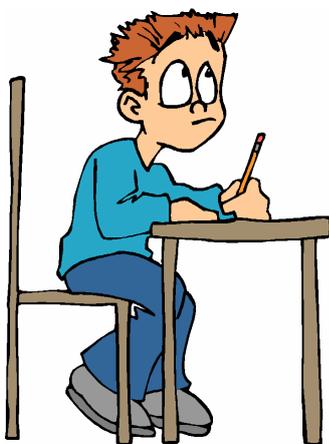


Niños con trastorno de déficit de atención con hiperactividad y necesidades educativas especiales



**Equipo de Orientación Educativa y
Psicopedagógica
de Alcobendas**

Área Territorial Madrid-Norte
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN
Comunidad de Madrid



INTRODUCCIÓN

Consideramos fundamental plantearnos en estos momentos la intervención de los profesionales del EOEP en los casos de niños que presentan trastornos de déficit de atención con hiperactividad, debido al número de alumnos existente que presentan esta problemática. Este trastorno lleva asociadas una serie de dificultades a nivel escolar, emocional y social que hacen necesaria una actuación mediante un apoyo educativo adecuado y el desarrollo de programas a nivel escolar y familiar que favorezca una evolución positiva. Resulta fundamental una actuación lo más temprana posible disminuyendo así las probabilidades de fracaso escolar y problemas emocionales que aparecen en muchos casos que no han sido atendidos.

Los profesionales de este EOEP hemos realizado unas sesiones de trabajo en las que se han concretado aspectos referidos fundamentalmente al diagnóstico de estos niños, estableciendo el proceso e instrumentos adecuados. Así mismo se han puesto en común las intervenciones realizadas por alguno de los profesionales basadas fundamentalmente en programas cognitivo-conductuales, y se han analizado algunos de los materiales existentes para utilizar en las sesiones de apoyo.

La finalidad de este trabajo ha sido concretar unas pautas comunes de actuación en el diagnóstico e intervención en nuestro EOEP, siendo cada profesional el que posteriormente seleccione los procedimientos e instrumentos más adecuados para cada caso concreto.

INTERVENCIÓN DEL EOEP

EL DIAGNÓSTICO

1. El tutor del alumno realiza una demanda de intervención del orientador del EOEP, según la dinámica establecida en el centro. En esta demanda de intervención se especifican los motivos por los que se cree necesaria la intervención del psicopedagogo, siendo en estos casos los problemas de conducta y dificultades para mantener la atención las causas más frecuentes.
2. Para la determinación de necesidades educativas especiales asociadas a déficits de atención con hiperactividad es necesario que el proceso educativo del niño se vea afectado por este trastorno.
3. El psicopedagogo realizará la **evaluación psicopedagógica**, con las pruebas e instrumentos que considere adecuados en cada caso.
 - ❑ El Orientador del EOEP solicitará un **informe del neurólogo**, con el fin de obtener la información referida a los aspectos médicos, y conocer las alteraciones o disfunciones neurológicas existentes, así como la posibilidad de tratamiento farmacológico. Se considera conveniente la existencia de este informe, aunque no es imprescindible para la determinación de necesidades educativas.
 - ❑ Es necesario descartar la existencia de otros trastornos o déficits: déficit cognitivo, trastorno disocial...
 - ❑ En la elección de los instrumentos consideramos de especial interés el uso de **escalas de observación de conductas y cuestionarios para padres y profesores**, que nos permiten la obtención de información de los diferentes ámbitos en los que el niño se desenvuelve (familiar, escolar, social). Así mismo algunos de estos cuestionarios permiten la realización de un diagnóstico diferencial de otros trastornos como el disocial.
 - ❑ Para la realización de un **diagnóstico** a partir de todos los datos obtenidos nos fijaremos en los criterios establecidos en:
 - a) La **DSM-IV**: Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (que habla de 3 factores: desatención, hiperactividad e impulsividad)
 - b) La **CIE-10** que incluye dentro de los Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia los Trastornos Hiperkinéticos (F 90)

- Una vez realizado el diagnóstico se considerará alumno de necesidades educativas especiales el alumno que presente un trastorno hiperactivo o de déficit de atención con hiperactividad que **necesite un apoyo específico con la aplicación de tratamientos y programas individualizados**, dentro y/o fuera del aula.
4. El profesional del EOEP, una vez detectado un posible Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, orientará a la familia para que acuda al Servicio de Neuropediatría de un Centro Hospitalario o al Centro de Salud Mental, con el fin de que se realice el diagnóstico definitivo, completando la Hoja de **Derivación a Servicios Sanitarios** y adjuntando la información que considere oportuna a partir de la evaluación psicopedagógica realizada.

