



Universidad de Valladolid

Campus María Zambrano

Grado en Educación Infantil

**Cómo se enfrenta una maestra a un
niño con posible TDAH**

Alumna: Lara Cantó Cantó

Tutor: Aitor Bermejo Valverde

Año: 2013

Resumen

Es una realidad que, actualmente, en las aulas de los colegios hay un número significativo de escolares con Trastornos por Déficit de Atención. Estos alumnos son diagnosticados a partir de los seis o seis años y medio por especialistas, por lo que la etapa de Educación Infantil se encuentra olvidada y sin apenas ayuda. Son niños que requiere mucho apoyo constante que les aporte seguridad y confianza en el día a día escolar, porque son alumnos que se sienten sobrepasados ante situaciones nuevas que se salen de su “conocida” rutina diaria.

Actualmente, los maestros que ejercen en Educación Infantil se encuentran desamparados en este aspecto, ya que cada vez hay un ratio mayor de alumnado en el aula y por lo tanto, un tiempo menor dedicado a ayudar a este alumnado. Se requiere la ayuda del centro escolar para que acuda personal de apoyo.

Es, gracias a que en mi periodo de prácticas en un centro de Segovia, cuando entro en esta realidad escolar. En una clase de veinticinco alumnos, hay uno que destaca por su comportamiento, un posible caso de TDAH porque todavía no ha cumplido la edad mínima para ser diagnosticado. Es aquí cuando puedo observar cómo actúa una maestra y la implicación del colegio ante esta situación.

En este trabajo se indaga sobre este trastorno, se observará la dinámica de la clase, y se plantea una hipótesis; la hipótesis de que mediante actividades ritmo-musicales, este alumno podrá avanzar en su trabajo diario y a controlar más sus impulsos.

Palabras clave: hiperactividad, TDAH, ritmo, musical, maestra, inclusión, actuación.

Abstract

It is a fact that, nowadays, in school's classrooms there is an important number of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). These pupils are diagnosed when they are six o half-six years by specialists, by what the early years education is usually not kept on mind and has neither help nor resources. This kind of

kid needs a constant support in order to give them the confidence he/she needs for the school day-to-day, owing to these kids feel they are overwhelmed with new situations which are out of their well-known (for them) daily life.

At present, teachers who work in early years education are helpless in this aspect, because the number of children in classrooms is getting bigger and bigger and, as a result, the time which is dedicated to them is fewer and fewer. A total help from the school of the child is required in order to receive help from these specialist of which we spoke before.

It was in that moment, thanks to the practical period of the degree which I made in an early childhood school of Segovia, when I realized this school reality. In a twenty-five-child class, there was one who stood out by his/her behavior; he could be a possible case of ADHD because she/he did not have the minimum age to be diagnosed. In this situation, I could see how a teacher confronts this disorder and the help and support which a school can give them both, child and teacher.

This paper explores this disorder, we will see the dynamic of the classroom and, later, we will suggest a hypothesis. Our hypothesis says that using the rhythm-musical activities, this child would be able to make progress on his dialy work and to rein in his behavior on impulse.

Key Words: hyperactivity, ADHD, musical, rhythm, teacher, inclusion, actuation.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	página 6
2. OBJETIVOS.....	página 7
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	página 7
2.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS E HIPÓTESIS.....	página 8
3. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA.....	página 9
3.1. COMPETENCIAS DEL GRADO.....	página 9
4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	página 10
4.1. CARACTERÍSTICAS.....	página 10
4.2. OBJETIVOS PRINCIPALES.....	página 10
4.3. RECORRIDO HISTÓRICO.....	página 13
4.4. TRASTORNOS ASOCIADOS/COMORBILIDAD.....	página 15
4.5. TIPOS DE TRATAMIENTO.....	página 17
4.5.1. Tratamiento motivador.....	página 17
4.5.2. Tratamiento multidisciplinar.....	página 19
4.5.3. Tratamiento farmacológico.....	página 21
4.6. ADOPCIONES EN PAÍSES DEL ESTE.....	página 22
4.7. ACTUACIÓN DOCENTE.....	página 26
5. METODOLOGÍA.....	página 26
5.1. CREDIBILIDAD DEL ESTUDIO.....	página 27
5.2. MUESTRA.....	página 28
5.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	página 29
5.3.1. Observación directa y diario.....	página 29
5.3.2. Entrevistas al personal docente.....	página 30
5.4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN EL AULA.....	página 32
5.4.1. Bailes y danzas del mundo I: Kenia – Shay-Shay.....	página 33
5.4.2. Bailes y danzas del mundo II: Hawái/Polinesia – Endunda.....	página 34
5.4.3. Bailes del mundo II: India – Ani kuni.....	página 36
5.4.4. Análisis de las sesiones.....	página 37
5.4.5. Integración de la sesión en una unidad didáctica.....	página 39

6. EXPOSICIÓN DE RESULTADOS DEL PROYECTO.....	página 41
6.1. OBSERVACIÓN DIRECTA Y DIARIO.....	página 41
6.2. ENTREVISTAS CON EL PERSONAL DOCENTE.....	página 43
6.3. OBSERVACIÓN DIRECTA Y DIARIO.....	página 45
6.4. LAS SESIONES.....	página 45
7. CONSIDERACIONES FINALES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	página 46
8. BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS.....	página 48
9. ANEXOS.....	página

1. INTRODUCCIÓN

“Es relativamente fácil detectar la hiperactividad infantil a la edad de 5-6 años, justo cuando inicia la escolaridad. Pero hacerlo antes es más difícil, aunque hoy día se insiste en que este trastorno puede ser identificado antes de los 6 años, con lo cual se evitan y previenen futuros problemas emocionales, conductuales y cognitivos” (Castell, 2006, p 160).

La hiperactividad (TDAH) es el trastorno neurológico más común en edades preescolares y diagnósticos más frecuentes dentro de la psicología clínica infantil y la neuropsiquiatría¹ (Lorenzo et al., 2013, pp. 13-14). Por esto, cada día, los docentes se deben enfrentar a esto sin saber cómo resolverlo. Esto hace que puedan llegar a sentirse frustrados al no lograr comprender del todo la situación o resolverla. Estas conductas cotidianas se caracterizan a grosso modo por la impulsividad, la desatención y la inquietud (Miranda et al., 2001, p. 10; Moreno, 1999, p. 18).

Son problemas que no solo están en la edad infantil (como se cree erróneamente), sino que son problemas que llegan a la edad adulta; y es aquí donde verdaderamente forman conductas problemáticas, por lo que es necesario abordarlas de manera temprana. Pese a este desesperanzador comentario, es necesario mencionar que el TDAH suele perder fuerza con el paso de los años.

Las personas con este diagnóstico tienen problemas en su desarrollo cognitivo, personal y social, siendo esto un problema claro en la etapa escolar (aprendizajes y desenvolvimiento social) (Ibíd.).

