se deberá adelantar durante el primer momento de la mañana la organización del día, la rutina diaria y semanal debe encontrarse a la vista para todo aquel que quiera consultarlo (Cerutti, De la Barrera y Donolo., 2008).

Consejos para mejorar la atención:

- A. En muchas ocasiones, los problemas de atención son causa de la falta de motivación y el aburrimiento. Es fundamental basar la planificación del día a día en el aula en *proyectos y actividades que motiven* al alumnado, actividades que se encuentren centradas en sus centros de interés y se le presenten de forma atractiva.
- B. Es fundamental *evitar las actividades repetitivas*. Es mejor proponer varios *ejercicios cortos y concretos* que trabajen un mismo contenido académico de diferentes formas que no proponer un solo ejercicio largo y repetitivo.
- C. Siempre que se pueda, incluir en la planificación *actividades que permitan al alumnado liberar energía a la vez que necesitan prestar atención*. De esta forma podrá hacer frente a su hiperactividad, la cual dificulta en muchas ocasiones estar atento, mientras ejercita su capacidad de atención. Algunos ejemplos de este tipo de actividades son el ajedrez o los puzzles. Se pueden desarrollar también actividades basadas en la psicomotricidad que trabajen a su vez contenidos de cualquier otra asignatura.
- D. Intentar que los *materiales* de los que dispone en cada momento sean solamente los *necesarios* para realizar la tarea que corresponde, o incluso para cada uno de los pasos de esta.
- E. Introducir *innovaciones diarias*, utilizar las nuevas tecnologías y los medios audiovisuales (Montoya y Herrera, 2014).
- F. El *trabajo cooperativo* es una herramienta muy útil para que el alumnado se ayude y apoye mutuamente. De esta forma los alumnos que dispongan de mayor capacidad de concentración podrán apoyar a los otros para que atiendan y logren encontrar la meta de las actividades que se les propongan (Cerutti et al., 2008; Montoya y Herrera, 2014).

- G. Es importante *simplificar las pautas e instrucciones* de las actividades a realizar lo máximo posible, dando pasos muy concretos, “subrayando” aquellas palabras más relevantes y dejando claros los materiales necesarios (Montoya y Herrera, 2014; Cañas, 2006). Si es posible apoyar las explicaciones con soportes visuales como carteles o señales (Cerutti et al., 2008). De esta forma, las actividades atraerán más al alumnado al resultarles más sencillas y claras, habrá más posibilidades de que les presten atención y completen.
- H. *Repasar los contenidos trabajados* en sesiones anteriores, no dando las cosas por aprendidas o comprendidas sin comprobarlo antes. El alumnado con problemas de atención necesita repeticiones que le permitan ir adquiriendo los conocimientos y crearse un esquema mental claro y organizado. La necesidad de repetir las informaciones no solo se ceñirá a los contenidos académicos, sino también a aquellos datos que necesiten saber sobre el día a día en el colegio.
- I. Buscar el *momento más adecuado* de la jornada para trabajar cada contenido: la capacidad de atención del alumnado variará a lo largo del día.
- J. Incluir *momentos de descanso periódicos* durante la jornada escolar que permitan al alumnado desconectar de la tarea, para “recargar pilas”.
- K. Se puede incluir alguna *adaptación ambiental* que permita alejar al niño de distracciones, que reduzca la posibilidad de dispersión (Herrero, 2015).

Consejos para mejorar el autocontrol (impulsividad/hiperactividad):

- A. Elaborar una *lista de normas y pautas* a seguir durante la rutina escolar y en aquellas actividades más relevantes, redactadas de forma sencilla y positiva. Se podrá incluir también una lista de consecuencias en caso de no cumplir estas (Apartado 4.2.2.1.).
- B. Será importante *recordar periódicamente las normas y pautas* establecidas para cada tarea a realizar antes de iniciar la misma (Cerutti et al., 2008).
- C. Dividir las tareas en *diferentes pasos* que el alumnado deberá ir completando (Montoya y Herrera, 2014).
- D. Introducir *indicadores temporales* tanto orales como visuales (e.g., reloj de arena) que le permitan estructurar adecuadamente las tareas, que eliminen la idea de que no le dará tiempo a finalizarlas (Herrero, 2015).
- E. Ayudar al niño a *desprender energía* cuando este lo necesite, nombrándole nuestro secretario, para que pueda realizar desplazamientos y recados, por ejemplo (Herrero, 2015; Montoya, 2014). Permitirle el movimiento por el aula, controlando que este no sea disruptivo (Galve, 2009).

4.2.2. Intervención conductual: técnicas de modificación de conducta

Una vez planteados algunos consejos muy útiles y necesarios a la hora de trabajar, planificar u organizar el día a día en el aula, se comenzarán a describir las técnicas en las que se debe basar el plan individualizado de intervención conductual y cognitiva. A lo largo de este apartado se propondrán las técnicas centradas en el enfoque conductual, las técnicas de modificación de conducta, aquellas que se encuentran centradas en incrementar o enseñar conductas deseables y adaptadas, y reducir conductas inadecuadas o problemáticas (Tabla 5). Su aplicación se ha dado con todo tipo de ámbitos (educativo, laboral, psicológico, etc.), grupos (jóvenes, ancianos, programas institucionales, etc.) y comportamientos (dificultades del aprendizaje, altas capacidades, problemáticas en la destreza motriz, problemas de conducta, etc.) (Martin y Pearl, 2008), “su utilidad ha sido demostrada en miles de informes de investigación”, “ha establecido una base sólida y cuenta con un futuro prometedor” (Martin y Pearl, 2008, p. 15).

OBJETIVO	TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA
<i>Incrementar la frecuencia de una conducta deseable</i>	Reforzamiento positivo y negativo
	Economía de fichas
	Principio de Premack
<i>Enseñar una nueva conducta deseable</i>	Modelado
	Moldeado / Método de aprox. sucesivas.
	Encadenamiento
<i>Reducir la frecuencia de una conducta problemática</i>	Extinción
	Coste de respuesta
	Tiempo fuera
	Sobrecorrección

Tabla 5. Propuesta de técnicas de modificación de conducta a utilizar (tabla de elaboración propia).

Este apartado comparte una clara relación con el apartado 4.1., en él se define y explica uno de los conceptos más básicos de las técnicas de modificación de conducta: el refuerzo y el castigo como consecuencias de una conducta (Tabla 4), y, por lo tanto, como mantenedores o no de la misma. Este tipo de técnicas, aunque parecen simples en un primer momento, es fundamental dominarlas a la vez que se conocen los intereses del niño con quien se aplican, las consecuencias que nuestras acciones tendrán sobre el niño dependerán totalmente de como este las interprete, y no tanto de nuestra intención con

ellas. Si estas técnicas no son aplicadas de forma consciente y meditada pueden emplearse de forma incorrecta, llegando incluso a ayudar a mantener las conductas problemáticas que se pretenden reducir. En esta guía se recomienda la utilización del refuerzo como técnica habitual de modificación de conducta, el objetivo de la intervención debe ser en todo momento reforzar y enseñar las conductas deseables e ignorar las problemáticas, para que así la frecuencia de estas se reduzca por sí misma al no obtener refuerzo alguno.

Técnicas para incrementar la frecuencia de una conducta deseable:

A. Refuerzo positivo y negativo.

Una de las técnicas más comunes a la hora de incrementar una conducta deseable en un niño, es la aplicación de refuerzos cuando este lleva a cabo dicha conducta. Se entiende como refuerzo aquella consecuencia a una conducta que aumenta la probabilidad de que esta vuelva a repetirse. Este puede ser positivo, si dicha consecuencia se trata de la aparición de algo agradable para el niño (e.g., una felicitación por parte del adulto o un sello en su mano); o negativo, si dicha consecuencia se trata de la desaparición de algo desagradable para el niño (e.g., el día que presenta la conducta deseable le toca acudir al rincón que menos le gusta de todos, por presentar dicha conducta, se le permite acudir a otro rincón) (Martin y Pearl, 2008; Galve, 2009).

Es importante desatacar como tanto los refuerzos como los castigos pueden tener dos orígenes, por ello, se dice que pueden ser primarios o secundarios. Los primarios son aquellos incondicionados, que no se comportan como refuerzos o castigos por una experiencia o asociación previa, sino que son interpretados como tales por todas las personas (e.g., la comida, la bebida o el castigo físico), mientras que los secundarios son aquellos condicionados, aquellos que se interpretan como refuerzos o castigos por un aprendizaje previo, una experiencia anterior, no tienen por qué ser interpretados como tal por todas las personas, de ahí la importancia de conocer al niño con el que trabajamos y sus intereses (e.g., un sello o la prohibición de acudir al recreo) (Martin y Pearl, 2008).

Es fundamental que el refuerzo se ajuste al esfuerzo realizado y no tanto al logro obtenido (Montoya y Herrera, 2014), cuando se entregue el reforzador, se debe recalcar su motivo y evitar añadir comentarios negativos (e.g., “Has realizado muy bien la actividad, pero podrías haberlo hecho más rápido”) (Martin y Pearl, 2008). También es importante evitar la saciedad, que el niño no llegue a acostumbrarse o cansarse de los refuerzos, porque entonces no harán el efecto deseado. Se debe presentar cierta variedad a la hora de aplicar esta técnica, que el refuerzo aplicado no sea siempre el mismo. Una forma dinámica y simplificada de aplicar refuerzos es la economía de fichas.

B. Economía de fichas.

Es una técnica que ha sido aplicada en múltiples ocasiones y en todo tipo de situaciones, como es el caso de hogares que necesitan controlar la conducta de sus hijos, aulas con

alumnado con problemas de comportamiento, aulas estandarizadas de todas las etapas educativas, centros escolares con problemas de absentismo, etc. (Martin y Pearl, 2008). Esta técnica se centra en los reforzadores explicados anteriormente, su objetivo es reforzar un conjunto de conductas positivas de forma simplificada. Es cierto que dar un reforzador diferente cada vez que el niño realiza una conducta positiva o deseada, puede resultar complicado o engorroso para el profesorado, con esta técnica la administración de los reforzadores resulta mucho más sencilla y dinámica.