ORIENTACIONES PARA LA INTERVENCIÓN

Un buen programa para la intervención es el que propone A. Vallés Arándiga (2002). Este programa se marca como objetivos:

1. **Aumentar la capacidad de atención**
 - Estructurar la tarea en períodos cortos
 - Adaptar la exigencia de la tarea a su capacidad de atención
 - Emplear técnicas de escudriñamiento, de análisis de detalles, complementada con la técnica de la focalización, revisión de tareas y análisis de errores.
 - Implicarle en las explicaciones docentes
 - Explicar desde su proximidad
2. **Aumentar la demora en la respuesta**
 - Aplicar la técnica de demora forzada:
 - Autoinstrucciones
 - Autoevaluación reforzada
 - Emplear un reloj de arena
 - Verbalizar las tareas antes de responder
3. **Terminar las tareas**
 - Adaptar las tareas a su competencia curricular, su capacidad atencional y a sus intereses y motivaciones.
 - Estructurar la tarea en tiempos cortos
 - Aumentar la frecuencia de tareas novedosas
 - Reforzar el trabajo (bien) terminado: empleo de reforzadores sociales y de actividad

- Reforzar la conducta de atención
- Trabajar en una mesa individualmente en los momentos que se exija mayor concentración
- Asignarle responsabilidades relacionadas con las tareas
- Prestarle apoyo emocional

4. Administrar bien el tiempo

- Elaborar un plan de respuesta:
 - 1º Autoinstrucciones
 - 2º Ordenamiento temporal de la tarea. Distribución. Empleo de un avisador
 - 3º Autoevaluación

5. Escuchar a los demás

- Establecer normas claras y concretas
- Eliminar elementos distractores
- Asignarle el papel de moderador en un debate
- Situarle en un lugar estratégico que escuche a los demás, que mantenga contacto visual.
- Entrenamiento en habilidades de escucha activa (HH.SS)
- Ignorar las interrupciones
- Aplicar técnicas de atención auditiva

6. Respetar el turno

- Juegos dirigidos por turnos
- Reforzamiento social
- Levantar el brazo para intervenir
- Rol de moderador
- Observador de un debate: Comentarios sobre su funcionamiento

7. Reflexionar en la resolución de las tareas

- Juegos dirigidos por turnos
- Reforzamiento social
- Levantar el brazo para intervenir
- Rol de moderador
- Observador de un debate: Comentarios sobre su funcionamiento
- Aplicar actividades de METAATENCIÓN antes de iniciar la tarea:
 - 1º Verbalizaciones para las exigencias atencionales
 - 2º Estrategias para la realización
 - Autoinstrucciones
 - Supervisión verbalizada de la tarea
 - Autoevaluación de la tarea

8. Tener limpieza y orden en el trabajo

- Asignarle tiempo añadido para la realización de las tareas
- Adecuar las tareas a sus capacidades
- Entrenamiento (reeducación) de la escritura, en su caso
- Compartir tareas gráficas y material de uso común con los compañeros (socialización)
- Trabajo en grupo cooperativo (control social)

9. Aumentar progresivamente el tiempo de permanencia en la silla

- Contrato de conducta
- Normas de trabajo para el aula. Seguimiento periódico y frecuente
- Acudir a su mesa cuando esté sentado trabajando: Reforzamiento social
- Reforzamiento con puntos. Cronometrar tiempos de trabajo

10. Cuidar el material

- Asignarle tareas de participación en el cuidado del material: Responsabilidades
- Compartir tareas gráficas y material de uso común con los compañeros (socialización)
- Trabajo en grupo cooperativo (control social)
- Reponer el material estropeado (Sobrecorrección restitutiva)

