

***Entendiendo el TDAH:
Características,
Funcionamiento cerebral y
alteraciones
neuropsicológicas.***

Junio 2018

CFR
A CORUÑA

**FUNDACIÓN
INGADA**
Instituto Gallego del TDAH
y Trastornos Asociados

Fundación INGADA

- Nuestra misión es la de mejorar la calidad de vida de las personas con TDAH y Trastornos Asociados. Nuestros valores fundamentales son la excelencia, el trabajo en equipo y la responsabilidad profesional en beneficio del paciente.
- El Instituto se constituye en 2014 con el enfoque de la asistencia integral en Galicia a personas afectadas por TDAH y trastornos asociados.
- Intentaremos ser accesibles a todos los afectados de Galicia a pesar de las dificultades de localización geográfica, económicas o sociales, bajo los principios de accesibilidad y equidad.
- Equipo multidisciplinar de profesionales del ámbito sanitario, educativo, jurídico y de la comunicación que presta de forma voluntaria su colaboración.
- Que ofrecemos:
 - GAMs
 - Talleres
 - Diagnóstico, asesoramiento y orientación
 - Club de Lectura

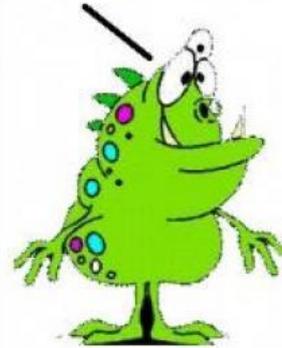


Creer... O no creer?

Lo siento, pero
yo no creo en eso
del TDAH



Oye, ¿tú crees en
los terrícolas?



No, sólo son un
invento del cine.



desmotivaciones.es

Mientras tanto en Marte...

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

VOL. 352 NO. 2

ESTABLISHED IN 1812

JANUARY 13, 2005

WWW.NEJM.ORG



11

El TDAH es trastorno neurobiológico de carácter crónico, cuyos síntomas persisten durante toda la vida (AAP)

PRÁCTICA CLÍNICA

Trastorno de déficit de atención / hiperactividad

Marsha D. Rappley, M.D.

Introducción al TDAH

- Engloba un conjunto de alteraciones cognitivo-conductuales, con patrón clínico heterogéneo pero identificable, con una serie de síntomas nucleares bien definidos: INATENCIÓN / HIPERACTIVIDAD / IMPULSIVIDAD
- Estos síntomas nucleares bien definidos NO SON CATEGÓRICOS: son rasgos conductuales que pueden estar presentes en todos los individuos.
- La **diferencia** entre trastorno y normalidad la marca la intensidad de los mismos o sus repercusiones a nivel académico, social o familiar.

Introducción al TDAH

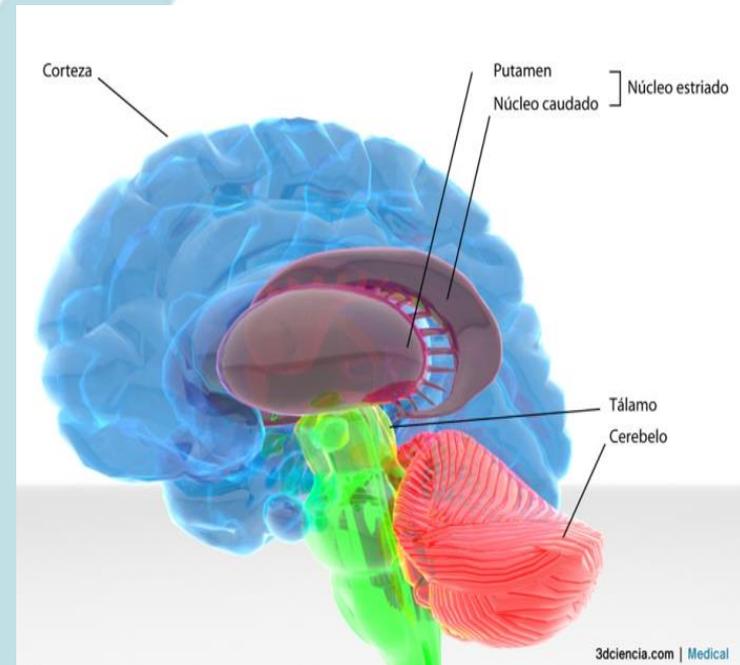
- Es un Trastorno de origen NEUROBIOLÓGICO (Biederman, 2005) causada por interacción de factores genéticos (poligénicos) con otros ambientales (pre, peri, postnatales).
 - Alteraciones en la Neurotransmisión cerebral como consecuencia de una alteración de los genes que codifican receptores y transportadores de Dopamina y Noradrenalina (investigaciones neuroquímicas, neuroimagen funcional).
 - Esto sucede sobre todo en la corteza prefrontal (CP) pero también en otras áreas cerebrales implicadas en la Función ejecutiva (reguladas por conexiones neuronales entre CP, Ganglios Basales y Cerebelo).

Investigadores de la UAB y del H.Vall d'Hebron encuentran anomalías relacionadas con la motivación en niños con TDAH (Biol Psychiatry. 10 de junio de 2012)

"A través de una resonancia magnética nuclear a **42 niños entre 6 y 18 años con TDAH**, y otros 42 sin ninguna anomalía cognitiva o de conducta, comprobaron que:

El estriado ventral, está reducido en los niños TDAH".

Cuando más reducido aparecía el estriado ventral, más hiperactividad e impulsividad se detectaba.



Introducción al TDAH

- Heredabilidad 70-80%** => Padres afectados y con mismas dificultades que sus hijos de “autocontrol” y manejo de su propio estrés.
- **Trastorno crónico**; persiste en la adolescencia (40-70%) y en la edad adulta (hasta el 50%)
 - **Mal pronóstico si no hay tratamiento**
 - Tratamiento **INDIVIDUALIZADO** (multimodal ha demostrado ser el más eficaz).