Lo ideal al iniciar esta técnica es comenzar incluyendo conductas deseables que ya se encuentren en el repertorio del niño y le permitan al principio ganar muchas fichas. En una segunda fase, el profesorado debe diseñar la economía de fichas con aquellas conductas que se han decidido incrementar a partir de esta técnica en el plan individualizado de intervención, se incluyen por escrito y con diferentes pictogramas que las representen, y junto a ellos diferentes casillas donde el alumno colocará las fichas que consiga a lo largo de la semana. En el Anexo 5 se propone una plantilla con estas características. El profesorado dará cada día de la semana una ficha al niño por cada una de las conductas que haya realizado (e.g., una pegatina o un sello), estas las colocará en su registro individual y actuarán como reforzador temporal. Si al final de la semana ha logrado acumular un determinado número de fichas, acordado previamente, se logrará el gran reforzador (el premio que el niño desee al canjear las fichas) (Ucles y Artacho, 2014).

C. Principio de Premack.

Esta técnica consiste en utilizar una conducta habitual, de alta probabilidad de ocurrencia o alto valor para la persona, con el objetivo de reforzar aquella que se pretende incrementar, aquella que posee una baja probabilidad de ocurrencia o bajo valor para la persona. Por ejemplo, jugar a las construcciones durante el tiempo libre es una conducta con mucha ocurrencia en el niño, por ello, si el niño realiza una tarea a tiempo y de forma adecuada, conducta de baja ocurrencia, podrá jugar posteriormente a las construcciones. Es decir, “se mide en fase de contingencia y se refiere al valor obtenido cuando una conducta hace posible la ocurrencia de otra”, “si el acceso a un objeto más valorado depende del responder previo ante un objeto menos valorado, se producirá facilitación de la respuesta ante el objeto menos valorado” (Gutiérrez, Sandoval, Pereira y Caycedo 1994, p. 31).

Técnicas para enseñar una nueva conducta deseable:

A. Modelado.

Esta técnica se basa en el aprendizaje de una nueva conducta a partir de su observación e imitación, o una similar, la cual realiza un modelo que recibe ciertas consecuencias positivas a cambio (Bados y García-Grau, 2011). Para hacer de esta técnica un proceso fiable es fundamental que dicho modelo sea similar al niño (edad, sexo, etc.) y sea

percibido por este como alguien competente, además, sería positivo que dicha conducta se acompañe de instrucciones verbales (pasos a realizar para lograrla).

B. Moldeado o método de aproximaciones sucesivas.

Esta técnica consiste en el reforzamiento de todas aquellas conductas que sean semejantes a aquella que se quiere enseñar con el fin de acabar moldeando estas hasta conseguir la conducta deseada. Es decir, se establece “una conducta final mediante el reforzamiento diferencial de conductas cada vez más similares o próximas a ella” (Bados y García-Grau, 2011, p. 13). Por ejemplo, el lenguaje es una capacidad que se adquiere gracias al moldeamiento, todos aquellos pequeños pasos que se van dando en el desarrollo lingüístico del niño son reforzados por los adultos de su entorno. Se establecen una serie de aproximaciones sucesivas que, siendo reforzadas, darán lugar al desarrollo de la conducta final.

C. Encadenamiento.

Esta última consiste en enseñar una nueva conducta a partir de la cadena comportamental de la misma, es decir, de los pasos que se deben seguir para conseguir esta. Se enseña paso por paso como debe llevarse a cabo la conducta, cada paso de la cadena es un estímulo discriminativo para el siguiente paso a realizar (aumenta la posibilidad de que se dé el siguiente paso) y un reforzador para la anterior (dar el siguiente paso premia haber conseguido el anterior) (Bados y García-Grau, 2011). Una vez que finalice la cadena, se habrá finalizado y aprendido la conducta.

Técnicas para reducir la frecuencia de una conducta problemática:

A. Extinción.

Una de las técnicas más comunes a la hora de reducir una conducta problemática en un niño es la utilización de castigos cuando este lleva a cabo dicha conducta. Se entiende como castigo aquella consecuencia a una conducta que disminuye la probabilidad de que esta vuelva a repetirse. Este puede ser positivo, si dicha consecuencia se trata de la aparición de algo desagradable para el niño (e.g., una reprimenda o un castigo físico); o negativo, si dicha consecuencia se trata de la desaparición de algo agradable para el niño (e.g., la atención del adulto o la prohibición de realizar alguna actividad que le guste) (Galve, 2009; Martin y Pearl, 2008).

Bajo nuestro punto de vista, los procesos de modificación de conducta deben basarse siempre en conseguir incrementar y enseñar aquellas conductas deseables; intentar trabajar siempre desde los refuerzos y las técnicas positivas. Pero, en el caso de que sea necesario llevar a cabo un proceso de reducción de la frecuencia de ciertas conductas problemáticas, es recomendable que este no se lleve a cabo a través de castigos. La forma

más eficaz y recomendable de reducir una conducta problemática es aplicar la técnica de extinción. Una conducta negativa es habitualmente mantenida por reforzadores inconscientes del adulto, principalmente su atención. Esta técnica consiste en eliminar dichos reforzadores cuando la conducta se produce, es decir, ignorar la misma, no atender a ella (Galve, 2009). No se trata de ignorar al niño, sino de ignorar la conducta no deseada en una situación determinada y no entrar en el juego cuando este reta o pone a prueba, simplemente se le debe explicar de forma breve y directa el error que ha cometido, dejándole pensar y reflexionar sobre este (Montoya y Herrera, 2014).

En el caso de que se estime necesario aplicar castigos, es recomendable optar por castigos negativos, para ello se pueden aplicar técnicas como el coste de respuesta o el tiempo fuera. Aun así, es cierto que estas no son del todo aconsejables si no se dominan a la perfección y se aplican con absoluto control, por ello se añaden otras técnicas que no se encuentran basadas en castigos, pero que sí permiten reducir la frecuencia de conductas no deseadas: la ya nombrada extinción y la sobrecorrección, que será explicada más adelante. En definitiva, la estrategia que se defiende en esta guía es la de “intentar prestar atención positiva al niño cuando su conducta sea adecuada, y tratar de ignorar sus conductas disruptivas” (Martin y Pearl, 2008, p. 67).

B. Coste de respuesta.

Esta técnica consiste en la aplicación de un castigo negativo, es decir, en la desaparición de algo agradable, de un reforzador positivo, cada vez que se dé la conducta problemática. Se entiende como una especie de penalización por la conducta negativa presentada, esta posee un coste para el niño (e.g., la reducción de ciertos minutos de recreo) (Galve, 2009).

C. Tiempo fuera.

Se basa también en la aplicación de un castigo negativo, en este caso se retira, no solo un reforzador a forma de penalización, sino todos los reforzadores durante un tiempo determinado y breve, normalmente suele calcularse gracias a la proporción 1 minuto por cada año del niño (Montoya y Herrera, 2014). Es decir, el niño es “aislado” durante un tiempo establecido. Para llevar a cabo esta técnica es fundamental que el niño conozca sus condiciones (cómo funciona, con qué conducta ocurrirá, cuánto tiempo se producirá, etc.) y la acepte por voluntad propia (si ofrece resistencia, no se debe aplicar); y que el adulto sea consistente y la aplique con rapidez y firmeza.

Esta técnica es quizás una de las más conocidas y utilizadas, pero es cierto que, si no sabe aplicarse de la forma correcta, puede funcionar como un refuerzo de conductas no deseadas. De nuevo es necesario explicar que las consecuencias que el adulto de a una conducta del niño, puede ser interpretadas de formas muy diversas por el propio niño. Es decir, el niño puede vivir dicho tiempo como un refuerzo negativo al evadir las tareas que se encontraba haciendo. Además, es realmente difícil conseguir eliminar del entorno del niño todos los reforzadores durante el tiempo predeterminado.

D. *Sobrecorrección.*

Esta técnica se aplica tras la aparición de una conducta inadecuada y se constituye en dos fases: restitución, el niño debe reparar el daño que ha producido y mejorar incluso el estado previo a la conducta; y práctica positiva, el niño debe imitar o practicar de forma repetida la conducta correcta o deseada en dicha situación (Labrador, 2011).

4.2.3. Intervención cognitiva: entrenamiento de la atención

Una vez que se han descrito las técnicas de modificación de conducta que se proponen en esta guía de intervención, es importante definir ahora, a lo largo de este apartado y el siguiente, aquellas técnicas que permiten trabajar las conductas relacionadas con las problemáticas de atención, la impulsividad y la hiperactividad. Estas se encuentran basadas en una intervención principalmente cognitiva, pero también conductual, ya que es fundamental reforzar los avances que se vayan logrando.

Como en este apartado nos centraremos en las técnicas para la mejora de la atención, es importante, en primer lugar, describir esta. La atención es un proceso cognitivo básico que se requiere para cualquier actividad y a través del cual la persona es consciente de todo aquello que ocurre tanto fuera (atención externa) como dentro de sí mismo (atención interna). Es la capacidad para concentrar el pensamiento sobre un determinado estímulo, sobre un objeto o una situación (Londoño, 2009). Existen todo tipo de factores externos (características de los estímulos a atender: intensidad, movimiento, color, tamaño, novedad, etc.) e internos (intereses, estados, emociones, etc.) que pueden afectar al funcionamiento adecuado de la atención (Londoño, 2009).

En función de las causas que inician el proceso de atención, se dice que esta puede ser voluntaria o involuntaria. La atención voluntaria se da cuando las causas de la misma no provienen del medio sino del propio sujeto, el sujeto es el que quiere atender a algo. La atención involuntaria, por el contrario, depende de los estímulos del medio, a los que la persona atiende sin estar predispuesto a ello, por interés o atracción. La atención comienza a desarrollarse en la etapa infantil, el niño refleja sus intereses en relación con los objetos que le rodean, esta atención es involuntaria; la capacidad atencional aumenta a medida que el niño crece y la atención involuntaria se manifiesta en la adolescencia y edad adulta (Londoño, 2009). Estas palabras nos aportan una idea clave para el trabajo en el aula, en Educación Infantil el niño atiende principalmente por un proceso involuntario, atiende sin predisposición, atiende a aquellos estímulos que le atraen, que le interesan. Por ello, es fundamental que el trabajo se base en estímulos que le produzcan interés, porque si estos no existen, será realmente complicado conseguir que el niño atienda, y, por lo tanto, desarrolle dicha capacidad. Las actividades que se propongan deben estar diseñadas teniendo en cuenta sus características (i.e., las características del estímulo: intensidad, movimiento, novedad, color, etc.) y los factores internos del alumnado (intereses, estados, emociones, etc.). “La atención no funciona de manera autónoma, está relacionada con los

procesos cognitivos y motivacionales”; “la atención actúa como un mecanismo vertical que articula los distintos procesos cognitivos y motivacionales, los cuales, en su conjunto, determinan qué estímulos van a ser analizados de manera prioritaria y cuáles no” (González-Castro et al., 1999, p.21).