11. Conseguir un buen control postural

- Autoinstrucciones
- Entrenamiento en relajación
- Autoobservación y registro de la postura

12. Mejorar las relaciones interpersonales

- Aprendizaje de los pasos o fases de la Resolución de conflictos:
 - 1º IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA
 - 2º GENERAR SOLUCIONES
 - 3º PREVEER CONSECUENCIAS
 - 4º ELEGIR LA MEJOR SOLUCIÓN

13. Controlar las reacciones de ira

- Aprender a tolerar pequeñas "frustraciones"
- Entrenamiento en relajación muscular
- Técnicas de la tortuga
- Tiempo fuera en situaciones de conflicto importante
- Apoyo emocional en situaciones de calma

BIBLIOGRAFÍA

Libros sobre hiperactividad

- 📖 ORJALES VILLAR I. (2000) *“Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores”*. Ed CEPE. Madrid.
- 📖 BAUERMEISTER J. J. (2002) *“Hiperactivo, impulsivo, distraído. ¿Me conoces?. Guía sobre el déficit atencional para padres, maestros y profesionales.”* Grupo Albor-Cohs. Madrid.
- 📖 VALLÉS-ARÁNDIGA A. (2002) *“Curso de intervención Psicopedagógica en los trastornos de la atención, hiperactividad e impulsividad”*. Ed. Promolibro. Valencia.
- 📖 GREEN, C.; CHEE, K. (2002) *“El niño muy movido o despistado”*. Ed Medici.
- 📖 DEFENSOR DEL MENOR EN LA COMUNIDAD DE MADRID. (2002). *“Guía básica sobre hiperactividad”*. (Apoyada en el estudio sobre el Déficit de Atención con Hiperactividad encargado por el Defensor del Menor en la Comunidad de Madrid al Centro de Psicología Quiral).
- 📖 EQUIPO METRA. (2003) *“Hiperactividad y Trastorno disocial en la Escuela. Guía para Educadores”*. Publicado por: Universidad Pontificia de Comillas, Fundación Ramón Areces, Fundación Realiza

Materiales para el diagnóstico

- 📖 WERRY; WEISS; PETERS (1968) *“Escala de Actividad del Niño para Padres”*
- 📖 CONNERS. (1969). *“Cuestionario para padres (PSQ)”*
- 📖 CONNERS. (1969). *“Cuestionario de Conducta en la Escuela (CCE)”*
- 📖 CONNERS. (1969) *“Cuestionario para profesores (TRS)”*
- 📖 KENDALL (1979) *“Escala de Calificación de Autocontrol”*

- 📖 BALLESTEROS (1981) *“Recogida de Datos para el análisis funcional de conductas problemáticas en alumnos”*
- 📖 FARRÉ Y NARBONA (1989) *“Cuestionario abreviado de Conners para Padres y Maestros”*
- 📖 FARRÉ Y NARBONA (1997) *“Cuestionario de Conners”*
- 📖 SALVADOR, A. *“Evaluación y Tratamiento Psicopedagógicos”*. (Anexo 1, pp 187-191 Interpretación de los tres factores del WISC-R)
- 📖 FARRÉ Y NARBONA (1998). *“EDAH. Escala de Déficit de Atención – Hiperactividad”*. TEA Ediciones. Madrid.

Materiales para el trabajo

- 📖 VALLÉS-ARÁNDIGA A. (1998) *“Programa de Meta-Atención”*. Ed. Promolibro. Valencia.
- 📖 VALLÉS-ARÁNDIGA A. (1997) *“Programa para el control de la impulsividad. Aprendo a ser Reflexivo”*. Ed. Promolibro. Valencia.

ANEXOS**CIE – 10****F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.****F90 Trastornos hiperkinéticos**

Grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas y porque estos problemas se presentan en las situaciones más variadas y persisten a lo largo del tiempo.