Se hace evidente, por tanto, la necesidad de establecer subgrupos que permitan delimitar con claridad la neurobiología del TDAH. Sin duda, contribuirá a ello la aproximación al estudio de este trastorno a través de distintas perspectivas y metodologías (genéticas, neuroanatómicas, neuroquímicas o neurofisiológicas) que posibiliten, además, el desarrollo de alternativas terapéuticas eficaces a largo plazo.

¹ Según WordReference: Estudio de las enfermedades neurológicas y psiquiátricas que trata de establecer una relación entre las alteraciones del sistema nervioso y los trastornos mentales.

En este caso tan concreto, las competencias docentes del currículum de Educación Infantil son verdaderamente importantes, ya que, se trata de alumnos más sensibles que el resto.

Se deben emplear todas ellas, ya que se encuentran estrechamente entrelazadas y se necesitan todas para lograr que el alumnado se forme integralmente de una manera completa. Son, esencialmente, en este caso más específico, las siguientes:

- Intelectual. Para lograr un pensamiento científico, lógico y cognitivo.
- Intrapersonales. Debe de orientar, estimular y orientar para que adquiera el aprendizaje que se pretende.
- Sociales. Debe crecer en la convivencia, mediante la afectividad con los compañeros, la tolerancia y la cooperación entre todos.

Todas estas cosas son muy importantes, y por lo tanto, el docente debe tenerlas siempre presentes a la hora de enfrentarse y de actuar en el aula.

Como elemento de cohesión, las actividades que se llevarán a cabo en el aula serán de componente rítmico, ya que une educación física y educación musical; que, como menciona Arriaga et al. (2012), en esta segunda se engloban competencias expresivas, intelectuales, motrices y lingüísticas.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Conocer de manera más profunda el Trastorno de déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), comprender los síntomas y ayudar al alumnado que pueda padecerlo.

Una de las partes que forman este trabajo es una investigación histórica, y una posterior puesta en práctica para ayudar a mejorar la capacidad de concentración en las tareas escolares de un alumno con indicios de hiperactividad.

2.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS E HIPÓTESIS

Otros de los objetivos que se plantean para este trabajo son los que se describen a continuación.

- Comprobar a partir de actividades psicomotrices con ritmos (rítmico-musical), si el alumno con posible TDAH (sin diagnosticar), es capaz de llevar a cabo las actividades físicas planteadas y después, poder realizar de forma calmada una actividad de carácter óculo-manual. Para ello, se realizarán 3 sesiones de unos 30-40 minutos aproximados cada una. Este objetivo nace gracias a que, en el día 8 del diario de observación (Anexo I, 15-16), el niño mostró tener muy interiorizado el ritmo de las canciones.
- Reconocer la utilidad de las actividades motrices con ritmo como herramienta de mejora en niños con excesivos movimientos (posible caso de TDAH).
- Observar la actitud del alumno en estas actividades con respecto a las cotidianas del aula.
- Comprobar si existe una mejora de actitud, atención, concentración y motivación en este tipo de actividades.

Después de investigar sobre el trastorno, y observar la actuación del alumno, surge la idea de observar, si gracias a la realización de bailes (rítmico-musical), el niño se muestra motivado e implicado en la actividad.

También surge la idea de comprobar si, después de realizar los bailes, la capacidad de concentración en actividades óculo-manuales (especialmente grafomotricidad), su atención y la precisión del trazo aumentan.

Personalmente, considero a este tipo de instrumento como una herramienta de Atención Temprana que ayude a detectar posibles trastornos en el alumnado.

1. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

En el aula donde actualmente realizo las prácticas, hay un niño adoptado originario de Rusia (Europa del este), países con un gran número de niños adoptados diagnosticados de hiperactividad. Como no ha cumplido los seis años y medio, no se le ha diagnosticado el trastorno de manera oficial, por lo que la maestra tutora del aula debe realizar todo el trabajo.

El sujeto de estudio es un niño de cinco años y medio. Muestra un exceso de actividad motora, escaso autocontrol, se muestra incansable e inquieto y carece de conciencia de peligro. También se frustra fácilmente, provoca discusiones, peleas y, en ocasiones, muestra estallidos emocionales. Frente a todo esto, es un niño capaz de prestar atención, aunque en la mayoría de las ocasiones, lo hace de una forma inadecuada.

3.1. COMPETENCIAS DEL GRADO

Para concluir, es necesario mencionar que mediante este trabajo, se busca alcanzar las competencias generales y específicas que se encuentran en el título de Grado en Educación Infantil. (Marbán, 2008, p. 19)

Dentro de las competencias generales, se destacan del primer punto:

- Características psicológicas, sociológicas y pedagógicas, de carácter fundamental, del alumnado en las distintas etapas y enseñanzas del sistema educativo.
- Objetivos, contenidos curriculares y criterios de evaluación, de un modo particular los que conforman el currículum de Educación Infantil.
- Principios y procedimientos empleados en la práctica educativa.
- Principales técnicas de enseñanza-aprendizaje.

El segundo punto, trata sobre la capacidad de aplicar los conocimientos aprendidos al aula:

- Ser capaz de reconocer, planificar, llevar a cabo y valorar buenas prácticas de enseñanza-aprendizaje.
- Ser capaz de analizar críticamente y argumentar las decisiones que justifican la toma de decisiones en contextos educativos.
- Ser capaz de integrar la información y los conocimientos

- necesarios para resolver problemas educativos, principalmente mediante procedimientos colaborativos.

En los siguientes puntos se destaca la capacidad de reunir e interpretar datos, y transmitir esa información obtenida a la gente. Mayoritariamente, las conclusiones a las que se llega sirven para solucionar diversos problemas.

En lo que se refiere a las competencias específicas, las más relevantes son las que se encuentran en el apartado de Prácticum y Trabajo Fin de Grado:

- Adquirir conocimiento práctico del aula y de la gestión de la misma.
- Ser capaces de aplicar los procesos de interacción y comunicación en el aula, así como dominar las destrezas y habilidades sociales necesarias para fomentar un clima que facilite el aprendizaje y la convivencia.
- Ser capaces de relacionar teoría y práctica con la realidad del aula y del centro.
- Participar en la actividad docente y aprender a saber hacer, actuando y reflexionando desde la práctica, con la perspectiva de innovar y mejorar la labor docente.
- Ser capaces de regular los procesos de interacción y comunicación en grupos de alumnos y alumnas de 0-3 años y de 3-6 años.
- Adquirir hábitos y destrezas para el aprendizaje autónomo y cooperativo y promoverlo en el alumnado.