Una vez llegados a este punto es fundamental recalcar que la atención es una facultad que puede entrenarse. Si una persona no puede desarrollar de la forma adecuada una cierta capacidad, puede entrenarla con el objetivo de que esta mejore, hecho que ocurre con la atención. Para lograr que los mecanismos atencionales se activen de la forma adecuada es fundamental trabajar diferentes estrategias atencionales que permiten mejorar dicha capacidad con la práctica (González-Castro et al., 1999; Galve, 2009). El entrenamiento de la atención se basa fundamentalmente en la realización de ejercicios que exigen al niño un cierto grado de atención y le permiten desarrollar cada una de las modalidades que trata la Psicología: atención dividida, atención selectiva y atención sostenida (Tabla 6) (Boujon y Quaireau, 1999). Además, estas actividades suelen trabajar también la impulsividad y el autocontrol.

Atención dividida:

La atención dividida es la capacidad de la persona para centrarse simultáneamente en dos o más estímulos, en la realización de dos o más tareas. Se da una situación compleja, rica en informaciones, y la persona debe atender a todas ellas. Es decir, la atención dividida se da cuando “tienen que realizarse varias operaciones al mismo tiempo para que la respuesta adaptada sea el resultado de haber tenido en cuenta todos los elementos de la situación” (Boujon y Quaireau, 1999, p.16).

Atención selectiva:

La atención selectiva es la capacidad de la persona para centrarse en un único estímulo, en la realización de una única tarea muy concreta, excluyendo todos aquellos estímulos ajenos. Se da una situación compleja, rica en informaciones, y la persona debe atender a solamente a una de ellas. Es decir, el objetivo de la atención selectiva es “centrarse únicamente sobre una parte de las informaciones para responder de forma adecuada a las exigencias de la situación” (Boujon y Quaireau, 1999, p. 18). La atención selectiva puede apoyarse en la sección de un sentido en detrimento de los otros, a esto suele denominarse atención visual o auditiva, por ejemplo (Boujon y Quaireau, 1999).

Atención sostenida:

La atención sostenida es la capacidad de la persona para centrarse en un estímulo durante un tiempo prolongado, es decir, para mantener la atención en el tiempo (Boujon y Quaireau, 1999).

EJERCICIOS DE ENTRENAMIENTO	
<p>ATENCIÓN DIVIDIDA</p> <p>Centrarse simultáneamente en dos o más estímulos.</p>	Encontrar diferencias entre dos imágenes.
	Entre varias imágenes, encontrar las iguales.
	Identificar entre varias imágenes aquella que no pertenece al mismo grupo que las demás (campo semántico, letra por la que empieza, etc.).
	Realizar una ficha a la vez que se escucha música, cuando esta deje de sonar se debe dar una palmada.
<p>ATENCIÓN ALTERNANTE: SELECTIVA Y SOSTENIDA</p> <p>Centrarse en un único estímulo durante un tiempo prolongado.</p>	Reproducir idénticamente diferentes secuencias de elementos que se presenten (objetos, sonidos, etc.).
	Localizar un determinado estímulo visual (imagen, letra, número, etc.) o auditivo (palabra, sonido, estrofa, etc.) entre varios (durante un cuento, una canción, en un dibujo, una sopa de letras, etc.).
	Jugar a <i>Simón dice</i> , si el estímulo “Simón dice” no se da al inicio de la instrucción no se podrá realizar la acción.
	Jugar al <i>Veo veo</i> , al dominó, a las palabras encadenadas (juegos tradicionales en los que tenga que centrarse en un estímulo determinado).
<p>ATENCIÓN SOSTENIDA</p> <p>Centrarse en un estímulo durante un tiempo prolongado.</p>	Cantar canciones omitiendo una palabra determinada de las mismas.
	Realizar puzles o rompecabezas, sopas de letras, laberintos, etc.
	Escuchar una historia y posteriormente resumir esta oralmente o con un dibujo.
	Jugar a juegos de cartas o al juego <i>Memory</i> .
	Pintar, realizar dibujos o manualidades.

Tabla 6. Propuesta de ejercicios para el entrenamiento de la atención (tabla de elaboración propia).

4.2.4. Intervención cognitiva: entrenamiento del autocontrol

Son muchas las técnicas que permiten al niño desarrollar la capacidad de autocontrol y las habilidades de solución de problemas, comunicación y regulación emocional; en definitiva, aprender a controlar las conductas relacionadas con la impulsividad y la hiperactividad. En Educación Infantil es muy frecuente que algunas de estas conductas no se den solamente en niños con problemáticas diagnosticadas, por ello, sería interesante que las técnicas que se proponen en las siguientes páginas no sean solo trabajadas a nivel individual, sino colectivo. Todo el alumnado puede conocer y dominar estas técnicas con el fin de aplicarlas en aquellas situaciones que lo precisen.

Autoinstrucciones Meichenbaum:

La técnica denominada “Autoinstrucciones”, propuesta por Donald Meichenbaum y Goodman (1971), tiene el objetivo de enseñar al niño a hablarse a sí mismo con el objetivo de guiar y controlar su propio comportamiento. Todo ello a partir de una serie de pasos e instrucciones que le permitan realizar con éxito diferentes tareas que, en otras ocasiones, a causa de su hiperactividad e impulsividad, le provocan cierta dificultad y frustración (Galve, 2009). La aplicación de esta técnica para lograr que el niño interiorice dichas instrucciones precisa también, como no, de la realización de diferentes fases (Tabla 7), cinco fases realmente sencillas que son nombradas muy intuitivamente y que una vez se finalicen, permitirán al niño guiar su propia conducta.

1º FASE: <i>Modelado cognitivo</i>	El adulto realiza la tarea que quiere enseñar al niño mientras dice en voz alta las instrucciones para realizarla.
2º FASE: <i>Guía externa manifiesta</i>	El niño pasa a realizar él mismo la tarea, pero bajo las instrucciones en voz alta del adulto.
3º FASE: <i>Autoguía manifiesta</i>	El niño repite la tarea mientras pasa a guiarse a sí mismo en voz alta, es decir, dice las instrucciones en voz alta.
4º FASE: <i>Autoguía manifiesta atenuada</i>	El niño repite de nuevo la tarea, en este caso se guía diciendo las instrucciones ya en un tono muy bajo.
5º FASE: <i>Autoinstrucciones encubiertas</i>	El niño es capaz de realizar la tarea mientras la guía a través de autoinstrucciones internas.

Tabla 7. Fases de aplicación de la técnica “Autoinstrucciones Meichenbaum” (adaptado de Galve, 2009).

La aplicación de esta técnica es verdaderamente útil para lograr que el niño sepa organizarse a la hora de realizar ciertas tareas que, en el día a día, le provocan cierto descontrol. Se debe diseñar una secuencia de un número determinado de instrucciones, el cual no debe ser muy elevado, que ayuden al niño a realizar las tareas que le presentan dificultad. Estas instrucciones son las que se deben trabajar con el niño a través de la técnica planteada y durante varias sesiones para que este pueda interiorizarlas y comenzar a aplicar las mismas con éxito como estrategias propias. Es muy positivo que se presenten apoyos visuales que recuerden al niño cada una de las instrucciones (Galve, 2009). En el Anexo 6 se incluye un ejemplo concreto para la aplicación de esta técnica.

Fichas de autocontrol:

Es una técnica cuya idea base es similar a la anterior, nuevamente, esta se basa en la utilización de una secuencia de instrucciones que permitirán al niño gestionar sus conductas tanto a nivel académico como emocional.

En este caso, se diseña una secuencia de instrucciones determinada para cada una de las conductas que se desean trabajar (Ucles y Artacho, 2014). Para ello, se debe crear una especie de dossier en el cual se incluyan lo que se denominan las fichas de autocontrol, una ficha para cada una de las conductas o emociones que se deben trabajar o aprender a reconocer y gestionar. Estas pueden diseñarse de diversas formas, pero siempre deben incluir la descripción escrita y a través de pictogramas de la secuencia de instrucciones que el niño debe seguir en cada situación problemática e impulsiva. En el Anexo 7 se incluyen una serie de fichas de autocontrol ya diseñadas que pueden ser utilizadas para la aplicación de esta técnica.

Técnica del semáforo:

La técnica del semáforo busca, nuevamente, que el niño aprenda a gestionar sus conductas tanto a nivel académico como emocional, para ello se utiliza una vez más una secuencia de instrucciones que, en este caso, son genéricas y ayudan a gestionar cualquier situación problemática e impulsiva. (Ucles y Artacho, 2014).

Esta se basa en la asociación de los tres colores habituales de un semáforo a tres fases por las que el niño debe pasar para gestionar con éxito dicha emoción, evitando conductas impulsivas. Por ello, es fundamental disponer de un semáforo impreso en el aula, este se incluye en el Anexo 8. En un primer momento, el semáforo se encontrará en rojo, lo que se relacionará con la fase “alto”, en ella el niño debe parar, y tranquilizarse. Posteriormente, el semáforo pasará a estar en ámbar, lo que se relacionará con la fase “piensa”, en la que el niño debe pensar posibles soluciones o alternativas, teniendo en cuenta también las consecuencias de estas. Y, por último, el semáforo se pondrá en verde, color que se relaciona con la fase “actúa”, en la cual el niño debe seleccionar la solución más adecuada y ponerla en práctica (Ucles y Artacho, 2014).

Técnica de la tortuga:

Es una técnica realmente útil para aquellos momentos de descontrol causados por una cierta carga emocional (Montoya y Herrera, 2014), tiene el objetivo de que el niño aprenda a controlar por sí mismo las conductas negativas (rabietas, gritos, peleas, etc.) que puedan estar provocadas por emociones también negativas como el enfado.

Esta técnica invita al niño a sentirse como una tortuga que, cuando se siente amenazada, se mete dentro de su caparazón. En el caso del niño dicha “amenaza” será la situación que provoca en él una conducta o emoción negativa, una situación desagradable para él que da lugar a descontrol emocional e impulsividad. Para presentar la técnica, el docente debe contar la historia de la tortuga, la cual utiliza su caparazón para protegerse de las amenazas y tranquilizarse, esta se incluye en el Anexo 9. Posteriormente, propondrá al niño copiar el recurso de la tortuga para relajarse cuando se encuentren en situaciones que le provoquen una “amenaza”. Este deberá decir “Tortuga” y adoptar su postura dentro del caparazón, encogerse y meter la cabeza entre sus brazos a la vez que relaja sus músculos (Pérez, 2016).