Epidemiología del TDAH

- Trastorno del NeuroDesarrollo (TND) con mayor incidencia en la población infantil:
 - 6-10% de los niños en **edad escolar** (uno por clase).
 - **90 niños** con TDAH en una consulta de **1500 cartillas** (Taylor, 1993)
- Alrededor del 70% presentan , al menos, otro trastorno asociado.

Epidemiología del TDAH (Diferencias de Género)

- La incidencia es mayor en niños que en niñas (4:1).
- Los niños presentan mayor grado de Hiperactividad/impulsividad → mayores problemas de conducta → acuden más a consulta y son diagnosticados con mayor facilidad.
- En las niñas predominan los problemas de atención, rendimiento académico, ansiedad, depresión y dificultades interpersonales por lo que su detección y diagnóstico es más difícil.

Generalidades del TDAH:

- Se manifiesta en una serie de **conductas molestas/disruptivas** propias de todos los niños pero que en el TDAH se presentan con mayor intensidad y frecuencia

¿Dónde acaba la normalidad y comienza la patología? → PROBLEMA DIAGNÓSTICO

- Pobre Autoregulación de la Atención y las **Emociones** así como poco Control de la Conducta
- Gran variabilidad en su actuación diaria
→ PROBLEMA DIAGNOSTICO

Impacto del TDAH

- Interfiere en el desarrollo normal del niño (aspectos médicos, psicológicos, psiquiátricos)
- Consecuencias especialmente negativas tanto para quienes lo presentan como para familiares
 - Rendimiento académico (etapa escolar)
 - Desarrollo de las relaciones sociales
 - Desarrollo de la Personalidad y aspectos emocionales
 - Relaciones familiares
 - Riesgo de accidentes y conductas de riesgo



Síntomas PRIMARIOS del TDAH

Taylor, 1993

Patrón de conducta
persistente

Impulsividad

Inmediatez
Precipitación
Paso al acto

Hiperactividad

Energía motora poco productiva
Sin finalidad concreta y caótica

**Déficit de
atención**

No logra sostener atención en
Tareas que lo requieren

Presentación de los síntomas TDAH según las distintas edades



Alteración de conducta
“se mueven excesivamente”
“difíciles de contener y controlar”

. **Decrece Hiperactividad ;“si inquietud interna” o movimientos manos/pies**

. **Persiste Impulsividad e Inatención**

Problemas académicos (Fracaso escolar, expulsiones)
Disconformes con normas (Problemas familiares)
Agresividad, Baja Autoestima
X 4, riesgo de Consumo de sustancias, accidentes, embarazos, no deseados



Preescolar Adulto

Escolar

De los 6- 12 años
FORMA TIPICA DE TDAH

Adolescente

Complica DX Diferencial!!

Sospecha Diagnóstica de TDAH



¿Como se hace el Diagnostico?

- 1. El diagnostico es clínico y se basa en el cumplimiento de los **criterios DSM 5.**
- 2. Entrevista con los padres y el niño
- 3. Evaluación de la información de los profesores
- 4. Examen físico y pruebas complementarias para descartar otros problemas.

Observación del Paciente

Los síntomas de TDAH pueden no ser evidentes
 (“tranquilidad paradójica”)

en un entorno estructurado y controlado.

En situaciones nuevas donde el paciente está expectante ante actividades interesantes o recompensas inmediatas

Los síntomas de TDA empeoran o se evidencian más:

En un entorno no estructurado o aburrido

Si hay muchas distracciones

Si requiere un esfuerzo mental sostenido

PREFERIBLE EVALUAR AL PACIENTE EN VARIAS OCASIONES !!!

Evaluación Clínica

- Se basa en una **Hª Clínica Detallada**
(investigar síntomas específicos del Trastorno)
- Necesario obtener información de los diferentes entornos (familia/ escuela)
- No existe ningún marcador psicológico o biológico, prueba o test patognomónico del TDAH

Evidencias para Diagnóstico

- Cumplimiento de criterios propuestos según **DSM-5** o CIE-10 (OMS,1994)
- En el medio pediátrico es más frecuente la utilización del **DSM-5**.
- Es más difícil cumplir criterios de la CIE-10 pues implican un síndrome más severo y menos frecuente que el definido por DSM-IV/ **DSM-5**.
- CIE-10 : Mayor riesgo de Falsos negativos

Diferencias en criterios diagnósticos entre CIE-10 (hipercinesia) y DSM-IV

CIE-10

- Requiere síntomas en todos los dominios:
 - Déficit de atención **6**
 - Hiperactividad **3**
 - Impulsividad **1**
- La presencia de ansiedad o alts del ánimo son criterios de exclusión dca.
- Incluye la categoría del Trastorno Hiperkinético Disocial

DSM-V

- Basta que aparezcan **6** síntomas en uno de los dominios
 - Déficit de atención
 - Hiperactividad/Impulsividad
- Permite la presencia y diagnóstico de alteraciones comórbidas
- No separa trastornos de conducta
- Debe presentarse el trastorno en más de un ambiente distinto

Criterios diagnósticos DSM- V

CRITERIO A:

- Presencia de al menos **6** síntomas de *DESATENCIÓN* y de al menos **6** síntomas de **HIPERACTIVIDAD-IMPULSIVIDAD**

*Mayores de 17 años, al menos 5 síntomas.

- Debe tener una duración al menos de 6 meses (se mantienen con el tiempo)
- Ocurre con más frecuencia en intensidad que en los niños de su misma edad.

Criterios diagnósticos DSM- V

- **Criterio B:** Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención estaban presentes antes de los 12 años de edad.
- **Criterio C:** Los síntomas se presentan en dos o mas ambientes (casa, colegio)
- **Criterio D:** Pruebas claras de deterioro clínicamente significativo de *actividad social, académica o laboral.*
- **Criterio E:** Se descarta la existencia de esquizofrenia u otra entidad que justifique la sintomatología.