4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

4.1. CARACTERÍSTICAS

Para poder ofrecer un enfoque mucho más centralizado en la detección temprana del TDAH, es necesario tener en cuenta esta tabla de dominio de síntomas:

Desatención	Hiperactividad	Impulsividad
<ul style="list-style-type: none"> - No presta suficiente atención a los detalles - Tiene dificultades para mantener la atención - Parece no escuchar 	<ul style="list-style-type: none"> - Mueve en exceso manos y pies - Abandona su asiento en la clase - Corre o salta 	<ul style="list-style-type: none"> - Responde de forma precipitada a las preguntas - Tiene dificultades para guardar el turno - Habla en exceso (ICD-10)

- No finaliza las tareas - Tiene dificultades para organizar las tareas - Evita el esfuerzo mental sostenido - Pierde objetos - Se distrae por estímulos irrelevantes - Es olvidadizo	- Tiene dificultades para jugar tranquilamente - Excesivo movimiento y habla en exceso (DSM-IV)
--	--

Tomado de Castells, 2006, pp. 55-57 y Miranda et al., 2001, pp. 13-14.

A día de hoy, aún se desconoce en gran medida la naturaleza exacta de esta alteración neurobiológica. Actualmente, se utilizan dos términos para esta alteración son el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), caracterizado por inatención, impulsividad e hiperactividad; y el THA. En ambos casos, la conducta hiperactiva sería la que llevaría a los docentes a solicitar ayuda especializada.

Como se menciona en el artículo de Mediavilla (2003, p. 1), el trastorno de hiperactividad (TDAH) es, principalmente; una excesiva actividad motora que se mantiene durante las 24 horas del día, que persiste durante más de 6 meses e interfiere en la vida cotidiana del sujeto (relaciones sociales, estudio, etc.). Afecta a ciertas estructuras del cerebro de todo tipo de animales superiores como caballos, toros, monos, gatos, etc.

Es un trastorno definido, como dice el Dr. Pascual (2008), por tres síntomas básico:

1. Disminución de la atención.
2. Movimientos por impulsos (impulsividad).
3. Gran cantidad de energía que debe eliminar (Hiperactividad).

Actualmente, el porcentaje de personas que la padecen se ha incrementado, prevaleciendo en los varones la hiperactividad y en las mujeres la falta de atención.²

Otro de los principales alicientes para este caso es el de la impulsividad.

Esta es, según Calderón (2003, p. 43) “un déficit en la capacidad para inhibir conductas (autocontrol), incapacidad para refrenarse”. Es, actualmente, uno de los síntomas centrales del TDAH, y se manifiesta mediante la precipitación de dar respuestas, la intromisión en actividades ajenas (que pueden dar lugar a conductas de

² Según datos del Dr. Pascual: “Hace unos años se estimaba la prevalencia del TDAH en el 4%-6%, los últimos estudios dan cifras que rondan el 20%.

riesgo), inquietud, poca capacidad para guardar el turno, realizar actividades físicas de riesgo, poca constancia en su propio trabajo, etc. Resumiendo todo esto, es un “actuar sin pensar”, según Douglas (citado en Calderón, 2003, p. 45).

Uno de los tipos menos frecuentes que puede padecer una persona diagnosticada con TDAH, puede ser el subtipo hiperactivo-impulsivo, el cual muestra como rasgos claros los siguientes:

- Buen nivel de Cociente Intelectual (100 y 126) con lo que consigue un adecuado rendimiento académico.
- Mala convivencia con los compañeros.
- Irrespetuoso, inquieto y alborotador; con actitud perturbadora que puede provocar un rechazo por parte de los compañeros. (Moreno, 1999, p. 27) (Castells, 2006, p. 67).

Tiene rasgos muy claros, pero no está claro a día de hoy su conceptualización. Para ello, Calderón (2003, pp. 43-44) investiga sobre otros autores para poder dividir varios rasgos/perspectivas/enfoques:

- De personalidad. Son, según Velting y Whitehurst, (1997) y Solano, (2001), personas caracterizadas por una incapacidad para esperar una gratificación, alta actividad física, dificultad para entablar relaciones personales duraderas y presentar conductas antisociales.
- Del procesamiento de información. Jerome Kagan y estudios similares lo relacionan con las pautas de análisis visual.
- Cognitivo-conductual. Destacan Bandura, Meichenbaum y Goodman (1981), Kendall o Braswell. Según Barkley (1997), este enfoque cree que surge a partir de la autorregulación de cada uno. Haciendo que provoque un retraso, especialmente a la hora de interiorizar el lenguaje.

4.2. OBJETIVOS PRINCIPALES

Según Moreno, una definición global que tienen los profesionales y que engloba las características más comunes es:

... su conducta es caótica, inquieta, no focalizada en objetivos o finalidades concretas y carentes de persistencia. Por tanto, se trata de niños desordenados, descuidados, no prestan atención en clase, cambian continuamente de tarea y presentan una actividad permanente e incontrolada (...). Tienen dificultades para permanecer quietos, sentados, suelen responder precipitadamente incluso antes de haber finalizado la formulación de las preguntas, además se muestran impacientes y no son capaces de esperar su turno en las actividades en las que participan más individuos. Interrumpen las tareas o actividades de los compañeros y miembros de la familia. (1999, pp. 30-31).

La movilidad excesiva contrasta con rigidez y falta de movilidad en sus movimientos. (Ibíd.).

... la impulsividad se pone de manifiesto por la incapacidad que muestran para inhibir las conductas que conllevan satisfacción inmediata, de ahí que en algunos casos se indique que tienen escasa tolerancia a la frustración, deficiente control de los impulsos y de autocontrol. (Ibíd.).

Ante esta información, y observando un caso en primera persona, se decide investigar más sobre este trastorno que, actualmente, aumenta el número de alumnos en los colegios que lo padecen.

4.3. RECORRIDO HISTÓRICO

Para profundizar un poco más sobre este trastorno tan expandido actualmente, es necesario realizar un breve recorrido sobre su historia. Para ello, Castell (2006, pp. 39-42) y Miranda et al. (2001, pp. 11-13) hacen un breve seguimiento sobre este recorrido de un trastorno relativamente actual y que poco a poco, afecta a un número mayor de niños.

Las primeras descripciones clínicas del TDHA se remontan a mediados del siglo XIX, donde el médico alemán H. Hoffman descubrió un síndrome caracterizado por impulsividad, inquietud y bajos rendimientos.

Hay que avanzar hasta principios del siglo XX para que el doctor inglés Still describiera por primera vez las características del trastorno, al observar conductas impulsivas y de excesiva actividad en sus pequeños pacientes. Menciona que carecen de un “control moral” a la hora de realizar algunas acciones. Argumentó que estas causas no son por deficiencias intelectuales, sino que se debían a una educación inadecuada o a un ambiente familiar desestructurado. Aunque estudios realizados durante los años posteriores llegó a considerarse la hiperactividad como un síndrome neurológico, ya que niños con daños cerebrales presentaban el mismo cuadro clínico.