Técnica del volcán:

Es una técnica muy similar a la anterior, con el mismo objetivo, y que por lo tanto puede utilizarse en los mismos casos. Ambas buscan que el niño aprenda a controlar sus emociones y reacciones en aquellas situaciones que, por lo general, pueden dar lugar a un cierto descontrol.

En este caso, la técnica consiste en hacer que el niño sea consciente de cuando está a punto de explotar, como los volcanes. Para ello, cuando el profesorado observe que el niño se encuentra en este punto, debe proponerle imaginar su interior como si fuera un volcán que se descontrola y entra en erupción, haciendo que explote todo lo que lleva dentro. De esta forma, el niño aprende a reconocer las señales de ira y enfado, asociándolas con la lava caliente y la erupción que puede provocar la explosión de “su volcán” (Pérez, 2016).

Relajación:

La relajación es una técnica que permitirá al niño alcanzar la calma, controlando sus estados y dejando atrás cualquier tensión corporal y mental (Guido, 1980; Weinberg y Gould, 1996). En general, es fundamental que las personas “aprendan a controlar los altos niveles de excitación existentes” en la sociedad actual y el día a día, aún más cuando estas personas presentan alguna problemática relacionada con la hiperactividad y la impulsividad (Gómez, 2013, p. 36). Son muchas las técnicas que pueden aplicarse en el aula, estas no deben durar más de 10 minutos y deben realizarse en lugares amplios y tranquilos que cuenten con colchonetas o alfombras (Gómez, 2013).

- A. *Método de Jacobson*. Es uno de los métodos más clásicos de relajación, se encuentra basado en la tensión y distensión de los músculos de forma segmentaria: los brazos, las piernas, la espalda y los músculos faciales (Gómez, 2013).
- B. *Técnica del balanceo*. El niño debe simular estar sentado en una mecedora, con las piernas dobladas y balanceándose hacia delante y hacia atrás.
- C. *Técnica del globo*. El niño debe hincharse y deshincharse (llenando y vaciando sus pulmones) como si fuese un globo.
- D. *Métodos basados en la visualización*. Uno de los métodos más comunes de relajación es el que se centra en la visualización y pensamiento de ciertas situaciones que transmitan tranquilidad y calma.

Mindfulness:

El término Mindfulness es traducido al español como “atención plena” o “consciencia plena” y se define como un estado de conciencia de la realidad presente. Supone conocer y desarrollar la mente y el cuerpo, ser consciente de la experiencia que tiene lugar en cada momento con curiosidad y aceptación, queriendo comprender lo que ocurre desde una actitud abierta y amable (Bishop et al., 2004; Kabat-Zinn, 2007; Naht, 2015; Snel, 2013). El Mindfulness es una técnica procedente de las prácticas budistas que nos permite “aprender a relacionarnos de forma directa con nuestra propia vida, con uno mismo, con la sociedad y con el entorno que nos rodea, ya que es una forma de vivir el momento presente” (Rodríguez, 2018, p. 107). Es un método que nos ayuda “a acercarnos a nosotros mismos, a ser conscientes de nuestro mundo interno, a vivir el momento presente alejándonos de sentimientos negativos, aprendiendo a identificar y canalizar estos” (Rodríguez, 2018, p. 112-113).

En el ámbito educativo, la aplicación de dicha técnica permite diseñar propuestas basadas en la educación emocional y personal (Pacheco, Canedo, Manrique y García, 2018) y constituye una forma de aprendizaje que fomenta el deseo por aprender y el bienestar, ayuda a prevenir el estrés, y mejora el rendimiento escolar y el comportamiento (Pacheco et al., 2018; Rodríguez, 2018). Es una técnica no moderna, pero muy novedosa, que requiere de una formación en la misma que permita poder aplicarla con consciencia. El Mindfulness resulta plenamente compatible con los objetivos y las áreas de la etapa de Educación Infantil, y mucho más con las necesidades del alumnado con problemáticas de atención, hiperactividad e impulsividad.

4.3. LA INTERVENCIÓN EN EL HOGAR

En este tipo de intervenciones no solo es importante el trabajo en el centro escolar, tanto a nivel individual como grupal (con el grupo – aula), también es fundamental el trabajo en el hogar, y aún más, el trabajo cooperativo entre el centro escolar y el hogar. Para ello, tanto el profesorado como el equipo de orientación del centro deben mantener reuniones con las familias afectadas de forma periódica y con los siguientes objetivos:

- Demostrar a las familias que no es necesario utilizar etiquetas, al no aportar estas nada positivo, lo importante es dar con el origen del problema y solucionarlo.
- Mantener un buen grado de comunicación que permita llegar a acuerdos y darse a conocer informaciones relevantes con respecto al diagnóstico y la intervención.
- Trasmitir ciertos conocimientos a la familia e iniciar una intervención que permita modificar el comportamiento del niño también en el hogar, logrando conductas que le permitan desenvolverse en el día a día junto a su familia de forma positiva.

Como decimos, es fundamental que la intervención no solamente se dé en el aula, sino también en el hogar, este debe ser un proceso compartido, y para ello, entre el centro y la familia debe existir un excelente grado de comunicación en todas las fases del proceso. Es muy importante que el profesorado y el equipo de orientación del centro hagan comprender a la familia la idea en la que se basa el diagnóstico y la posterior intervención, la idea de que las etiquetas no son positivas y no nos aportan ninguna solución positiva y real a largo plazo. Estas solo lograrán excusar el comportamiento del niño, no mejorarlo, y además desmotivarle, hacer difícil inclusión. Durante el proceso de diagnóstico, las familias aportarán información clave, y una vez finalizado este, se les debe implicar también en el proceso de intervención como un pilar fundamental. Muchas de las técnicas propuestas para la intervención en el aula son realmente útiles también para la aplicación en el hogar, pero para ello es muy importante que las familias dispongan de cierta formación e información acerca de las mismas (Galve, 2009). Como se ha explicado anteriormente, estas son sencillas si se comprenden, por ello es fundamental que se den reuniones posteriores al diagnóstico y previas al inicio de la intervención en las que se le explique a la familia la planificación que se ha diseñado, en la cual deben incluirse también aquellas conductas problemáticas que sea necesario trabajar exclusivamente en el hogar (pueden no corresponderse completamente con las trabajadas en el aula), y las diversas técnicas que se aplicarán y su adecuado funcionamiento.

Las técnicas de modificación de conducta son ya muy frecuentes en los hogares, principalmente se aplicarán las técnicas para aumentar la frecuencia de conductas deseables y la extinción (como también debe ocurrir en el aula). Por otro lado, el entrenamiento de la atención debe darse también en el hogar a partir de ejercicios diseñados y recomendados por el profesorado y el equipo de orientación. En cuanto a las técnicas para el entrenamiento del autocontrol, las cuales serán conocidas por el niño al ser aplicadas en el aula, deben también ampliarse al hogar. El niño debe tener la libertad de aplicar estas en aquellas situaciones en las que lo considere oportuno. Es fundamental

que las familias conozcan de su existencia, las comprendan, e incluso ayuden a llevarlas a cabo en algunos momentos.

Por último, dentro del trabajo en el hogar podría incorporarse la promoción de un estilo de vida saludable. La práctica de deporte permitirá al niño liberar energía, algo realmente importante en las problemáticas de este estilo. Además, existe una línea abierta de investigación sobre una posible relación entre los hábitos alimentarios de los niños y las problemáticas relacionadas con la atención y la hiperactividad, este puede ser un recurso a tener en cuenta en el diseño de las intervenciones (Xandri, Moya y Giró, 2015).

4.4. EL SEGUIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN

Una intervención como la propuesta no puede ser desarrollada en un tiempo predeterminado al inicio, este proceso se desarrollará en el tiempo que el propio niño necesite y que el equipo de orientación, el profesorado y la familia consideren oportuno según el proceso vaya avanzando. Una intervención basada en técnicas conductuales y cognitivas no es un proceso de cambio cerrado, debe ser realmente flexible, encontrarse abierto a modificaciones y depender completamente del niño y su actitud frente al mismo. Solo de esta forma conseguiremos hacer de la intervención un proceso realmente exitoso.

Por ello, una de las claves de una intervención es el seguimiento. Dicho proceso, paralelo al desarrollo de la intervención en sí, permite observar y analizar esta, valorando cuáles son sus puntos fuertes y débiles, valorando los objetivos que se han marcado, aquellos que se están consiguiendo y aquellos que aún deben trabajarse. Es fundamental tener en cuenta que la duración de este tipo de intervenciones depende en todo momento de los resultados que aporte su seguimiento, a partir de los cuales se pueden y deben tomar decisiones claves. Dicho seguimiento debe ser responsabilidad de los profesionales del centro y las familias, pero también del propio niño.

4.4.1. Por parte del profesorado y las familias

El seguimiento más formal de la intervención debe ser llevado a cabo por el equipo de orientación del centro, el profesorado y la familia, en él se evaluará la conducta del niño y como esta se va desarrollando gracias a la intervención en el aula y en el hogar. Dicho proceso debe ser de carácter procesual y basado en la observación del profesorado y la familia.

Para ello, tanto el profesorado como la familia debe elaborar y completar unas hojas de registro en las que cada semana de intervención anoten la evolución del niño en aquellas conductas deseables que han sido señaladas desde el inicio del proceso en la planificación individualizada de la intervención (diferenciando aquellas propuestas exclusivas para el aula o para el hogar). En el Anexo 10 se incluye una plantilla sobre la que realizar dicho registro, en ella se debe anotar la frecuencia semanal con la que se dan estas conductas

deseables. Además, es importante que tanto el profesorado como la familia dispongan de un diario en el que anoten todos aquellos detalles que pueden resultar útiles o relevantes para el proceso de seguimiento y evaluación. Cada dos semanas, el equipo de orientación, el profesorado y las familias debe mantener una breve reunión en la que se analicen dichas escalas y se valoren los resultados obtenidos a lo largo de las dos semanas previas.

Las escalas, el diario y las reuniones permitirán al profesorado y el equipo de orientación del centro realizar un seguimiento estricto de la intervención y analizar en qué punto se encuentra. Todo ello para poder tomar decisiones y marcar los ritmos de la intervención en base siempre a los resultados obtenidos hasta el momento. El fin de la intervención llegará cuando las hojas de registro y las sensaciones aportadas en las reuniones permitan dar por conseguidos los objetivos propuestos en un inicio.