CAMBIOS DSM-5

- Se ha incluido el TDAH dentro del capítulo de “Trastornos del Neurodesarrollo” (anteriormente T. Conducta)
- Se han incluido ejemplos para facilitar el reconocimiento de los síntomas en diferentes etapas de la vida.
- Los criterios deben estar presentes antes de los 12 años en lugar de los 7.
- Se ha limitado a 5 la presentación de síntomas en la edad adulta, en lugar de los 6 que se exigen para la infancia, tanto en déficit de atención como en hiperactividad-impulsividad.
- Los subtipos de TDAH han sido reemplazados por “Presentaciones” que se corresponden con esos subtipos anteriores.
- Incluye el diagnóstico de comorbilidad del TDAH con el espectro autista.

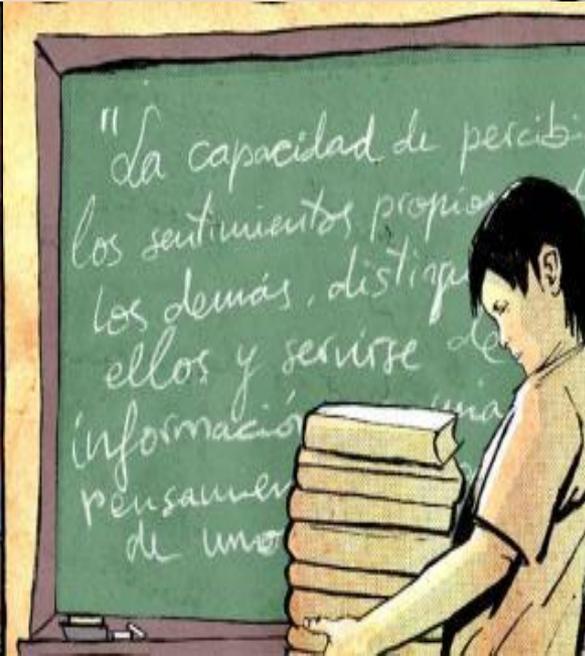
PRESENTACIONES DEL TDAH:

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, **tipo/PRESENTACION con predominio del déficit de atención.**
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, **tipo/PRESENTACION con predominio hiperactivo-impulsivo.**
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad , **tipo/PRESENTACION combinado.**
- Trastorno por déficit de atención no especificado.
- Tempo cognitivo lento. **sluggish cognitive tempo.** “sueña despierto, lento somnoliento”

Tempo cognitivo lento: ¿síntomas del trastorno de déficit de atención/hiperactividad predominantemente desatento o una nueva entidad clínica?

C. Capdevila-Brophy ^{a,b}, J. Artigas-Pallarés ^b, J.E. Obiols-Llandrich ^a

PRESENTACIÓN INATENTO (TDA)



DÉFICIT ATENCIONAL:

Tipo Inatento

- Poca atención a los detalles, descuido
- Dificultad para mantener la atención
- Parece no escuchar
- Está como "en las nubes"
- Nunca termina lo que empieza
- Desorganizado
- Evita tareas que suponen una concentración
- Frecuentemente pierde u olvida cosas importantes
- Distraible
- Olvidadizo

DÉFICIT ATENCIONAL: Inatento – Perfil neuropsicológico

- Déficit en atención selectiva.
- Déficit en la velocidad de procesamiento.
- Mayor déficit en procesamiento auditivo.
- Menor interacción social.
- Mayor afectación memoria de trabajo.
- Habilidades motrices pobres.
- Más frecuente en niñas.
- Mejor respuesta estimulantes en dosis bajas.
- Sintomatología internalizante: depresión y ansiedad

HIPERACTIVO/ IMPULSIVO



Impulsividad /Hiperactividad: subtipo hiperactivo

- Intraquilo
- Taconeaa o juega con las manos
- Se levanta de la silla
- Todo lo hace de prisa
- No puede jugar calmado
- Parece que lleva un motor
- Habla en exceso
- No espera para contestar
- No espera su turno
- Interrumpe a los demás
- Entrometido
- No piensa en las consecuencias de sus actos

Implusivo/Hiperactivo

Perfil neuropsicológico

- Excesiva actividad motora.
- Déficit atención sostenida.
- Déficit de inhibición conductual.
- Sintomatología externalizante: problemas conducta , oposicionista, desafiante.
- Más interacción social.
- Conducta agresiva y disregulación emocional.
- Más frecuente en niños.
- Mejor respuesta a estimulantes en dosis moderadas o altas.

Exploración Física Completa

NO hay ningún signo físico específico o diagnóstico de TDAH.

Permite objetivar signos (asimetrías, lesiones cutáneas, fenotipos) que orienten a determinados síndromes que remedan TDAH.

Permite conocer estado físico del paciente de cara a tratamiento farmacológico y valorar efectos secundarios (Peso, Talla, TA, FC)

Examen neurológico (motricidad gruesa/fina, tics, signos “blandos”), valoración de audición y visión.

Pruebas Complementarias

Solo si en Hª clínica/ Exploración Física hay síntomas/signos que sugieran otro Trastorno.

Signos neurológicos focales (alteración habla importante, disfunción motora, cefaleas, cambios bruscos) justifica la realización EEG y pruebas de Neuroimagen cerebral (TAC, RMN).

Signos/síntomas hipermetabolismo => pruebas tiroideas

Rasgos físicos dismórficos => estudio genético.

Exploración Neuropsicológica

- **NO** serán necesarias para el diagnóstico de TDAH sin complicaciones.
- **Variabilidad** en la expresión del trastorno, que con frecuencia es **específica a una situación** (Brown,2005).
- Según datos recogidos (rendimiento escolar e historia evolutiva)
 - Alteraciones específicas del Desarrollo (alteraciones lenguaje, lectoesritura).
 - Inteligencia límite/ baja (frecuente asociación a TDAH)
- Posibilita detectar áreas de debilidad/ fortaleza a nivel cognitivo, diagnóstico diferencial y medidas terapéuticas individualizadas.