Más de medio siglo después, Clements (1966) lo diagnostica como un trastorno de la conducta y del aprendizaje en niños con inteligencia normal, asociando este comportamiento a una disfunción en el sistema nervioso central (niños con dificultades de aprendizaje). Años después, hubo otro giro cuando V. Douglas (1972) argumentó que este comportamiento no era una excesiva actividad, sino la dificultad que mostraban para mantener la atención y controlar los impulsos (mayor importancia a las dimensiones cognitivas que conductuales). Esta última vuelta cambió el pensamiento e influyó poderosamente en los sistemas de clasificación internacional: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV³) y el Sistema de Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales (ICD-10⁴).

Gracias a todo este proceso a lo largo de los años, hoy en día, se sitúa dentro del grupo de los trastornos de comportamiento con manifestaciones detectadas claramente entre los seis y los nueve años de edad y, que se va incrementando con el paso de los años.

³ Incluye el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia y adolescencia (trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, trastorno disocial y trastorno negativista desafiante).

⁴ Queda comprendida dentro del grupo de los trastornos (hipercinéticos) del comportamiento y de las emociones en los periodos de infancia y adolescencia.

4.4. TRASTORNOS ASOCIADOS/COMORBILIDAD

En un estudio realizado en Suecia por el grupo de Gillberg se ponía en evidencia que el 87 % de niños que cumplían todos los criterios de TDAH tenían por lo menos un diagnóstico comórbido y que el 67 % cumplían los criterios por lo menos para dos trastornos comórbidos (Artigas-Pallarés et al., 2013, p. 1).

Es decir, que bajo los signos de la hiperactividad, se esconde otro trastorno que requiere igual atención que el primero, pero que se encuentra “oculto” y tarda en diagnosticarse.

El TDAH es un trastorno que rara vez se encuentra solo, como se menciona en dicho artículo (Ibíd., pp. 1-3), un gran porcentaje viene acompañado de una comorbilidad, es decir, de uno o más trastornos asociados; cosa que hay que tener en cuenta a la hora de tratarlos.

Los trastornos con mayor número de comorbilidad se muestran en la siguiente tabla:

- Síndrome de Tourette/Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastornos generalizados del desarrollo
- Trastorno autista
- Trastorno de Asperger
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado
- Trastorno de la comunicación
- Trastorno del aprendizaje
- Dislexia
- Discalculia
- Digrafía
- Trastorno del desarrollo de la coordinación
- Trastorno de conducta
- Trastorno de ansiedad
- Depresión y otros trastornos afectivos
- Retraso mental

Tomado de Artigas-Pallarés et al., 2013, p. 5.

Es necesario decir que, de todos estos trastornos, el más común es la dislexia, como menciona Castell (2006): “Los problemas de rendimiento escolar y las dificultades de aprendizaje están claramente asociados al TDAH. En un 30% de los niños con este trastorno hay también dislexia, y hay tests que ayudan a detectarla” (pp. 81-86).

Además, el mismo autor asocia distintos trastornos de índole psicopatológicas que se asocian. Los cuales podemos encontrar en Castell, 2006, pp., p. 81):

- Trastorno negativista desafiante. Presente en el 50% de los casos, presentan una conducta negativa, hostil y desafiante a toda persona que represente autoridad (profesores, padres, etc.). Se manifiesta, generalmente, antes de los 8 años. Los que lo padecen, tienden a pataletas, discusiones y desafío a adultos, incumplimiento de órdenes, molestar de forma intencionada, etc. Este caso tiene más frecuencia en familias con antecedentes.
- Trastorno de ansiedad. Patologías caracterizadas principalmente por temor o preocupación, con episodios agudos de ansiedad y/o evitación fóbica (según Perrin y Last citado en Calderón, 2003, p. 56). Asociado a un 25% de los casos de TDAH, ya que son más susceptibles de padecer problemas de ansiedad por no poder responder adecuadamente a las exigencias que hay en su entorno.
- Alteraciones del estado de ánimo. Presente en un 30%, del cual un 20% es un cuadro depresivo. Esto se debe fundamentalmente a la disminución de sus perspectivas personales al observar la dificultad que presentan en el manejo de sus relaciones personales y al bajo autoconcepto que padecen. Según Mesman y Koot (citado en Calderón, 2003, p. 56) en edad preescolar suele aparecer: rechazo del juego, agitación, timidez, rabietas, etc.
- Trastorno disocial (TC). Presente en el 30%-50% de los niños con diagnóstico de hiperactividad. El niño manifiesta crueldad y agresión a personas o animales, alardeo amenazador que llega a intimidar, iniciar peleas, cometer robos, destruir o quemar propiedades ajenas, etc. Dentro

de este trastorno se distinguen dos tipos que dependen de la edad de inicio:

- Antes de los 10 años. Más habitual en niños varones con conducta violenta que manifiestan previamente un trastorno negativista desafiante en su primera infancia; continúan con este trastorno hasta la época adulta, donde llegan a un trastorno antisocial de la personalidad⁵.
- Aparece en la pubertad. Muestran conductas menos agresivas y son menos propensos a continuar con este trastorno o a presentar un trastorno antisocial de la personalidad en su edad adulta.

Dentro de todos los trastornos, Green y Chee (2000, p. 60) mencionan que este último puede llegar a ser el que tiene las consecuencias más terribles de todos los trastornos asociados.

4.5. TIPOS DE TRATAMIENTO

4.5.1. Tratamiento motivador

Como menciona Romero (2006, pp. 3-11) en su trabajo, cada vez más autores están considerando a la falta de motivación como elemento desencadenante que explicaría este trastorno. Para poder avanzar en este terreno, el autor recopila varias teorías donde el principal objetivo es la motivación⁶ del niño:

- Teorías reactivas/ Teoría General de Conducta. Surgen en 1940, teniendo como base el concepto de Hull “homeostasis⁷”. Con ellas intentan reducir el exceso de energía mediante la explicación narrada de los pasos que se están realizando de la tarea.
- Motivación de logro/ Planificación de metas. Hay motivación ante un estímulo concreto, reaccionando mediante unas conductas determinadas,

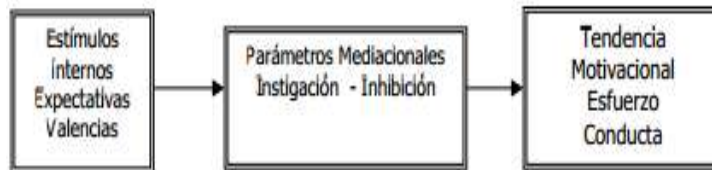
⁵ Trastorno antisocial de la personalidad. Es una anomalía en el comportamiento de la persona que se caracteriza por desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la edad adulta. (Castell, 2006, p. 84).

⁶ Término introducido en 1925 por Tolman. Utilizado para explicar y predecir las conductas humanas en distintos contextos (Romero, 2006, p. 4).

⁷ Según la RAE: Conjunto de fenómenos de autorregulación que conducen a un mantenimiento constante en el organismo.