4.4.2. Por parte del alumnado implicado

Es importante que el niño sea consciente de la intervención que se llevará a cabo a través de la aplicación de una serie de técnicas para conseguir mejorar su comportamiento y entrenar su capacidad atencional y de autocontrol. De la misma forma, es fundamental que este realice también un cierto seguimiento del proceso, algo que le ayudará a percibir sus logros y puntos de mejora, manteniendo así la motivación y la implicación.

Para lograr este seguimiento propio del proceso se trabajará desde un último material que permite al niño evaluar sus conductas a lo largo del día de una forma muy sencilla. Este material debe diseñarse a partir de las conductas deseadas que se han incluido en la planificación previa de la intervención, cada una de ellas debe expresarse por escrito y a través de un pictograma que la represente. Bajo las mismas, se incorporan tres casillas de tres colores diferentes (verde, amarillo y rojo), el niño debe analizar cada una de las conductas que se le presenten a partir de los logros conseguidos en ellas durante el día. En el Anexo 11 se incluye una plantilla con estas características. Si la conducta deseada se ha alcanzado, colocará una pegatina sobre la casilla verde; si la conducta ha alcanzado ciertos logros, pero aún debe trabajarse, colocará una pegatina sobre la casilla amarilla; y si la conducta no se ha dado, colocará una pegatina sobre la casilla roja.

Este proceso se realizará con la ayuda del profesorado, el cual debe aprovechar la ocasión para felicitar al niño por lo logrado y hacerle reflexionar sobre cómo ha ido el día, cuáles son sus mayores logros, qué técnicas le gustan más, que conductas le cuesta más trabajar o controlar, etc. Se debe crear un dossier en el cual se incluyan las autoevaluaciones diarias del niño y aquellas anotaciones que se consideren oportunas con respecto a sus aportaciones, esta información será de vital importancia durante las reuniones de seguimiento del profesorado y las familias. Es fundamental ser conscientes de que el niño es el foco de este proceso, su implicación y motivación son claves para lograr el éxito, por ello, se debe conocer su pensamiento y experiencia.

5. CONCLUSIONES

El desarrollo de este Trabajo Fin de Grado nos convence aún más sobre la posibilidad real de aplicar un diagnóstico y una intervención sin etiquetas ni tratamientos farmacológicos a niños con problemáticas de atención, impulsividad e hiperactividad en Educación Infantil. Una vez analizada en las primeras páginas la visión actual y mayoritaria sobre el TDAH, la cual defiende un trastorno mental que se ha concluido como realmente cuestionable y cuestionado, creemos que es necesario ser crítico con la misma y defendemos que debe evitarse el diagnóstico y tratamiento farmacológico que esta defiende.

El TDAH se define como un trastorno neurobiológico crónico causado por un desorden neuroquímico que tiene como consecuencia la conducta inatenta, impulsiva e hiperactiva y que debe ser tratado a partir de fármacos. Pero, al analizar este brevemente, la realidad es que no se han conseguido marcadores biológicos que demuestren dicho desorden y que, por lo tanto, permitan diagnosticarlo. Por ello, la detección y el diagnóstico del trastorno se basa actualmente en un proceso clínico sencillo en el que se utilizan diversidad de instrumentos y criterios diagnósticos, todos ellos rodeados de una gran subjetividad y falta de consenso. Además, aunque el tratamiento se defina como crónico se dice que una gran parte de los afectados se curan repentinamente, y que otros pueden llegar a ser “hiperativos” en algunas situaciones, afirmaciones que resultan ciertamente contradictorias con la definición del trastorno. El tratamiento farmacológico que se defiende mantiene también una gran controversia, este se da a partir de fármacos principalmente psicoestimulantes con multitud de efectos secundarios y cuyo efecto en la problemática se da a corto plazo.

Es cierto, y somos conscientes, que en la realidad de muchos hogares y colegios la opción más rápida y sencilla es optar porque un profesional diagnostique al niño con un trastorno que sirva para colocarle una etiqueta de por vida, la cual le excuse de su problema de comportamiento y le trate a partir de fármacos con múltiples efectos secundarios que le controlen momentáneamente. Pero, como el tratamiento farmacológico no ayuda al niño a aprender a controlar su comportamiento por sí mismo, sino que es un factor externo quien le controla, en el momento que este desaparezca, su comportamiento volverá a ser el mismo y el problema se agravará a largo plazo. En definitiva, aunque el diagnóstico de TDAH y el tratamiento farmacológico pueda resultar una solución rápida y sencilla en un primer momento, esta no será una solución definitiva a las problemáticas de comportamiento.

La alternativa que se propone en este TFG no es la opción más rápida y sencilla, es aquella que confía en la capacidad del niño y le invita a poder controlar su propio comportamiento. La idea fundamental es partir de la comprensión de sus conductas y de la reflexión, junto a él, de la necesidad de que estas cambien; es decir, detectar la problemática y trabajar para cambiarla. Tanto él como su entorno deben concienciarse de esta, la cual no se debe clasificar ni etiquetar, y deben conseguir modificarla a través de

una intervención conductual y cognitiva que posea efectos a largo plazo. Consideramos que la mejor forma de tratar una problemática de este tipo es que el niño que la posee aprenda a controlar su propia conducta, y para ello, es fundamental el papel del propio niño, de su familia y del centro escolar en el que se encuentre. Somos conscientes de que la alternativa propuesta requiere de la disponibilidad de recursos, de la implicación de diferentes miembros de la comunidad educativa, y de la formación de estos en un proceso de intervención conductual y cognitivo. Es importante que el niño no se sienta incomprendido o aislado, y mucho menos etiquetado, las etiquetas solo le harán sentirse prejudgado, además de ayudarlo a excusar su forma de actuar, a destruir su autoestima, y su motivación por cambiar (“Soy así, no puedo cambiar”). El profesorado deberá adaptar su forma de trabajo a las características y necesidades del niño que muestre las conductas problemáticas, además de a las del resto de su alumnado. Este deberá centrarse en ciertos momentos en un trabajo individual con este, lo que le hará necesitar cierta ayuda de otros profesionales como el equipo de orientación del centro u otros maestros de la etapa. Además, en este proceso es muy importante la coordinación y comunicación del profesorado con la familia, es necesario que ambas partes conozcan en todo momento como se va desarrollando el proceso en el “otro lado”.

Al ser esta alternativa propuesta un proceso complejo que necesita de una precisa organización y planificación, hemos diseñado y propuesto una guía de intervención para el profesorado que permita el diagnóstico e intervención de los problemas atencionales, de impulsividad e hiperactividad desde esta perspectiva de una forma lo más sencilla posible. Para ello, en esta guía de intervención se marcan las pautas a seguir por el profesorado en las tres fases fundamentales del proceso: el diagnóstico, la intervención (en el aula y en el hogar) y el seguimiento de la intervención. Se tratan todos los aspectos relevantes del proceso y se aportan cantidad de materiales que permiten una buena organización y planificación de este, los cuales pueden ser ampliados por el propio profesorado. En el Anexo 12 se incluyen algunos materiales que pueden servir para ampliar la intervención, o para ser utilizados como complemento.

En definitiva, este TFG propone una guía de intervención para el profesorado que permita la detección e intervención de los problemas atencionales, de impulsividad e hiperactividad de una forma alternativa a la habitual; en el Anexo 13 se incluye una guía reducida que resume la visión alternativa sobre el TDAH y la propuesta de intervención que se recoge a lo largo de estas páginas. Es cierto que es más beneficioso para muchas de las partes implicadas diagnosticar, etiquetar y medicar, pero no consideramos que sea profesional ni vocacional elegir el camino más sencillo simplemente por eso, porque sea el más sencillo. Consideramos realmente injusto y egoísta privar a un niño de desarrollar realmente sus posibilidades y capacidades, porque todos los niños tienen posibilidades y capacidades. Creemos que en esta profesión hay que defender el camino que realmente nos permita solucionar en profundidad, y a largo plazo, las problemáticas con las que nos encontramos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aragão, L., Leôncio, D., Alencar, J., Andrade de Sousa, P., Falcão, J. y Hazin, I. (2016). Diagnosis and treatment of ADHD: criteria used by different professional categories. *Liberabit*, 22(1), 111-120.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5º ed.). Barcelona: Elsevier Masson.
- Bados, A. y García-Grau, E. (2011). Técnicas operantes (manuscrito no publicado). Departamento de Psicología. Universidad de Barcelona. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/18402>
- Barkley, R.A. (2002). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales* (3º ed.). Barcelona: Paidós Ibérica.
- Barkley, R.A. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM–5. *Revista de Neurología*, 48(2), S101-S106.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., ... y Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.
- Bonet, T. y Guiseris, M. (1992). Aplicación de la técnica de autocontrol “la tortuga” en el aula de tercero de EGB. En T. Bonet (Ed.), *Problemas psicológicos en la infancia: programas de intervención* (p. 107-126). Valencia, España: Promolibro.
- Boujon, C. y Quaireau, C. (1999). *Atención, aprendizaje y rendimiento escolar: Aportaciones de la psicología cognitiva y experimental*. Madrid: Narcea, S.A. Ediciones.
- Cañas, J. (2006). Análisis pormenorizado sobre intervención en modificación de conducta. *Revista Síndrome de Down*, 23, 136-142.
- Cerutti, V., De la Barrera, M.L. y Donolo, D. (2008). ¿Desatentos? ¿Desatendidos?: una mirada psicopedagógica del TDAH en estudiantes universitarios. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 3, 4-13.
- Corpas, B.A. (2015). *Verdades y mentiras sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad* (tesis de pregrado). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- De la Peña, F. (2000). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 43(6), 243-244.