Aspectos Neurocognitivos en el TDAH

Dificultades en:

1. Atención:

- Sostenida.
- Selectiva.
- Dividida

2. Funciones Ejecutivas:

- Memoria de trabajo
- Flexibilidad cognitiva
- Planificación
- Monitorización
- Inhibición

Escalas y Cuestionarios

- Ninguna escala o cuestionario sirve por si misma para hacer un diagnóstico de TDAH.
- Buen complemento a la entrevista clínica como apoyo diagnóstico.
- Permiten obtener información estructurada que servirá para orientar el diagnóstico.
- Útiles como herramientas de screening
- Útiles para controlar el seguimiento de síntomas y la eficacia del tratamiento

Escalas y Cuestionarios

- ESCALAS ESPECÍFICAS PARA TDAH:

(adaptada a criterios DSM-IV, diferentes baremos según edad y sexo, validada en población española, versión padres y profesores, subescalas,)

- Escala de Conners (1997), versión abreviada (S) para padres, profesores, autoadministradas (12-17años)

- SNAP-IV (Swanson,1992)

- Escala para Déficit Atención e Hiperactividad (EDAH)

30% Falsos negativos

Fiabilidad entre observadores moderada (NICE;2008)

Escalas y Cuestionarios

- ESCALAS DE AMPLIO ESPECTRO

Evaluación del comportamiento en general y la función psicosocial

- SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) de Goodman.
 - Útil para valorar varios dominios psicopatológicos
 - 5 subescalas / 1 síntomas de Hiperactividad
 - www.sdqinfo.com
- CBCL (Child Behavior Checklist) de Achenbach (18 meses a 59 años)

Diagnóstico Diferencial

- **Evolutivo** (síntomas propios de la edad, nivel de desarrollo y CI)
- **Hiperactividad/ Inatención Situacional.**
 - **Medio escolar:** T. Aprendizaje
 - Casa: conflictiva familiar
- **Dificultades sociales o conflictos estresantes graves:** ambiente familiar inestable y desorganizado, nivel de exigencia inadecuado (exceso/ defecto) por padres y profesores.

Tabla 2. Entidades clínicas y problemas que se pueden considerar en el diagnóstico diferencial del TDAH

Problemas pediátricos	P. Medicos Tóxicidad por Fármacos	Problemas psiquiátricos	Otras condiciones
<ul style="list-style-type: none"> - Daño cerebral ,TCE - Trastornos auditivos y visuales - Patología tiroidea - S. de alcoholismo fetal - Exceso de plomo - Exceso de fármacos y drogas: benzodiacepinas, fenobarbital; efedrina antihistamínicos, antiasmáticos, antiepilépticos ,Uso crónico aspirina - Epilepsias: petit mal y del lóbulo temporal - Neurofibromatosis - Esclerosis tuberosa - X-frágil - S. de Turner - S. de Angelman y Williams - Trastornos ORL - Trastornos del sueño Síndrome piernas inquietas, apneas - Cefaleas <p>Anemias</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Retraso mental - Trastornos de ansiedad, negativista u opositorista, bipolar o depresión no ligados a TDAH - Trastornos del espectro autista: especialmente el síndrome. de Asperger 	<ul style="list-style-type: none"> - Retraso escolar o trastornos del aprendizaje no ligados al TDAH - Abandono, abuso, maltrato infantil - Infraestimulación - Sobreestimulación - Altas capacidades
		<p>Trastornos de Conducta</p> <p>Trastornos Emocionales y Trastornos Adaptativos</p>	

Malnutrición, estreñimiento grave, dolor crónico,

Comorbilidad y TDAH

- Presentación en un mismo individuo de dos o más enfermedades o trastornos distintos. El TDAH se asocia frecuentemente con otros trastornos psiquiátricos.
- Se admite que el TDAH “puro” es algo muy infrecuente. Hasta un **40-60%** presentan al menos un trastorno comórbido (Goldman), aunque otros autores han observado una comorbilidad de hasta el **60-80%** (Kadesco).
- La comorbilidad condiciona la presentación clínica, suele complicar el diagnóstico, empeorar la evolución, pronóstico y la respuesta al tratamiento.

Tratamiento: Abordaje multimodal



Tratamiento Farmacológico

- **Estimulantes**

- **Metilfenidato**

Liberación inmediata

Liberación prolongada

Oros, RT

- **Derivados de anfetaminas**

Lisdexanfetamina

- **No estimulantes**

- **Atomoxetina (aprobado por la FDA)**

- **Guanfacina**

Pronostico

- Susceptible de mejorar con el abordaje adecuado.
- Mal pronóstico sin diagnóstico y tratamiento.
- En un 30% de los casos persiste en el tiempo.
- La sintomatología de hiperactividad suele suavizarse con los años.

Factores para una buena evolución

- 1. Trastorno poco severo y sin comorbilidades.
- 2. Buen nivel intelectual.
- 3. Familia de clase media y bien avenida.
- 4. Colegio en el que sepan y/o puedan apoyarlo.
- 5. Toda la paciencia del mundo con ellos.
- 6. Buen entendimiento de padres y profesores.
- 7. No darles ni exigirles más de lo razonable.
- 8. Evitarles (o retirarles de) compañías poco recomendables.
- 9. No fumar, no alcohol, no drogas.
- 10. Conseguir que aprendan a escuchar.
- 11. Adecuado encauzamiento profesional
- 12. Conseguir que aprendan a convivir con los demás.
- 13. Buena elección de pareja.
- 14. Hacerles conocer que existe un nivel de competencia para cada uno (todos incluidos).

¿QUÉ HACER ANTE LA SOSPECHA EN EL AULA?

-1. Adoptar medidas individualizadas

2. Manifestar “voz de alarma” al Departamento de Orientación.

3. Valoración por el **Orientador**.

4. Si se confirma sospecha: Hablar con la **familia** y plantear **Adaptación Pedagógica** (temporal, metodológica y/o de contenidos curriculares si precisa). Recomendar que contacten con su **pediatra/médico de familia**.

5. Siempre hay que prestar atención especial a las **necesidades específicas** de cada niñ@ con TDAH: de lectura, escritura, psicomotricidad, expresión, etc.