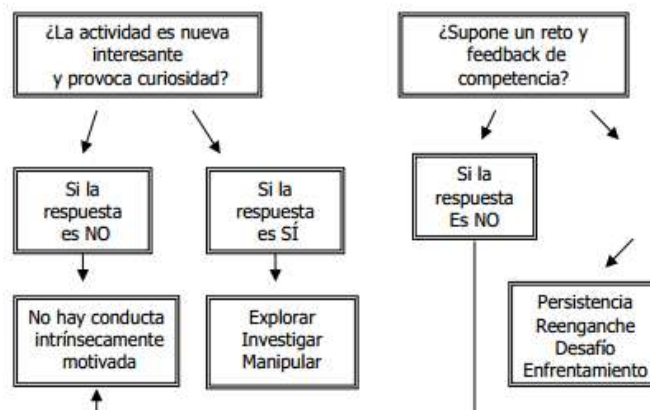
que están encaminadas a lograr alcanzar el estado de complacencia en el que se encontraba. Esencialmente, es la satisfacción de haber conseguido un objetivo, de llegar a una meta.

- Teorías de las Expectativas y las Valencias. Formula por Atkinson (1957) y modificada posteriormente por Feateher (1959) y Vroom (1964). El comportamiento es guiado por una intención (propósito).
- Motivación como un inter-juego de fuerzas. Esto nace entre 1970 y 1978 gracias a los planteamientos de Atkinson y bitch.



Tomado de Romero, 2006, p.4.

- Teorías de la activación. Aparece el concepto de curiosidad como la necesidad de explorar lo inexplorable para poder guiar hacia nuevos caminos. Aquí Csikszentmihalyi (1975) menciona:
 - Motivación extrínseca. Una motivación externa, un refuerzo (abrazo).
 - Motivación intrínseca. Deseo propio de participar y realizar la tarea (es una tendencia que tiene el humano hacia el aprendizaje y la creatividad). Esto es algo que se debe trabajar, ya que requiere un mantenimiento por parte del implicado. Años más tarde, esto sería estudiado por Reeve en 1994, el cual introduce la subjetividad.



Modelo de Motivación intrínseca según Reeve (1994). Tomado de Romero (2006), p. 5.

- Teoría del Control de la Acción. Kuhl (1986-1987) une la motivación con el entorno del sujeto, ya que si existe, lleva a la acción. El autor distingue tres procesos:
 - Cognitivos. Representa la acción.
 - Emocionales. Valora la acción.
 - Motivacionales. Compromiso con la acción.
- Teoría de la evaluación cognitiva. Ryan y Deci la proponen como una necesidad de la persona la competencia, la autonomía y la pertenencia a un grupo; aunque estas dependen del contexto social en el que vive. La autorregulación que ambos autores plantea es aquella que nace de uno mismo; acompañando esto con feed-back⁸ positivo por el buen rendimiento, o rechazada por un feed-back negativo (motivación).

Este primer tratamiento puede resultar muy efectivo, ya que como se comprueba en el apartado de anecdotario del diario de observación (Anexo I, pp. 4,10 y Anexo II, 4) el factor motivación es clave para que mantenga la atención en la actividad (Anexo II, p. 12-13).

4.5.2. Tratamiento multidisciplinar

Una vez diagnosticado, es hora de hablar del tratamiento. Según Castell (2006, pp. 91-93), los tratamientos de los que se dispone actualmente y, que la mayoría de los autores defienden, es un tratamiento multidisciplinar. Es aquel que incluye la participación de profesionales (profesores, pediatras, psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos, neurólogos, etc.). Además, la gran mayoría de los estudios indican que, el tratamiento más eficaz, se consigue combinando tres factores: una actuación médica, una psicoterapia con entrenamiento a los padres y el apoyo de la escuela. Los tres deben complementarse y actuar de forma conjunta, no sirve relegar importancia o no implicarse.

El tratamiento terapéutico que realice un pediatra o especialista, debe ser conocido por todo el entorno y las personas involucradas en él. De este modo, puede llevarse a cabo por todos los medios implicados en el tratamiento y poco a poco,

⁸

Según WordReference: Conjunto de respuestas manifestadas por un receptor a un emisor. El segundo lo tiene en cuenta y puede cambiar o modificar la conducta.

especificarle con el niño al que se trata (individualizarle). Todo esto requiere, según el mismo autor mencionado anteriormente (Ibíd.):

- Actuaciones conductuales. Fundamentales para que el niño sepa anular el impacto de sus trastornos y sepa responder de una manera más correcta a las disciplinas que se le dictan.
- Actuaciones emocionales. Se pretende mejorar una adaptación psicológica y social a través de la afectividad. Esto se realizará con unas sesiones de (psico)terapia, tanto familiar como individual.
- Actuaciones escolares. Son esenciales para la integridad emocional. El alumnado con TDAH presenta un fracaso escolar de hasta un 25%. Por esto, es necesaria una comunicación recíproca entre profesorado y equipo médico para lograr una actividad académica adecuada a las necesidades particulares que ese niño presenta.
- Actuaciones médicas. Abarca desde los fármacos (pastillas⁹), hasta dietas alimentarias, suplementos nutricionales o la forma de vida del niño. Actualmente, este es el método más eficaz de todos los que se presentan.

Tras llevar a cabo entrevistas con el personal docente del centro, este tratamiento es el que, actualmente se está realizando (Anexo II, pp. 4-5, 11). Una vez diagnosticado, lo más seguro que se confirme el punto de actuaciones médicas (Anexo II, pp. 12-13).

Centrando un poco más el foco en la etapa más relevante para este trabajo (Educación Infantil), el TDAH suele aparecer de manera temprana.

A partir de los 3 años de edad (Castells, 2006, p. 162), la conducta de un niño hiperactivo se diferencia de manera clara del resto del aula; siendo sus características principales la impulsividad, las dificultades de atención, la agresividad, la desobediencia, la irritabilidad, la incapacidad para jugar solo o la dificultad que presenta para relacionarse con sus compañeros.

Pese a estos datos a tener en cuenta, en la mayoría de los colegios se observa a niños con 4 años (Castells, 2006, p. 36) que, al carecer de diagnósticos lo suficiente precisos como para establecer de manera segura la hiperactividad en infantes de estas

⁹ Estas son psicoestimulantes, antodepresivos, ansiolíticos, etc. (Castell, 2006, p. 92).

edades; los docentes que aquí ejercen, se encuentran solos y sin prácticamente ayuda para poder enfrentarse a esta situación.

4.5.3. Tratamiento farmacológico

La medicación como tratamiento para el TDAH aparece en 1937 cuando se inició de manera fortuita un tratamiento a los pacientes diagnosticados. Fue el médico estadounidense C. Bradley quien, de manera casual, administró un antihistamínico (benzadrina) a pacientes de un internado con trastornos de conducta (los denominaba “alteraciones de conducta en niños con inteligencia normal”). No hubo grandes cambios, aunque sí que constató una notable mejoría en las conductas y en el rendimiento escolar.