- Duñó, L. (2014). *TDAH infantil y metilfenidato. Predictores clínicos de respuesta al tratamiento* (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Galve, J.L. (2009). Intervención Psicoeducativa en el Aula con TDAH. *Psicología Educativa*, 15(2), 87-106.
- García, F. (2017). Prehistoria del TDAH: Aditivos para un diagnóstico insostenible. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 107-115.
- García, F., González, H. y Pérez, M. (2014). *Volviendo a la normalidad. La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil*. Madrid: Alianza Editorial.
- García, J.J. y Domínguez, J. (2012). ¿Existe un sobrediagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)? *Evidencias en Pediatría*, 8(3), 1-5.
- González-Carpio, G. y Serrano, J.P. (2016). Medication and creativity in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Psicothema*, 28(1), 20-25.
- González-Castro, P., Álvarez, L., Núñez, J.C., González-Pienda, J.A., Roces, C. y González-Pumariega, S. (1999). Atención y activación. *Aula Abierta*, 73, 21-37.
- González de Dios, J., Cardó, E. y Servera, M. (2006). Metilfenidato en el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad: ¿realizamos una práctica clínica adecuada? *Revista de Neurología*, 43(12), 705-714.
- Gómez, A. (2013). La relajación en los niños: Principales métodos de aplicación. *Revista Digital de Educación Física*, 4(24), 35-43.
- Guido, M. (1980). *Educación del Esquema Corporal*. Madrid: Cincel.
- Gutiérrez, C., Sandoval, M., Pereira, C. y Caycedo, C. (1994). La Teoría de Premack y el Análisis Motivacional. *Suma Psicológica*, 1(1), p. 26-37.
- Herrera, G. (2005). Reflexiones sobre el déficit atencional con hiperactividad (TDAH) y sus implicaciones educativas. *Horizontes educacionales*, 10(1), 51-56.
- Herrero, E. (2015). *Propuesta de intervención educativa para un alumno con trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el primer ciclo de Educación Primaria* (tesis de pregrado). Universidad Internacional de La Rioja, La Rioja, España.
- Kabat-Zinn, J. (2007). *La práctica de la atención plena*. Barcelona: Kairós
- Labrador, J. (2011). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Lange, K.W., Tucha, L., Hauser, J., Lange, K.M., Stasik, D. y Tucha, O. (2012). Attention training in Attention. Deficit Hyperactivity Disorder. *Aula Abierta*, 40(3), 55-60.

- Lasa, A. (2007). El TDAH en el momento actual: controversias, divergencias y convergencias. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 2, 9-16.
- Ledesma, J. (2016). *El Trabajo de la Escuela Especial - Hogar Nro. 204 con los niños que presentan TDAH* (tesis de pregrado). Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
- López, C.J. (2015). La medicalización de la infancia en salud mental: el caso paradigmático de los trastornos de atención. *Papeles del Psicólogo*, 36(3), 174-181.
- Martin, G. y Pearl, J. (2008). *Modificación de la conducta: qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010). *Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes*. http://www.psie.cop.es/uploads/Illes%20Balears/GUIA%20DE%20PRACTICA%20CLINICA%20SOBRE%20EL%20TDAH%20EN%20NIN_O%20Y%20ADOLESCENTES.pdf
- Montoya, E. y Herrera, E. (2014). Manifestaciones del TDAH en la etapa de educación infantil y cómo afrontarlas. *Claves para una educación diversa*. Murcia: Consejería de Educación, Cultura y Universidades. Recuperado de: <https://diversidad.murciaeduca.es/publicaciones/claves/dea.html>
- Moreno, M. A., Martínez, M. J., Tejada, A., González, V., García, O. y Grupo de Estudio del Adolescente de la SAMFYC (2015). Actualización en el tratamiento del trastorno del déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 8(3), 231-239.
- Muñoz, J.A., Palau, M., Salvadó, B. y Valls, A. (2006). Neurobiología del TDAH. *Acta Neurológica Colombiana*, 22(2), 184-189.
- Narbona, J. (2001). Alta prevalencia del TDAH: ¿niños trastornados o sociedad maltrecha? *Revista de Neurología*, 32(3), 229-231.
- Nhat, T. (2015). *Plantando semillas*. Barcelona: Kairós
- Orjales, I. (2000). Déficit de atención con hiperactividad: el modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley. *Revista Complutense de Educación*, 11(1), 71-84.
- Pacheco, D.I., Canedo, A., Manrique, A. y García, J.N. (2018). Mindfulness: Atención plena en Educación Infantil. *INFAD. Revista de Psicología*, 2(1), 105-114.

- Pérez, M.J. (2016). *Inteligencia emocional: ¿cómo trabajar el autocontrol, la empatía y la autoestima en Educación infantil?* (tesis de pregrado). Universidad de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España.
- Presentación, M.J. (2010). Seguimiento de los efectos de una intervención psicosocial sobre la adaptación académica, emocional y social de niños con TDAH. *Psicothema*, 22(4), 778-783.
- Rodillo, E. (2015). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 52-59.
- Rodríguez, P. (2018). Mind full or Mindful?: Aplicación del Mindfulness como método para sosegar la mente en el aula. *Educación y futuro*, 17, 105-131.
- Snel, E. (2013). *Tranquilos y atentos como una rana*. Barcelona: Kairós.
- Ucles, C. y Artacho, C.M. (2014). Elaboración de materiales para dar respuesta al alumnado con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Claves para una educación diversa*. Murcia: Consejería de Educación, Cultura y Universidades. Recuperado de: <https://diversidad.murciaeduca.es/publicaciones/claves/dea.html>
- Valverde, M.A. (2015). El arte de hacer visible lo invisible: el marketing en el TDAH. *Norte de Salud Mental*, 13(52), 11-26.
- Vázquez-Justo, E. y Piñón, A. (2017) *THDA y Trastornos Asociados*. Maribor: Institute for Local Self-Government Maribor.
- Weinberg, R. y Gould, D. (1996). *Fundamentos de Psicología del deporte y el ejercicio físico*. Barcelona: Ariel.
- Xandri, I., Moya, I. y Giró, M. (2015). Intervención cognitivo-conductual en un niño con TDAH. *Revista Iberoamericana De Psicología: Cuadernos de Medicina Psicosomática Y Psiquiatría de Enlace*, 114, 35 – 39.
- Zapico, Y. y Pelayo, J.M. (2012). TDAH: Una visión multidisciplinar. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 11(2).

ANEXOS

Anexo 1. Análisis Funcional de Conducta – Plantilla.

Nota: Se deben incluir las conductas problemáticas en la columna B, se observan estas y anotan sus antecedentes (en la columna A) y consecuencias (en la columna C). Una vez que estas tres columnas se encuentren completas, se debe analizar el papel de los antecedentes y las consecuencias en las conductas para lograr conocer su función, su explicación.



ANÁLISIS FUNCIONAL DE CONDUCTA

A ANTECEDENTE	B CONDUCTA	C CONSECUENCIA	FUNCIÓN

Anexo 2. Análisis Funcional de Conducta - Ejemplo de aplicación.

**ANÁLISIS
FUNCIONAL DE
CONDUCTA**

DATOS
Mario Pérez
3º Ed. Infantil
5 años

A ANTECEDENTE	B CONDUCTA	C CONSECUENCIA	FUNCIÓN
<p>Se inicia la asamblea, en ella la participación activa se da solo por parte del protagonista de la semana.</p>	<p>Opta por posturas que no son las adecuadas en la asamblea (se echa, se levanta, etc.).</p> <p>Juega con los zapatos y se los quita.</p> <p>Habla con sus compañeros más cercanos.</p>	<p>El maestro le riñe continuamente, pero este vuelve a la conducta, no se toma en serio la riña. Se da un círculo vicioso negativo e indefinido entre maestro y niño.</p>	<p>Evadirse de aquellos momentos de asamblea en los que no debe participar activamente, no le producen interés (refuerzo negativo).</p> <p>Recibir atención continua del maestro (refuerzo positivo).</p>
<p>Se finalizan las actividades individuales o el tiempo de juego.</p>	<p>Deja los materiales y juguetes que utiliza desordenados.</p>	<p>La conducta de recoger es ignorada por el maestro, no refuerza a quienes la cumplen ni hace reflexionar a quienes no.</p>	<p>No ha adquirido el hábito de recoger aquello que desordena. La conducta deseada no se encuentra en su repertorio, nunca ha sido reforzada.</p>

<p>Se inicia el momento de higiene previo a la hora de comer, el grupo – aula debe hacer una fila frente al lavabo para lavarse las manos uno a uno.</p>	<p>Lanza agua y mojando el suelo y a sus compañeros.</p>	<p>Sus compañeros se ríen, entran en su juego.</p> <p>El maestro le riñe continuamente, pero este no se toma en serio la riña. Se da un círculo vicioso negativo e indefinido entre maestro y niño.</p> <p>El maestro no consigue reducir la frecuencia de esta conducta.</p>	<p>Recibir atención continua de sus compañeros y el maestro (refuerzo positivo).</p>
<p>Se le presenta algún problema relacionado con lo académico (dudas o dificultades) o lo social (discusiones o diferencia de intereses con compañeros).</p>	<p>Llora y grita.</p>	<p>Sus compañeros acuden a él, intentan tranquilizarlo y ayudarlo.</p> <p>El maestro rápidamente le ayuda en lo académico y soluciona externamente el problema social.</p>	<p>Recibir ayuda y atención de sus compañeros y el maestro (refuerzo positivo).</p> <p>Buscar solución externa a los problemas (no ha aprendido a gestionarlos por sí mismo).</p>
<p>Se presentan actividades manipulativas de más de 10 minutos de duración.</p>	<p>El niño participa en un inicio, pero pierde la atención una vez que estas superan los 5 minutos.</p>	<p>El maestro llama su atención con una palmada o diciendo su nombre, le intenta obligar a prestar atención, pero no lo consigue.</p>	<p>El niño participa y disfruta de la actividad, pero pierde la atención en ella. Se reflejan problemas de atención sostenida.</p>

<p>Se proponen fichas o láminas de realización individual.</p>	<p>En la mayor parte de las ocasiones, realiza las fichas o láminas de forma impulsiva y comete errores.</p>	<p>Cuando consigue realizar la actividad adecuadamente y en el tiempo estimado, el maestro ignora la conducta.</p> <p>Cunado realiza las fichas de forma impulsiva y con errores, el maestro le castiga sin disfrutar el recreo.</p>	<p>El niño no consigue nada positivo con la conducta (solamente un castigo negativo que debería reducir la conducta). Se reflejan problemas de impulsividad.</p>
<p>Se inician actividades de ciclo en el salón de actos.</p>	<p>Esta agitado e intranquilo, pero disfruta y participa en ellas.</p>	<p>El maestro le riñe, el niño deja de participar enfadado pero sigue agitado.</p>	<p>El niño participa y disfruta de la actividad, no consigue nada positivo con la conducta (solamente un castigo positivo que debería reducir la conducta). Se reflejan problemas de hiperactividad e impulsividad.</p>

Anexo 3. Plan Individualizado de Intervención – Plantilla.