Atención a la diversidad

Alumnado con necesidad específica de apoyo educativo

- ▶ Alumnado con necesidades educativas especiales
- ▶ Alumnado con dificultades específicas de aprendizaje
- ▶ Alumnado con altas capacidades intelectuales
- ▶ Alumnado de incorporación tardía (procedente del extranjero)
- ▶ Alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo por condiciones personales o historia escolar
- ▶ Otras diversidades
- ▶ Servicios de apoyo a la atención a la diversidad

Alumnado con necesidad específica de apoyo educativo

Se entiende por alumnado con necesidad específica de apoyo educativo aquel que requiera, de forma temporal o permanente, apoyos o provisiones educativos diferentes a las comunes por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, por altas capacidades intelectuales, por incorporarse tarde al sistema educativo o por condiciones personales o de historia escolar.



Alumnado con necesidades educativas especiales



Se entiende por alumnado que presenta necesidades educativas especiales, aquel que requiera, por un periodo de su escolarización o a lo largo de toda ella, determinados apoyos y atenciones educativas específicas derivadas de discapacidad o trastornos grave de conducta.

Alumnado con altas capacidades intelectuales



Una alumna o un alumno presenta altas capacidades intelectuales cuando maneja y relaciona, de manera simultánea y eficaz, en un nivel sensiblemente superior al promedio, recursos cognitivos verbales, numéricos, lógicos, memorísticos, espaciales y creativos. Se considera talentoso el alumnado que destaca especialmente y de manera excepcional en el manejo de uno o varios de estos recursos.

Alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo por condiciones personales o de historia escolar



Un alumno o alumna puede presentar necesidad específica de apoyo educativo derivada de condiciones personales o de historia escolar cuando manifiesta dificultades en la evolución de sus aprendizajes y en la adquisición de objetivos y competencias por motivos de salud, por pertenencia a determinados grupos sociales o minorías étnicas, por situaciones socioculturales desfavorables, por escolarización desaxustada o por la combinación de varios

Alumnado con dificultades específicas de aprendizaje



Se considera que una alumna o un alumno presenta dificultades específicas de aprendizaje cuando su rendimiento en relación a la adquisición y uso de una o varias de las capacidades de comprensión y expresión oral, lectura, escritura, razonamiento y cálculo matemático es significativamente discrepante con su potencial de aprendizaje.

Alumnado de incorporación tardía (procedente del extranjero)



La llegada de población de origen extranjera a nuestra Comunidad Autónoma, así como el retorno de emigrantes gallegos y de sus familias, está incidiendo notablemente en la evolución de la diversidad en nuestra población escolar, de manera que proporcionar una respuesta educativa a este alumnado se convierte en una línea prioritaria de actuación.

MEDIDAS ORDINARIAS

Pueden afectar a todo el alumnado y no precisan una evaluación psicopedagógica previa.

Adaptaciones curriculares NO significativas

Modifican:

- **Metodología.**
- **Organización.**
- **Lo ambiental.**
- **Las ayudas.**

MEDIDAS EXTRAORDINARIAS

Adaptaciones curriculares significativas

Modifican:

- **Objetivos.**
- **Contenidos.**
- **Criterios de evaluación.**

ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD CON ALUMNADO TDAH

Nivel 1:

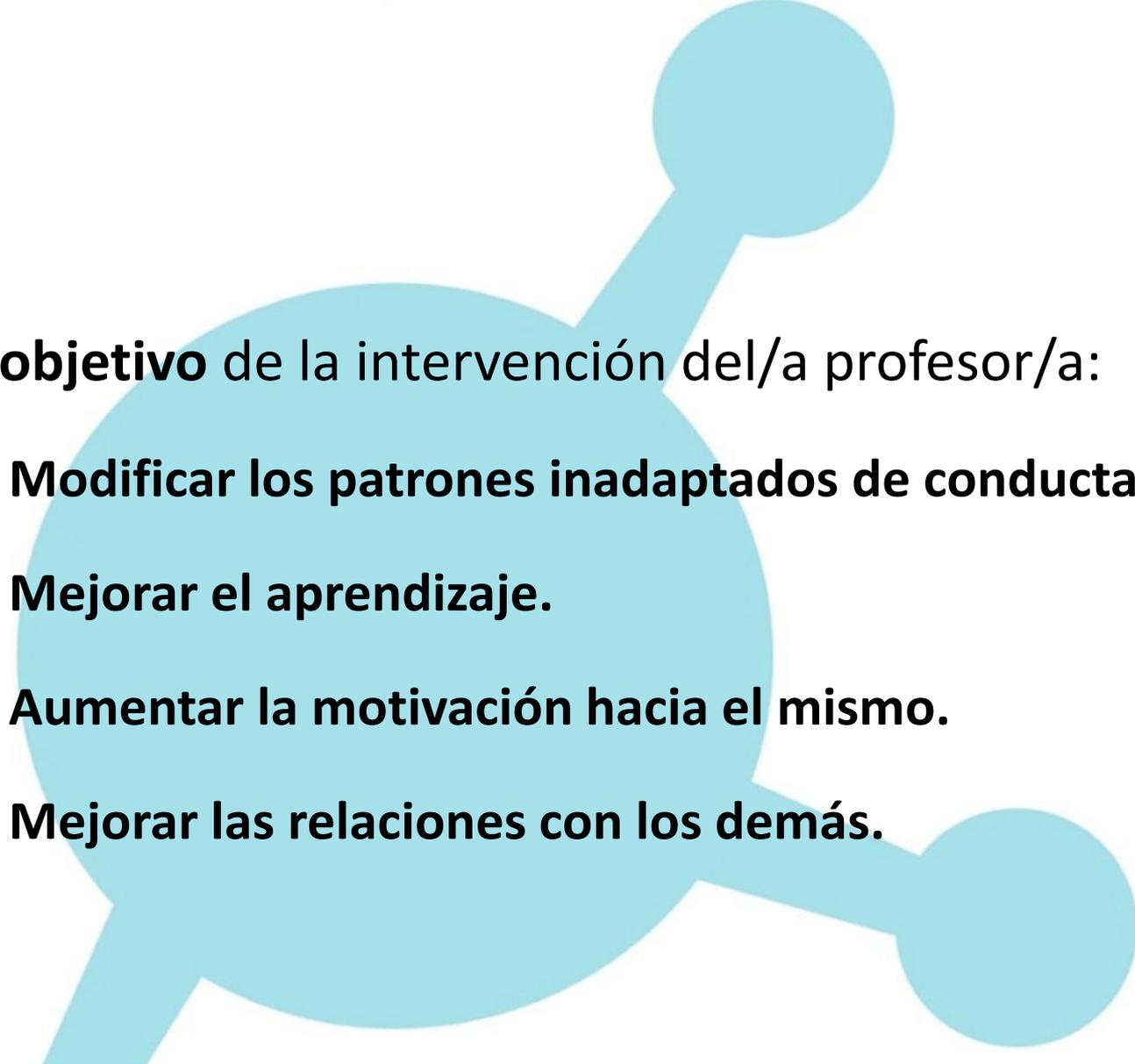
- Alumnado ordinario.
- Medidas atención a la diversidad generales.