Los trastornos hiperkinéticos tienen un comienzo temprano (por lo general, durante los cinco primeros años de la vida). Sus características principales son una falta de persistencia en actividades que requieren la participación de procesos cognoscitivos y una tendencia a cambiar de una actividad a otra sin terminar ninguna, junto con una actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Normalmente estas dificultades persisten durante los años de escolaridad e incluso en la vida adulta, pero en muchos de los afectados se produce, con el paso de los años, una mejoría gradual de la hiperactividad y del déficit de la atención.

Los niños hiperkinéticos suelen ser descuidados e impulsivos, propensos a accidentes, y plantean problemas de disciplina por saltarse las normas, más que por desafíos deliberados a las mismas, por una falta de premeditación. Su relación social con los adultos suelen ser desinhibidas, con una falta de la prudencia y reserva naturales. Son impopulares entre los niños y pueden llegar a convertirse en niños aislados. Es frecuente la presencia de un déficit cognoscitivo y son extraordinariamente frecuentes los retrasos específicos en el desarrollo motor y del lenguaje.

Las complicaciones secundarias son un comportamiento disocial, antisocial y una baja estimación de sí mismo. Hay un considerable solapamiento entre la hiperkinesia y otras formas de comportamiento anormal como el trastorno disocial en niños no socializados. Sin embargo, la evidencia más general tiende a distinguir un grupo en el cual la hiperkinesia es el problema principal.

Los trastornos hiperkinéticos se presentan en varones con una frecuencia varias veces superior a la que se presentan en el sexo femenino. Es frecuente que se acompañe de problemas de lectura o del aprendizaje.

Pautas para el diagnóstico

Los rasgos cardinales son el déficit de atención y la hiperactividad. El diagnóstico requiere la presencia de ambos, que deben manifestarse en más de una situación (por ejemplo, en clase, en la consulta).

El **trastorno de la atención** se pone de manifiesto por una interrupción prematura de la ejecución de tareas y por dejar actividades sin terminar. Los chicos cambian frecuentemente de una actividad a otra, dando la impresión que pierden la atención en una tarea porque pasan a entretenerse con otra (aunque estudios de laboratorio no demuestran con precisión un grado extraordinario de distracción sensorial o perceptiva). Estos déficits en la persistencia y en la atención deben ser diagnosticados sólo si son excesivos para la edad y el CI del afectado.

La **hiperactividad** implica una inquietud excesiva, en especial en situaciones que requieren una relativa calma. Dependiendo de las circunstancias, puede manifestarse como saltar y correr sin rumbo fijo, como la imposibilidad de permanecer sentado cuando es necesario estarlo, por una verborrea o alboroto o por una inquietud general acompañada de gesticulaciones y contorsiones. El criterio para la valoración de si una actividad es excesiva está en función del contexto, es decir, de lo que sería de esperar en esa situación concreta y de lo que sería normal teniendo en cuenta la edad y el CI del niño. Este rasgo comportamental es más evidente en las situaciones extremas y muy estructuradas que requieren un alto grado de control del comportamiento propio.

En la edad adulta puede también hacerse el diagnóstico de trastorno hiperactivo. Los fundamentos son los mismos, pero el déficit de atención y la hiperactividad deben valorarse en relación con la evolución de cada caso. Cuando la hiperactividad se presentó únicamente en la infancia y en el curso del tiempo ha sido sustituida por otra entidad como un trastorno de la personalidad o un abuso de sustancias, debe codificarse la entidad actual en lugar de la pasada.

Excluye:

Trastornos generalizados del desarrollo (F84.-).

Trastornos de ansiedad (F41 ó F93.0).

Trastorno del humor (afectivos) (P30-F39).

Esquizofrenia (F20.-).

F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención

Se satisface el conjunto de pautas de trastorno hiperactivo (F90.-), pero no se satisface el de F91-(trastorno disocial).

Incluye:

Trastorno de déficit de atención.

Síndrome de déficit de atención con hiperactividad.

Excluye:

Trastorno hiperactivo asociado a trastorno disocial (F90.1).

F90.1 Trastorno hiperactivo disocial

Se satisface el conjunto de pautas de trastorno hiperactivo (F90.-) y el conjunto de pautas de trastorno disocial (F91-).