Nota: Se deben incluir las conductas problemáticas que se analizan en el Análisis Funcional de Conducta, y también las funciones que se han observado en ellas. Además, se debe seleccionar una conducta deseable que sea la alternativa a la conducta problemática, y aquella técnica que permitirá lograr reducir la problemática e incrementar la deseada.



CONDUCTA PROBLEMÁTICA	FUNCIÓN DE LA CONDUCTA	CONDUCTA DESEADA	TÉCNICA QUE APLICAR

Anexo 4. Plan Individualizado de Intervención – Ejemplo de aplicación.



PLAN INDIVIDUALIZADO DE INTERVENCIÓN



DATOS

Mario Pérez

3º Ed. Infantil

5 años

CONDUCTA PROBLEMÁTICA	FUNCIÓN DE LA CONDUCTA	CONDUCTA DESEADA	TÉCNICA QUE APLICAR
Tomar posturas que no son las adecuadas durante la asamblea (se echa, se levanta, etc.).	Evadirse de la asamblea, en ella no debe participar activamente, no le producen interés. Recibir atención continua del maestro.	Mantenerse sentado durante la asamblea.	<p>Modificación</p> Favorecer la mayor participación de todo el alumnado en la asamblea.
Jugar con los zapatos y quitárselos durante la asamblea.		Dejar los zapatos puestos durante la asamblea.	<p>Intervención conductual</p> Extinción de las conductas problemáticas.
Hablar con sus compañeros más cercanos durante la asamblea.		Realizar en silencio las actividades.	Economía de fichas para lograr las conductas deseadas.
Dejar los materiales y juguetes que utiliza desordenados.	No ha adquirido el hábito de recoger aquello que desordena.	Recoger los materiales o juguetes que utiliza.	<p>Intervención conductual</p> Modelado realizado con un compañero que el niño valore.

<p>Lanzar agua mojando el suelo y a sus compañeros durante el lavado de manos.</p>	<p>Recibir atención de sus compañeros y el maestro.</p>	<p>Lavarse las manos sin mojar el suelo ni a sus compañeros.</p>	<p>Intervención conductual</p> <p>Sobrecorrección: secar lo mojado y lavarse adecuadamente las manos de forma repetida.</p>
<p>Llora y grita cuando se encuentra con algún problema académico (dudas o dificultades) o social (discusiones o diferencia de intereses con compañeros).</p>	<p>Recibir ayuda y atención de sus compañeros y el maestro.</p> <p>Buscar solución externa a los problemas.</p>	<p>Reconocer y gestionar las emociones negativas.</p> <p>Solucionar los conflictos de forma adecuada y positiva.</p>	<p>Intervención cognitiva</p> <p>Técnica de la tortuga o el volcán para reconocer y gestionar las emociones negativas.</p> <p>Técnica del semáforo o fichas de autocontrol para trabajar la resolución de conflictos.</p> <p>Intervención conductual</p> <p>Extinción de la conducta problemática.</p> <p>Reforzadores para las conductas deseadas.</p>
<p>Pierde la atención y participación en las actividades grupales una vez que estas superan los 5 minutos.</p>	<p>No existe una función concreta de la conducta. Se reflejan problemas de atención sostenida.</p>	<p>Mantener la atención en tareas de “larga duración”.</p>	<p>Intervención cognitiva</p> <p>Entrenamiento de la atención sostenida.</p> <p>Intervención conductual</p> <p>Reforzadores para la conducta deseada.</p>

<p>Realizar las fichas o láminas individuales de forma impulsiva y comete errores.</p>	<p>No existe una función concreta de la conducta. Se reflejan problemas de impulsividad.</p>	<p>Organiza bien su trabajo al realizar fichas o láminas. Piensa lo que debe hacer en cada una antes de iniciarlas y las finaliza adecuadamente.</p>	<p>Intervención cognitiva</p> <p>Autoinstrucciones, técnica del semáforo o fichas de autocontrol.</p> <p>Intervención conductual</p> <p>Reforzadores para la conducta deseable.</p>
<p>Encontrarse agitado e intranquilo durante las actividades de ciclo en el salón de actos, pero disfruta y participa en ellas.</p>	<p>No existe una función concreta de la conducta. Se reflejan problemas de hiperactividad.</p>	<p>Mantener la calma y tranquilidad en las actividades de ciclo en el salón de actos.</p>	<p>Intervención cognitiva</p> <p>Técnica de relajación o mindfulness, aplicación previa a la actividad.</p> <p>Intervención conductual</p> <p>Reforzadores para la conducta deseable.</p>

Anexo 5. Técnica Economía de Fichas – Propuesta de material.

Nota: Se deben incluir, representadas a través de pictogramas, las conductas deseadas que se decidan trabajar como alternativa a las conductas problemáticas a través de la economía de fichas. Junto a estas, una casilla para cada día de la semana en la que el niño colocará su ficha de recompensa si realiza la conducta.

ECONOMÍA DE FICHAS

SEMANA DE INTERVENCIÓN:

FOTO

DATOS

CONDUCTA DESEADA	L	M	X	J	V
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">ESCRIBIR AQUÍ LA CONDUCTA</div> <div style="width: 45%; background-color: #333; color: white; padding: 5px;">COLOCAR AQUÍ EL PICTOGRAMA QUE REPRESENTA CADA CONDUCTA</div> </div>					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">ESCRIBIR AQUÍ LA CONDUCTA</div> <div style="width: 45%; background-color: #333; color: white; padding: 5px;">COLOCAR AQUÍ EL PICTOGRAMA QUE REPRESENTA CADA CONDUCTA</div> </div>					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">ESCRIBIR AQUÍ LA CONDUCTA</div> <div style="width: 45%; background-color: #333; color: white; padding: 5px;">COLOCAR AQUÍ EL PICTOGRAMA QUE REPRESENTA CADA CONDUCTA</div> </div>					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">ESCRIBIR AQUÍ LA CONDUCTA</div> <div style="width: 45%; background-color: #333; color: white; padding: 5px;">COLOCAR AQUÍ EL PICTOGRAMA QUE REPRESENTA CADA CONDUCTA</div> </div>					

Anexo 6. Técnica Autoinstrucciones – Propuesta de material.

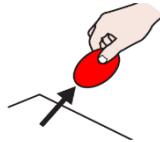
SUPUESTO CASO:

El niño presenta ciertas dificultades a la hora de enfrentarse al trabajo en mesa, relacionado con láminas o fichas, no sabe organizarse adecuadamente para llevarlas a cabo, lo que conlleva cierta frustración que le hace disminuir su motivación e interés. Ante este caso, el profesorado crea una secuencia de pasos a seguir por el niño durante estos momentos para lograr que realice las tareas con éxito.

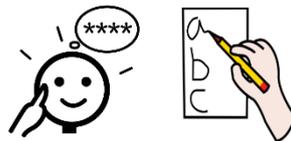
PASO 1: ESCUCHO AL MAESTRO PARA SABER LO QUE TENGO QUE HACER EN LA FICHA.



PASO 2: COJO LOS MATERIALES Y LOS COLOCO SOBRE MI MESA.



PASO 3: RECUERDO LO QUE HAY QUE HACER Y EMPIEZO LA TAREA.



PASO 4: TRABAJO EN SILENCIO, SI NO ENTIENDO ALGO LEVANTO LA MANO PARA QUE EL MAESTRO ME AYUDE.



PASO 5: CUANDO TERMINE, REPASO LA TAREA Y SE LA ENSEÑO AL MAESTRO.