Nivel 2. Diagnóstico TDAH (NEAE):

- Medidas atención a la diversidad generales y ordinarias.
- Posible evaluación psicopedagógica.
- Adaptaciones NO significativas.

Nivel 3. Diagnóstico + discapac. Intelect./TGC (NEE):

- Medidas atención a la diversidad generales, ordinarias y extraordinarias.
- Evaluación psicopedagógica y dictamen de escolarización.
- Adaptaciones significativas.



El **objetivo** de la intervención del/a profesor/a:

- **Modificar los patrones inadaptados de conducta.**
- **Mejorar el aprendizaje.**
- **Aumentar la motivación hacia el mismo.**
- **Mejorar las relaciones con los demás.**

Modificaciones estructurales en el entorno educativo



Modificaciones estructurales en el entorno educativo:

- ~ **Repetir con frecuencia y visibilizar las normas.**
- ~ **Tratar de generar horarios y “rutinas”** para todo el aula que les permitan sentirse seguros en un terreno conocido (uso de la **agenda, horario en el pupitre, materializar el tiempo con relojes**).
- ~ **Fragmentar las tareas en periodos cortos de tiempo** para aquellas que requieran un alto nivel de atención y/o concentración. Establecer **periodos de descanso**.
- ~ **Desempeñar las tareas que impliquen un esfuerzo mental después de periodos de esfuerzo físico**, para que el cansancio favorezca a su concentración.
- ~ **Utilizar pistas visuales** para recordarle la secuencia de los procesos (dibujos, fichas, notas, pegatinas de colores...).

Modificaciones estructurales en el entorno educativo:

- ~ **Incluir en la rutina cinco minutos diarios para la organización del material.**
- ~ **Avisar con tiempo de los cambios en las rutinas.**
- ~ **Mostrar paso a paso lo que hay que hacer en cada tarea.**
- ~ **Describir detalladamente en la pizarra las tareas a realizar.** No limitarse a nombrarlas.
- ~ **Motivarle pidiéndole que colabore** con usted en la organización de la clase (mantener limpia la pizarra).
- ~ **Fomentar la actividad controlada** elimina la tensión y energía acumuladas por permanecer quieto y fomenta su **autoestima** (sentirse útil).

Modificaciones estructurales en el entorno educativo:

- ~ Buscarle un **compañero ordenado y atento** con el que pueda conectar bien y que le sirva de **referencia** cuando se ha despistado.
- ~ **Ubicarlo en las primeras filas del aula, con pocos estímulos** delante y un campo de visión no excesivamente extenso (buscamos que no esté sobreestimulado), si puede ser, **cerca de usted**.
- ~ **Disminuir al máximo los estímulos irrelevantes** que haya en el aula, así como en su pupitre, y que puedan distraerle.
- ~ Acordar que se levante hasta la mesa del profesor para mostrarle los deberes/tareas.

Modificaciones en el estilo educativo



Modificaciones en el estilo educativo

» **Indicaciones generales:**

- ~ Piense en la posibilidad de un TDAH (u otro) cuando **un alumno no rinda** al nivel al que aparentemente podría hacerlo.
- ~ **Piense que a veces el alumno NO PUEDE** hacer las cosas mejor, y no que no quiere.
- ~ Trate de **identificar el tipo de inteligencia predominante** en el alumno y cuál es el **modelo de aprendizaje** que mejor le va para poner en marcha medidas en ese sentido.
- ~ Intente descubrir los **aspectos positivos** del alumno y hágale ver que los valora. **Refuerzo positivo.**
- ~ Corrija los aspectos negativos con el menor ruido posible y siempre **intentando motivar.**

Modificaciones en el estilo educativo

- ~ **Prestar atención al alumno cuando realice algo positivo.** La **alabanza** ha de ser **descriptiva, sincera y positiva.**
- ~ Reforzar sus acciones con el **contacto físico** (abrazos, tocar el hombro, chocar la mano...).
- ~ **Negocie** con él metas específicas, ofreciéndole la posibilidad de ganar **premios que le motiven.**
- ~ **Permítale que participe regularmente** en la clase (buscando que salga a la pizarra si sospecha que lo va a hacer bien).
- ~ **Acérquese regularmente a su mesa para enviar mensajes positivos.**
- ~ Hacer las **actividades más dinámicas y divertidas** (evitar monotonía).

Modificaciones en el estilo educativo

- ~ Recuerde que **todo se puede entrenar**, hay que ser creativo para imaginarse de qué manera hacerlo en cada situación.
- ~ **Comunique sus inquietudes** respecto del alumno **a otros profesores y a los padres** para tratar de buscar soluciones.
- ~ Valore desde el primer momento la posibilidad de que el alumno sea evaluado psicopedagógica o clínicamente.
- ~ **Colabore con los médicos** aportándoles la información sobre el alumno en el colegio; es valiosísima.
- ~ **Colabore con los padres** para que el alumno aprenda a organizarse: desde una actitud positiva, con citas regulares y desde unas expectativas realistas.