Sin embargo, este esperanzado experimento, quedó relegado al olvido hasta años después. En la década de 1940, llamó la atención el efecto beneficioso que producían los estimulantes (anfetaminas) en niños que presentaban este diagnóstico; mientras que, cuando tomaban un calmante (fenobarbital), se excitaban.

Poco después, en 1950, fue el año en el que se empezó a utilizar el metilfenidato (psicoestimulante) para el tratamiento de pacientes con TDAH (Calderón 2003, pp. 93-96).

Gracias a esto, actualmente, hay una serie de fármacos que logran rebajar esa excesiva energía y controlar las acciones. Estos son los medicamentos registrados en nuestro país, haciendo legal su venta:

- Medicamentos psicoestimulantes. Deben su nombre a su capacidad para incrementar el estado de vigilia del sistema nervioso central. Su utilización logra un incremento de: la atención, la concentración y el esfuerzo, las habilidades de autocontrol, atención y conducta, un mayor rendimiento académico, disminuye la hiperactividad, la impulsividad, la conducta desobediente, etc. Unos sencillos ejemplos nos los muestra Calderón (2003, pp. 96-98):
 - Ritalín® (Metilfenidato). Se trata de uno de los más comunes. Su inicio comercial estuvo en el 1954, aunque no fue hasta 6 años después cuando se aceptó ampliamente su uso por los médicos (en España se comercializó más tarde, en 1981). Actúa mediante

un incremento de las sustancias neurotransmisoras (catecolaminas: dopamina y noradrenalina) en las neuronas; consiguiendo así, una concentración durante un periodo de 5-3 horas. Este medicamento no se aconseja médicamente a menores de 6 años, ya que puede crear cierto grado de dependencia.

- Concentra® (OROS). Su diseño está pensado para administrarse una única vez al día, manteniendo la eficacia durante 12 horas. El efecto no es tan inmediato como el fármaco anterior.
- Medicamentos no psicoestimulantes.
 - Strattera®. Compuesto por la sustancia antidepresiva denominada atomoxetina. Hace que haya una mayor presencia de neurotransmisores en el cerebro. Es de rápida absorción, lo que permite un remite de los síntomas durante todo el día. Su eficacia está demostrada en niños con trastorno de hiperactividad-impulsividad. Tampoco es administrable antes de los 6 años.
 - Fluoxetina® y venlafaxina®. Se trata de nombres genéricos de antidepresivos, ya que en algunos casos se recetan este tipo de sustancias para tratar el TDAH.

Con todo esto, hay muchos padres que, ante esto, muestren una actitud de oposición ante este tipo de tratamientos; porque en la mayoría de los casos, esto requiere una medicación a largo tiempo.

4.6. ADOPCIONES EN PAÍSES DEL ESTE

Las adopciones de niños en estos países están creciendo de manera gradual en los últimos años, ya que el pasado bélico que existe en estos países, hace que se encuentren en unas condiciones socioeconómicas y sanitarias muy precarias. Todo esto, unido a un deficiente seguimiento médico de los niños hace que, después de la adopción, sea difícil indagar más sobre el historial clínico del menor (Hernández et al., 2002, p. 109).

Las personas que adoptan a infantes en este lugar se encuentran con una marcada falta de conocimiento en los informes médicos preadoptivos que facilitan. Ante este desconocimiento, Oliván (2012) hace un trabajo de investigación con una duración de

10 años para poder corroborar esto con datos verídicos. Principalmente, aparecen varios indicadores comunes en estos casos:

- Síndrome alcohólico fetal
- Bajo peso y pequeño para la edad prenatal
- Prematuro
- Institucionalización temprana y largo periodo en ella
- Haber sufrido abusos
- Negligencia

El mismo autor cuenta que (Ibíd.):

... los antecedentes donde los investigadores encuentran una asociación más fuerte son: la existencia de trastornos del espectro alcohólico fetal; el nivel de la calidad de los cuidados físicos y especialmente de los psicosociales y emocionales recibidos durante la institucionalización, muy variable en los orfanatos de Rusia. (...), de tal forma que en los niños adoptados por encima de los 18 meses de edad el riesgo es mayor (p. 1).

De estos niños, un 6'5 % muestra un cuadro clínico de hiperactividad:

... la muestra de niños rusos adoptados con seguimiento pediátrico diagnosticados de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (el 6,5% de los adoptados) donde la asociación es más fuerte. En esta cohorte de niños, el 88% de ellos habían sido adoptados con una edad superior a los 18 meses, el 60% había sido institucionalizado por abuso, negligencia y abandono desde temprana edad, el 60% había nacido con bajo peso, el 44% de ellos fueron prematuros, y al menos el 40% había sufrido exposición prenatal al alcohol (Ibíd.).

Estos datos que el autor mencionado aporta, quedan confirmadas por otros investigadores, como Miller LC, Chan W, Litvinova A, Tirella L, Merz EC y MacCall RB o Hawk BN¹⁰.

Ante estos datos que se muestran, puede considerarse la posibilidad de que estos niños adoptados procedan de lugares con un alto factores de riesgo. Esta puede ser la causa de los trastornos que puedan desarrollan este tipo de infantes, ya que pueden presentar retraso en una o más áreas.

Hernández et al. (2003, pp. 111-113) nos muestran que la principal causa pueda ser la falta de estímulos y/o afecto en estas edades tan tempranas, quedando por especificar el grado de mejoría que se puede experimentar con el paso del tiempo al introducir esto. Como menciona el autor (Ibíd.), hay muchos trastornos:

- Retraso del desarrollo general. Generalmente se trata de un retraso psicomotor que se va agravando con el paso de los años (un mes de retraso por cada cinco que permanece en la institución). En el caso de niños procedentes de este territorio, necesitarán una rehabilitación intensiva de manera rápida para cubrir una serie de necesidades especiales. Todo esto debido, como se ha mencionado anteriormente, a una falta de afecto y estímulo en el centro de adopciones.
- Problema de aprendizaje. Aparecen en la escolarización, y su evolución es, mayoritariamente, favorable.
- Retraso del lenguaje. No se sabe muy bien porque ocurre, ya que aprenden la nueva lengua de manera rápida; pero uno de los motivos por lo que se piensa, es la falta de estímulos visuales y a la tranquilidad que hay en los orfanatos.
- Autismo. Es frecuente en niños de este lugar. Tiene como rasgos distintivos el aislamiento, las conductas repetitivas, el rechazo social y la poca desarrollada comunicación (tanto verbal como no verbal).
- Problemas neurosensoriales. Si se detecta tardíamente, pueden suponer un obstáculo, ya que estos requiere un apoyo específico para fomentar o compensar esa destreza.

10

Autores extraídos de la bibliografía de su artículo.