F90.8 Otros trastornos hiperactivos

F90.9 Trastorno hiperactivo sin especificación

Se usará cuando no sea posible diferenciar entre F90.0 y F90.1, pero se satisface el conjunto de pautas de F90.-.

Incluye:

Reacción hiperactiva de la infancia y adolescencia sin especificar.

Síndrome hiperactivo de la infancia y adolescencia sin especificar.

ANEXO IV - DATOS INDIVIDUALES DEL ALUMNADO CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES ASOCIADAS A DISCAPACIDAD O TRASTORNOS GRAVES DE LA CONDUCTA

Nº expediente

EQUIPO Código: Fecha:

CÓDIGO DEL NIÑO/A (PADI)

Fecha nacimiento niño aaaa/mm/dd. Fecha de nacimiento madre aaaa/mm/dd. Varón 1, Mujer 2. (Paridad, sólo en partos múltiples)

CENTRO ESCOLAR

Código

EI (Escuela Infantil) • CEIP (Colegio Público) • CCIP (Colegio Concertado) • CPIP (Colegio Privado)
 CEIP (T) (Pref. T.G.D) • CEIP (M) (Pref. Motórico) • CEIP (A) (Pref. Auditivos) •
 CEE (Centro Público de Ed.Esp.) • CEE (Centro Concertado de Ed.Esp.) • CPEE (Centro Privado de Ed.Esp.)

HISTORIA ESCOLAR

<p>-Dictamen de N.E.E., curso:...../.....</p> <p>-Cambio de modalidad, curso:...../.....</p> <p style="padding-left: 40px;">A educación especial • A escolaridad ordinaria •</p> <p>- Cambio de sector, curso:...../.....</p>	<p>Cambios de tipo de escolaridad (curso)</p> <ul style="list-style-type: none"> * A Colegio Público Infantil Primaria :...../..... * A Centro Concertado Infantil y Primaria :/..... * A Centro Público de Educación Infantil y Primaria :/..... * A Centro Educación Especial :/..... * A Centro Concertado de Educación Especial:/..... * A Colegio Público Infantil Primaria (TGD) :/..... * A Colegio Público Infantil Primaria (Motoricos):/..... * A Colegio Público Infantil Primaria (Auditivos):/..... * A Instituto Educación Secundaria :/.....
---	--

NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES ASOCIADAS A CONDICIONES PERSONALES DE DISCAPACIDAD O TRASTORNOS GRAVES CONDUCTA

• Retraso Mental (CIE-10)
 • Trastorno específico del desarrollo del habla y del lenguaje (CIE-10)
 • Trastorno generalizado del desarrollo (CIE-10)
 • Trastorno del comportamiento y emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia (CIE-10)
 • con componente disocial (CIE-10)
 • Pérdida o desviación, significativa de la Vista (CIF- 2001)
 • Pérdida o desviación significativa auditiva/ vestibular (CIF- 2001)
 • Neuromusculoesqueléticas (CIF- 2001)
 • Retraso madurativo (etapa de educación infantil)

Diagnóstico Médico (Literal)

Diagnóstico Centro de Salud Mental (Literal)

TIPO DE APOYO EDUCATIVO PROPUESTO (especificar A o B para los perfiles que se precisen)

Maestro PT: A • B • Maestro AL: A • B • Técnico Ed.- EIII: B • Fisioterapeuta B •

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA (A completar sólo por los EOEPs de Atención Temprana)

DERIVACIÓN (remitido por...)

• HOSPITAL • C. BASE • FAMILIA • EOEP • OTROS
 • AT. PRIMARIA • C. TRATAMIENTO • S. SOCIALES • ESCUELA. INFANTIL

APORTA INFORMACIÓN FORMALIZADA SI • NO •

TRATAMIENTO (fuera del centro educativo) SI • NO • SESIONES A LA SEMANA:

• FISIOTERAPIA • LOGOPEDIA • ESTIMULACIÓN
 • PSICOTERAPIA • PSICOMOTRICIDAD • OTROS

CENTRO:

*Firma (orientador/la)
y sello del EOEP*