Modificaciones en el estilo educativo

» Técnicas modificación de conducta:

- El **refuerzo positivo** es una táctica de elevada eficacia para el control de la conducta. Para que sea efectiva, hay que **limitar** esa recompensa a conductas determinadas.
- Las **recompensas sociales** suelen ser más apropiadas que las materiales y tienen mayor efectividad. Cuando el alumno ve que se le valora una determinada actitud, tenderá a repetirla.
- Establecer un **sistema de puntos** para premiar al niño con TDAH cada vez que adopte una actitud correcta o consiga un objetivo marcado. Se puede establecer un sistema similar para **todo el aula**.
- **Ignorar las actitudes inapropiadas (extinción de la atención)** y, en el caso de que sean muy molestas, utilizar, sin abusar, el **tiempo fuera** (“aislar” al alumno durante un tiempo determinado en un lugar sin estímulos y, una vez pasado ese tiempo, retomar la actividad sin hacer mención a lo ocurrido).

Modificaciones en el estilo educativo

» Fomentar la reflexión:

- Una estrategia adecuada para que el alumno corrija su actitud es establecer un “**rincón para pensar y relajarse**” durante un pequeño periodo de tiempo, destinado a la reflexión sobre una actitud concreta (*un minuto por cada año que tenga el niño. Por ejemplo, si tiene cinco años, permanecerá alejado cinco minutos*).

Es conveniente que se le indique al alumno que **este tiempo es algo positivo para él**.

- **Pensar en voz alta** puede ayudar al alumno a generar un lenguaje interno que controle su conducta (**autoinstrucciones**): acostumbrarle a que cada vez que vaya a realizar alguna tarea siga el **esquema Pensar, Decir en voz alta (autoinstrucciones) y Hacer la actividad.**

Modificaciones en el estilo educativo

» Los deberes:

- ~ Valore el **volumen y carácter** de las actividades y deberes propuestos para ser realizados en casa.
- ~ Estos niños necesitan prioritariamente **aprender a estudiar, concentrarse, organizarse.**
- ~ **Repetir las cosas muchas veces no tiene para ellos valor añadido.** Si están cansados, saturados, es tarde, etc, harán las cosas mal aunque las sepan hacer bien.
- ~ Tenga en cuenta que estos niños **necesitan** hacer ejercicio y **realizar otras actividades en las que puedan destacar** o al menos ser más competentes que en los estudios.

Modificaciones en el estilo educativo

» La evaluación:

Evaluar su conocimiento y no su ejecución:

- ~ Permitirle que tenga **más tiempo** que otros en la realización de exámenes, o que los tenga por fases.
- ~ Valorar la realización de **exámenes orales**.
- ~ Dividir los **exámenes en partes**.
- ~ **Evaluar de forma continuada y de muchas maneras el conocimiento**, no limitando la evaluación a la ejecución en un determinado tipo de exámenes.
- ~ Hacer **prácticas de examen**
- ~ Tratar de proporcionar **feedback sobre sus errores**.

En general, **averiguar lo que sabe** y no cómo responde en un examen.

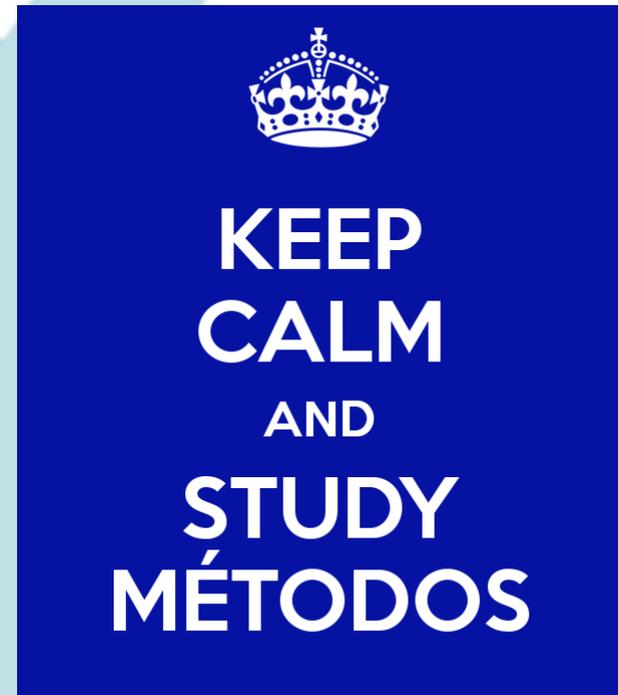


CURIOSA INICIATIVA, UNA ESCUELA EN QUEBEC UTILIZA PUPITRES BICICLETA PARA NIÑOS HIPERACTIVOS.



MÁS ESTRATEGIAS

- Mantener la calma y no generar más activación. Evitar el exceso de presión y las profecías.