- Trastornos neurológicos complejos ligados a antecedentes perinatales. Prematuridad, alcoholismo/drogadicción de la madre (síndrome alcohólico fetal, encefalopatía hipoxicoisquémica, síndrome de abstinencia), infección intrauterina, malnutrición durante la gestación o abandono.
- Problemas psicológicos. Choque cultural al presenta al adaptarse. Se pueden agravar con el paso del tiempo al experimentar problemas emocionales y/o de comportamiento.
- TDAH. Son niños con una alta incidencia a padecerlo; debido básicamente, a una situación ambiental desfavorable. Un 15% de los diagnosticados es adoptado (una prevalencia 15 veces superior).

Como conclusión al estudio mostrado, los niños cuyo origen son estos países disponen de una alta disposición a padecer riesgo social (principalmente dado al abusos tóxicos: principalmente el alcohol y el abandono en orfanatos), y suelen padecer en muchos casos patologías perinatales (síndrome alcohólico fetal). Todo esto, unido a una pobre estimulación en dichas instituciones y a una falta de información médica de antecedentes; hacen a este grupo un grupo de riesgo para padecer TDAH.

Si se comprueba que no hay marcadores biológicos, el diagnóstico del niño hiperactivo se elabora a partir de entrevistas y cuestionarios realizados al niño, a los padres y a los diversos educadores que trabajen con él. De este modo, se llegará a un diagnóstico.

Es necesario mencionar, que en muchos casos los padres no logran ver (o no quieren aceptar) el trastorno que padece su hijo, por lo que, primeramente, se debe aceptar al niño tal y como es. Como comenta López et al. (2008, p. 4) al aceptar esta condición, se crea un ambiente afectivo idóneo y estable para su desarrollo (aporta seguridad). Tienen que tener claro que su objetivo como padres ha de ser: una educación que favorezca la vida de su hijo.

4.7. ACTUACIÓN DOCENTE

Siguiendo las directrices marcadas por Pointer (2001), los maestros que tengan en su aula deben tener:

- En primer lugar, una buena predisposición a cambiar su estilo de enseñanza habitual para este tipo de alumnado, ya que requieren otro tipo de necesidades (mente flexible e imaginativa, materiales llamativos, predispuestos a modificar actividades que se estén realizando o utilizar reglas simples).
- Planear actividades sencillas que conduzcan al éxito; de este modo, se crea confianza e interés de una manera eficaz. También hay que tener en cuenta que cada niño es único, por lo que no hay que unificarlos a todos dentro de un grupo, deben tratarse de manera individual, ya que cada uno tiene unas necesidades.
- Las tareas empleadas pueden estar sujetas a modificación constante para poder lograr el objetivo que se plantea. Aquí se debe prestar atención a la maduración motora para adaptar o introducir actividades que trabajen esto.
- Lo más importante, es, que el docente de refuerzo positivo para potenciar todo esto en el alumno. (pp. 15-16).

5. METODOLOGÍA

El trabajo se centraría en el paradigma¹¹ socio-crítico, debido a que se introduce en una realidad e intenta cambiarla (González, 2003, p. 133).

Dentro del paradigma planteado, se trata de una investigación cualitativa, porque, como menciona Ruiz (2011, p.30) o Silva (p.1), se trata de una construcción social creada por la interacción humana (entender los fenómenos sociales); que trata una realidad única e irrepetible que ofrece datos constantemente en cambio. Según Rodríguez et al. (1996, pp. 63-77), las fases que lo componen son:

1. Reflexión. Interés que mueve la investigación.
2. Diseño. Método más adecuado para llevarlo a cabo.
3. Trabajo de campo. Obtener datos.
4. Análisis. Organizar datos.

¹¹ Según González (2003), se considera como: “un modelo para situarse ante la realidad, interpretarla y darle solución a los problemas que en ella se presentan” (p. 125).

Pese a que se trate de una investigación de corto tiempo, se realiza un trabajo previo de investigación y observación para crear sesiones que mejoren el rendimiento del alumno en el aula. Se busca una mejora para esta situación.

Una vez realizado ese trabajo, se crea la hipótesis de que, mediante actividades de tipo rítmico-musical, el alumno con posible TDAH responderá de manera favorable y sin estallidos de impulsividad. El siguiente motivo por el cual se ha planteado este tipo de actividades es, que después del ejercicio, el alumno se quedará relajado y con mayor predisposición a realizar actividades óculo-manuales.

5.1. CREDIBILIDAD DEL ESTUDIO

Haciendo un barrido sobre la naturaleza del estudio, es, al tratar con realidades humanas modificables con acciones, se encuentra dentro del paradigma naturalista definido por Guba (Gimeno, 1989, p.150). Ante esto, los criterios que se llevan a cabo para garantizar la credibilidad los que se exponen en la siguiente tabla:

CRITERIOS DEL PARADIGMA NATURALISTA	DESCRIPCIÓN	CUMPLIMINETO
<u>CREDIBILIDAD</u>	Valor real del trabajo (interna)	Evidenciado gracias al los instrumentos de toma de datos.
<u>TRANSFEBILIDAD</u>	Aplicabilidad	Se trata de un tema relevante, ya que es una problemática actual de las aulas.
<u>DEPENDENCIA/FIABILIDAD</u>	Consistencia de datos	Existe un diario con anotaciones y entrevistas transcritas para comprobar veracidad. Recogidos en anexos.
<u>CONFIRMABILIDAD/ OBJETIVIDAD</u>	Veracidad de los datos	Hay un profundo trabajo documental para la elaboración del marco teórico. La triangulación de datos ofrece un valor añadido a la

		investigación.
--	--	----------------

Criterio de credibilidad empleados en este trabajo basándose en los criterios de Guba (1989), p. 151.

5.2. MUESTRA

Para realizar esta investigación, se seleccionó un centro educativo público de Segovia, debido mayoritariamente, a que se trataba de mi centro de prácticas. Una vez instalada en la rutina del aula y observar al alumnado, decidí realizar un trabajo de investigación y de intervención sobre un niño en concreto, un niño con TDAH no diagnosticado.

Una vez tomada esta decisión, comenté dicho trabajo con mi tutora, la cual se mostró muy implicada desde el primer momento. Después de comentar aspectos del niño, hablé con los profesores que asisten para ofrecerle apoyo (un profesor de Educación Especial, y una maestra de apoyo).

Como ya he mencionado, la investigación se ha centrado en un caso específico, pero la clase en la que se ha llevado a cabo ha sido un aula con 25 alumnos del tercer curso del segundo ciclo de Educación Infantil.

He observado a este alumno desde el inicio del periodo de prácticas, e interviniendo en el aula con actividades de índole psicomotriz musical de carácter global, pero centrando mi atención en el sujeto.

El espacio donde se desarrollaron las actividades fue la propia aula. Tiene forma rectangular, un suelo de un material similar al plástico y de color verde (con calefacción radial) y paredes lisas de color verde y blanco con utensilios y actividades colgadas (pizarra, corchos, decoración, etc.). En la pared que se encuentra más a la izquierda de la entrada se encuentra la pizarra, los rincones de la cocinita y de la informática; delante de esto se encuentran las mesas del alumnado y la mesa de la maestra; lo último es el rincón de la asamblea.