SI ME PONGO NERVIOSO



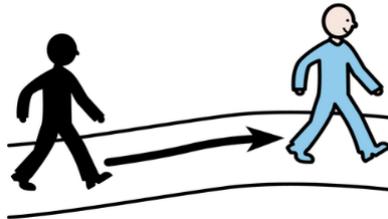
1. ME SIENTO



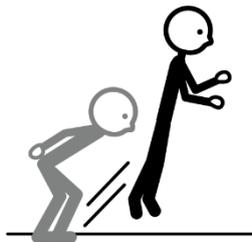
2. TÉCNICA DEL GLOBO



SI NECESITO MOVERME



1. SALTO 5 VECES



2. CORRO 1 VUELTA A LA CLASE



SI ME ENFADO



1. RESPIRO



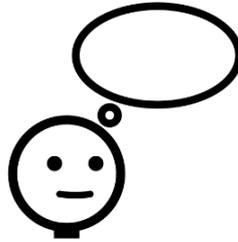
2. NO GRITO



3. ME EXPLICO



SI NO SÉ HACER ALGO



1. NO ME ENFADO



2. PIDO AYUDA



3. APRENDO



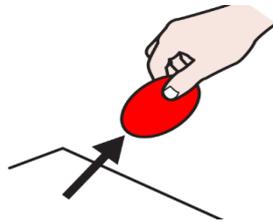
SI EL MAESTRO PROPONE UNA FICHA



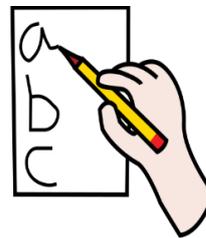
1. ESCUCHO



2. COJO LOS MATERIALES



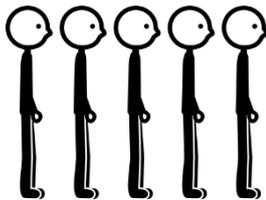
3. LA HAGO



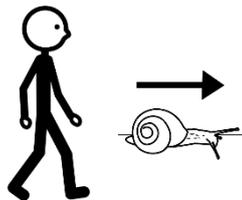
CUANDO VOY POR EL PASILLO



1. VOY EN FILA



2. CAMINO DESPACIO



3. NO GRITO



CUANDO ESTOY EN LA ASAMBLEA



1. ESTOY SENTADO Y ATENTO

2. LEVANTO LA MANO



CUANDO ESTOY EN PSICOMOTRICIDAD

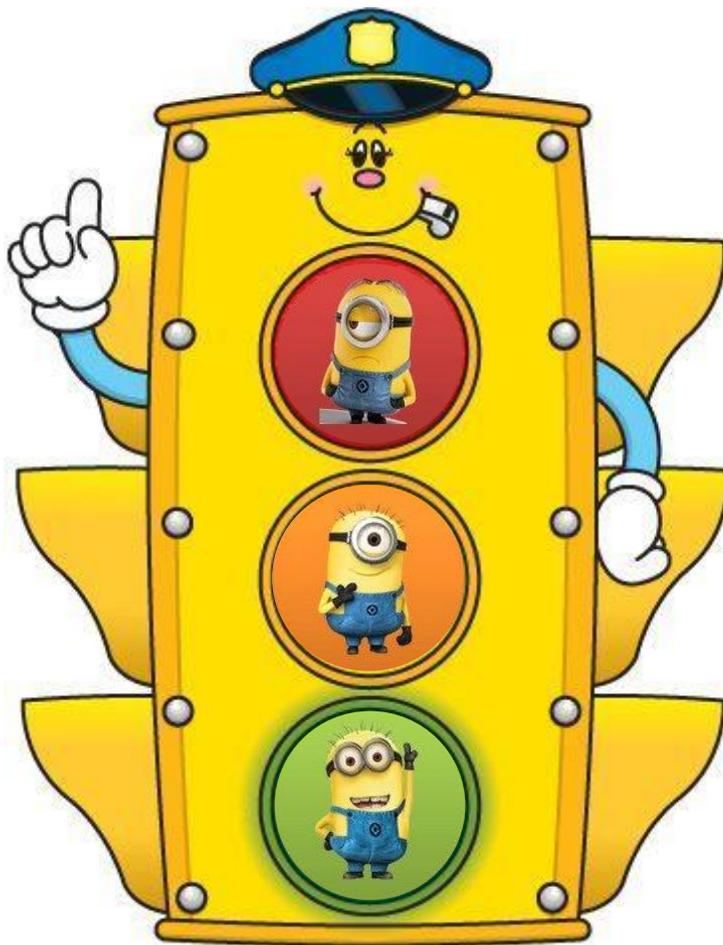


1. ESTOY ATENTO

2. CUMPLO LAS NORMAS Y REGLAS



EL SEMAFORO



ALTO

PIENSA

ACTUA



EL CUENTO DE LA TORTUGA

Antiguamente había una hermosa y joven tortuga, tenía 5 años y acababa de empezar el colegio. Su nombre era Pequeña Tortuga. A ella no le gustaba mucho ir al cole, prefería estar en casa con su hermano menor y con su madre. No le gustaba aprender cosas en el colegio, ella quería correr, jugar... era demasiado difícil y pesado hacer fichas y copiar de la pizarra, o participar en algunas de las actividades. No le gustaba escuchar al profesor, era más divertido hacer ruidos de motores de coches que algunas de las cosas que el profesor contaba, y nunca recordaba que no los tenía que hacer. A ella lo que le gustaba era ir enredando con los demás niños, meterse con ellos, gastarles bromas. Así que el colegio para ella era un poco duro.

Cada día en el camino hacia el colegio se decía a si misma que lo haría lo mejor posible para no meterse con ellos. Pero a pesar de esto era fácil que algo o alguien la descontrolara, y al final siempre acababa enfadada, o se peleaba, o le castigaban. “Siempre metida en líos” pensaba “como siga así voy a odiar al colegio y a todos.” Y la Tortuga lo pasaba muy pero que muy mal.

Un día de los que peor se sentía, encontró a la más grande y vieja Tortuga que ella hubiera podido imaginar. Era un vieja Tortuga que tenía más de trescientos años y era tan grande como una montaña. La Pequeña Tortuga le hablaba con una vocecita tímida porque estaba algo asustada de la enorme tortuga. Pero la vieja tortuga era tan amable como grande y estaba muy dispuesta a ayudarla: “¡Oye! ¡Aquí!” dijo con su potente voz, “Te contaré un secreto. ¿Tú no te das cuenta de que la solución a tus problemas la llevas encima de ti?”. La Pequeña Tortuga no sabía de lo que estaba hablando. “¡Tu caparazón!” le gritaba “¿para qué tienes tu concha? Tú te puedes esconder en tu concha siempre que tengas sentimientos de rabia, de ira, siempre que tengas ganas de romper, de gritar, de pegar... Cuando estés en tu concha puedes descansar un momento, hasta que ya no te sientas tan enfadad. Así la próxima vez que te enfades ¡Métete en tu concha!

A la Pequeña Tortuga le gustó la idea, y estaba muy contenta de intentar este nuevo secreto de la escuela.

(Tomado de Bonet y Guiseris, 1992, p. 131).

Anexo 10. Seguimiento de la intervención: profesorado y familia – Plantilla.

Nota: Se deben incluir las conductas deseadas que se decidan trabajar como alternativa a las conductas problemáticas, y la técnica aplicada para ello. Al lado de cada una de estas conductas deseadas se deberá anotar la frecuencia semanal con la que estas se dan, realizando así un seguimiento semanal de los logros que se van consiguiendo en ellas.

SEGUIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN

SEMANA DE INTERVENCIÓN:

FOTO

DATOS

CONDUCTA DESEADA	TÉCNICA APLICADA	FRECUENCIA SEMANAL DE LA CONDUCTA											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		

Anexo 11. Seguimiento de la intervención: alumno – Plantilla.

Nota: Se deben incluir, representadas a través de pictogramas, las conductas deseadas que se decidan trabajar como alternativa a las conductas problemáticas. Bajo estas, se encuentran tres casillas: roja, amarilla y verde. El niño debe decidir en cuál de ellas colocar la pegatina en función de los logros diarios de cada conducta.

¿QUÉ TAL HE ESTADO HOY?

SEMANA DE INTERVENCIÓN:

FOTO

DATOS

ESCRIBIR AQUÍ CADA CONDUCTA Y COLOCAR EL PICTOGRAMA QUE LA REPRESENTA

ESCRIBIR AQUÍ CADA CONDUCTA Y COLOCAR EL PICTOGRAMA QUE LA REPRESENTA

ESCRIBIR AQUÍ CADA CONDUCTA Y COLOCAR EL PICTOGRAMA QUE LA REPRESENTA

ESCRIBIR AQUÍ CADA CONDUCTA Y COLOCAR EL PICTOGRAMA QUE LA REPRESENTA

ESCRIBIR AQUÍ CADA CONDUCTA Y COLOCAR EL PICTOGRAMA QUE LA REPRESENTA

ESCRIBIR AQUÍ CADA CONDUCTA Y COLOCAR EL PICTOGRAMA QUE LA REPRESENTA

ESCRIBIR AQUÍ CADA CONDUCTA Y COLOCAR EL PICTOGRAMA QUE LA REPRESENTA

ESCRIBIR AQUÍ CADA CONDUCTA Y COLOCAR EL PICTOGRAMA QUE LA REPRESENTA

<p>ESCRIBIR AQUÍ CADA CONDUCTA Y COLOCAR EL PICTOGRAMA QUE LA REPRESENTA</p>	<p>ESCRIBIR AQUÍ CADA CONDUCTA Y COLOCAR EL PICTOGRAMA QUE LA REPRESENTA</p>	<p>ESCRIBIR AQUÍ CADA CONDUCTA Y COLOCAR EL PICTOGRAMA QUE LA REPRESENTA</p>
<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>ESCRIBIR AQUÍ CADA CONDUCTA Y COLOCAR EL PICTOGRAMA QUE LA REPRESENTA</p>	<p>ESCRIBIR AQUÍ CADA CONDUCTA Y COLOCAR EL PICTOGRAMA QUE LA REPRESENTA</p>	<p>ESCRIBIR AQUÍ CADA CONDUCTA Y COLOCAR EL PICTOGRAMA QUE LA REPRESENTA</p>
<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

Anexo 12. Fuente de materiales para ampliar la intervención.

CUENTOS

¿No hay nadie enfadado?, de Toon Tellegen.

Cuando Sofía se enoja, se enoja de veras..., de Molly Bang.

La cola del dragón, de Mireia Canals.

Emma enfadosauria, de Brian Moses.

Una minúscula gota de magia, de Pedro Pablo Sacristán.

La rabieta de Julieta, de Edúkame.

Julieta, ¡estate quieta!, de Rosemary Wells.

Había una vez... una Abeja. Cuentos para ayudar a mejorar la conducta en los niños. "El autocontrol", de Nazaret Cantero y Ángeles Páez.

Colección *Terapicuentos*.

AUDIOVISUALES

Canal Youtube *Marie Leiner*: cuentos e historias que mantienen el objetivo de enseñar a controlar el comportamiento, las emociones y los valores positivos.

Canal Youtube *Cuentacuentos Beatriz Montero*: algunos de los cuentos e historias que se narran pueden resultar muy útiles para la intervención.

Canal Youtube *Canta Maestra*: se proponen canciones que permiten tratar y controlar cada situación.

Canal Youtube *Smile and Learn – Español*: dispone de una sección de relajación y yoga para niños.

Cortometraje *El Puente*: resolución de conflictos.

OTRAS IDEAS

Actividades de Rol-Playing o Dinámicas de grupo que permitan tratar temas relacionados con la intervención: resolución de conflictos, gestión de las emociones, autocontrol e impulsividad, etc.

Juegos tradicionales o ya conocidos que puedan ayudarnos a conseguir objetivos en la intervención, ya sea entrenar la atención o mejorar el autocontrol: palabras encadenadas, juego del ahorcado o sopa de letras con palabras sencillas y conocidas, imitaciones, construcciones...

Incluir otras técnicas que persigan los mismos objetivos que las propuestas en esta guía o para completar la intervención: otras formas de relajación, otras técnicas para el autocontrol, etc.

ARASAAC

La página web del Centro Aragonés para la Comunicación Aumentativa y Alternativa incluye diferentes materiales basados en los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC), formas de expresión distintas al lenguaje hablado que tienen como objetivo aumentar y/o compensar las dificultades de comunicación y lenguaje en las personas.

Los materiales basados en este tipo de sistemas son utilizados en muchas ocasiones en las aulas de Educación Infantil como complemento al lenguaje hablado y escrito, pueden ser un gran apoyo a la hora de aplicar técnicas y diseñar materiales para la intervención propuesta en este Trabajo Fin de Grado.

En esta página web se incluyen todo tipo de materiales entre los que podemos encontrar algunos muy útiles para nuestra intervención, se incluye un catálogo muy completo de pictogramas, materiales para trabajar el autocontrol, plantillas para la economía de fichas, etc.

<http://www.arasaac.org/index.php>

Anexo 13. Guía de Intervención - Resumen de la propuesta.

Se ha diseñado una guía reducida que resume la visión alternativa sobre el TDAH y la propuesta de intervención para el profesorado que se recoge en este Trabajo Fin de Grado.

<https://drive.google.com/file/d/1I7B6aC3PKoFsPmoUTLLBM34-ernHrKbr/view?usp=sharing>