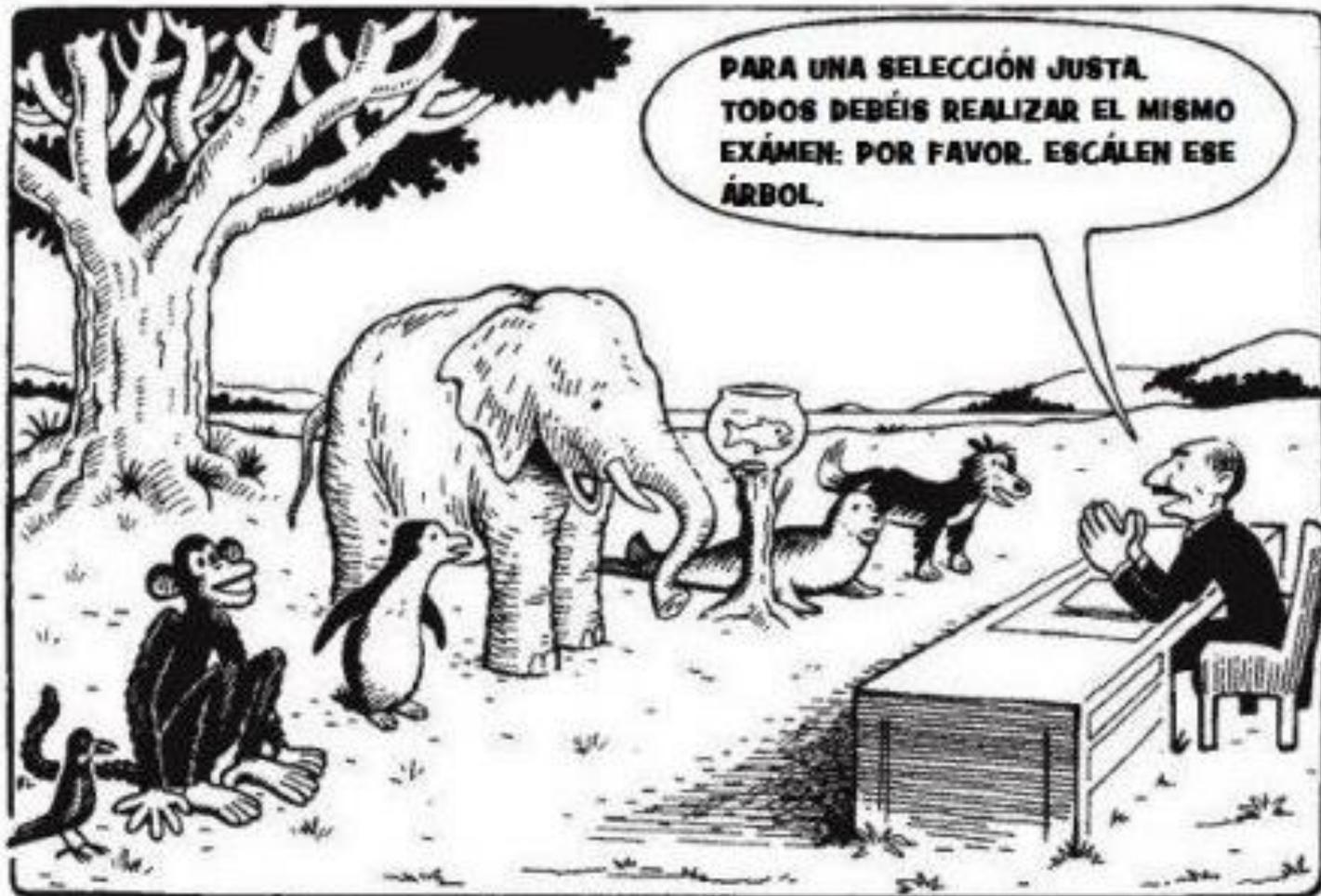
ESTRATEGIAS

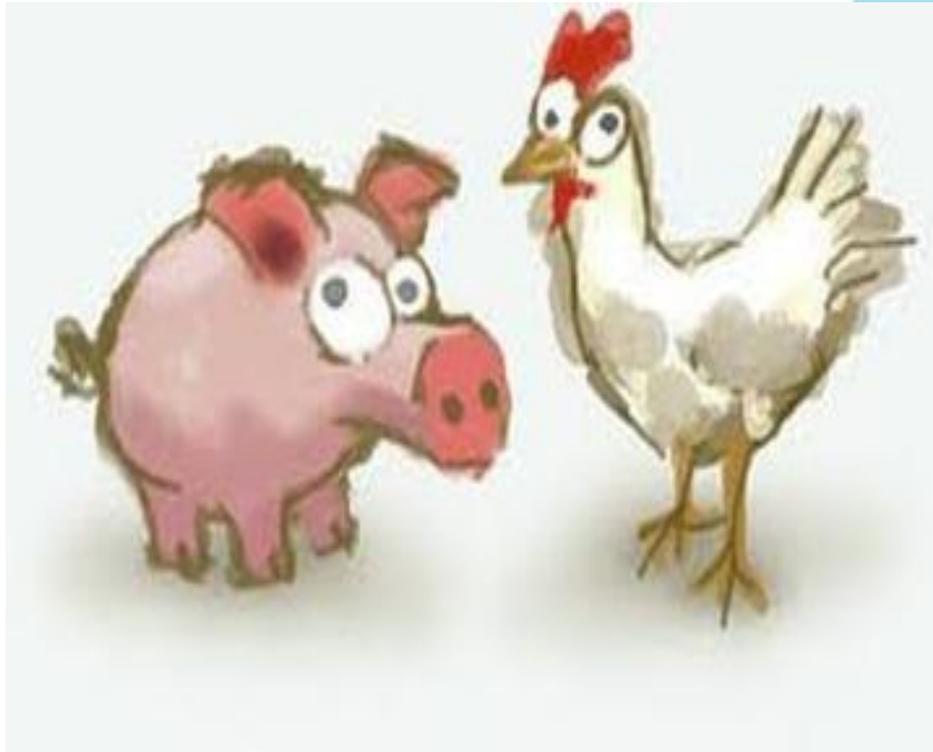
PRIMERO
CONEXIÓN 
ANTES QUE
CORRECCIÓN



"La Alegría de ser padres, desarrollando hijos exitosos"







Y vosotras/os,
**¿os involucráis u os
comprometéis con el sistema
educativo?**

Vamos al lío: CASOS PRACTICOS

- **Pepe, 19 años**
- **Altamente inteligente y creativo: Escribe temas de rap, increíble talento para la música y la imagen; estudia el ciclo en Imagen y Sonido.**
- **Ha comenzado a faltar a clase, no se entiende con sus compañeros y tiene dificultad para trabajar en grupo.**
- **Viene a la primera consulta pero comienza a faltar a las siguientes, argumenta que está “de bajón” y que no es capaz de acudir a la consulta**
- **No toma la medicación desde los 18 años, cuando acabó el BAC, dice que encontraba que “se obsesionaba mucho con los estudios”, le apareció algún tic**
- **Pretende abandonar el ciclo**
- **¿Qué hacemos?**

¡Gracias!



FUNDACIÓN

INGADA

Instituto Gallego del TDAH
y Trastornos Asociados