5.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para la recogida de datos, se han utilizado principalmente dos técnicas: la observación directa y las entrevistas.

5.3.1. Observación directa y diario

Como bien dice Stake (2005): “Una de las cualidades principales de los investigadores cualitativos es la experiencia” (p. 51). Ante esta clara premisa, la obtención de datos mediante la observación en el aula y su toma de datos, debían ser la técnica principal. El principal motivo por esto es que, al encontrarme inmersa en el aula, esta es la forma más inmediata de poder tener un control más intenso y directo de las actividades que realiza el sujeto en su actividad cotidiana de clase.

Durante estas observaciones, se tomaron anotaciones de los aspectos más relevantes del comportamiento del niño, y se comentaban aspectos que llamaban la atención tanto a la maestra tutora del curso, como a mí.

Para llevar a cabo las dinámicas planteadas para esta investigación (descritas en el punto 5.4, p. 25-28), se empleaban los espacios de tiempo que quedaban disponibles los viernes entre las 13:20-13:30 y las 14:00. Estos huecos eran los idóneos para llevar a cabo las actividades físicas que se plantean, y su posterior análisis.

No solo era necesario apuntar en un cuaderno de campo, sino que también era necesario plantearse una serie de preguntas para hacer de guía sobre lo que observar (Stake, 1998/2005, p.52). Era necesario realizar una tabla previa (a modo de guía) con ítems sobre la que basar la observación.

FECHA:	OBSERVACIÓN
Es capaz de prestar atención	
Mantiene la atención en la tarea	
Mantiene el interés en una actividad concreta durante un periodo de tiempo	
Muestra compañerismo y empatía	

Entorpece las actividades de sus compañeros	
Mantiene la calma	
Necesita ejercicios de contención	
Es capaz de auto-regularse	
Muestra motivación e interés por la actividad que se realiza	
Se implica en los juegos previos a las tareas	
Muestra un pensamiento crítico	
Necesita muestras de afecto	

Las observaciones completas se encuentran en el apartado Anexos: Anexo I (pp. 1-22).

5.3.2. Entrevistas al personal docente

Por otro lado, se han realizado dos entrevistas; una a la maestra tutora, y otra al especialista en Pedagogía Terapéutica (PT), de aproximadamente, 20-30 minutos. Esta técnica para recoger datos muy valiosa, ya que se obtienen informaciones de primera mano, de manera personal y de un modo más íntimo (Vargas, 2012, pp. 120-123).

Viendo los tipos de entrevista que menciona Meneses (p. 37), se encontraría dentro del tipo de entrevista semiestructurada. Se trata de preguntas preestablecidas¹², pero dejan la libertad al entrevistado para hablar de temas, experiencias o curiosidades que surjan en el momento.

Como resume Gisela (2005): "...se encuentra a medio camino entre una conversación cotidiana y una entrevista formal." (p. 11).

Las preguntas que se realizaron en dichas entrevistas se elaboraron de manera previa al encuentro; tratando especialmente, el TDAH, su intervención y su visión. Las preguntas que componían dicha entrevista se exponen a continuación:

¹²

Según Meneses (p.37), un gui3n sobre el que basar la entrevista.

MAESTRA

- ¿Tienes alumnos con necesidades educativas específicas? ¿Cuál?
- ¿Qué opinas de (el chico con hiperactividad)?
- ¿Cómo te diste cuenta que padecía algún trastorno? ¿Qué síntomas presentaba? ¿Han ido en aumento? ¿Cuáles presenta ahora?
- ¿Cómo actúas día a día? ¿Tienes la ayuda necesaria o crees que te haría falta más apoyo? ¿Muestra oposición y/o resistencia a una imagen de autoridad o a las normas que se implantan?
- ¿Te has documentado sobre el trastorno?
- ¿Qué medidas ofrece el colegio? ¿Tienes ayuda por parte del profesor de apoyo y los especialistas? ¿Cómo valorarías la eficacia de su trabajo en relación a este alumno? ¿Qué opinión tienen ellos sobre este caso?
- ¿Qué medidas concretas propones tú? ¿Funcionan?
- ¿Está diagnosticado? ¿Desde cuándo?
- ¿Cuál es el tratamiento más probable que le administren? ¿Tiene medicación?
- ¿Qué se espera para el año que viene? ¿Qué pronóstico? ¿Qué medidas?

ESPECIALISTA

- ¿Tienes alumnos con necesidades educativas específicas? ¿Cuál? ¿Qué es?
- ¿Qué pruebas se han utilizado para diagnosticarle? ¿Y la hiperactividad? ¿Son muy severas/restrictivas?
- ¿Qué opinas de (el chico con hiperactividad)?
- ¿Cómo te diste cuenta que padecía algún trastorno? ¿Qué síntomas presentaba? ¿Han ido en aumento? ¿Cuáles presenta ahora?
- ¿Cómo actúas con él? ¿Muestra oposición y/o resistencia a una imagen de autoridad o a las normas que se implantan?
- ¿Qué medidas ofrece el colegio?
- ¿Qué medidas concretas propones? ¿Las llevas a cabo? ¿Funcionan?
- ¿Qué vías de comunicación tenéis con la maestra de apoyo y la tutora? ¿Qué opinan ellas sobre el tema?
- ¿Está diagnosticado? ¿Desde cuándo?
- ¿Por qué no se diagnostica hiperactividad a un niño menor de 6 años o 6 años y medio? ¿Existen riesgos? ¿Cuáles?

- El tratamiento farmacológico a menores de 6/6,5 años no es recomendable, ¿Por qué?
- ¿Cuál es el tratamiento más probable que le administren? ¿Tiene medicación?
- ¿Qué tipo de actividades son buenas para que se sienta motivado y logre avanzar?
- ¿Qué se espera para el año que viene? ¿Qué pronóstico? ¿Qué medidas?

Las entrevistas completas se encuentran en el apartado Anexos: Anexo II (pp. 1-13)

Dentro de esta batería de preguntas, surgieron de manera espontánea algunas más que se encuentran en la grabación. Este tipo de entrevistas son, como menciona Creswell (citado en Vargas, 2012, p. 24), son flexibles.

5.4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN EL AULA

Para poder profundizar un poco más, se realizaron en el aula tres intervenciones con un componente rítmico-musical para verificar o rechazar la hipótesis inicial. Trata de, que mediante este tipo de actividades, el alumno podrá realizar una liberación de energía que logre una posterior concentración a la hora de realizar actividades de carácter más sedentario (fichas).

La temática de estas sesiones es sencilla: Bailes y danzas del mundo. El motivo por el cual se ha elegido esta temática se debe a que en el aula, se encontraban dando el desierto y el continente africano. Al disponer de esta fantástica base de conocimiento de otras culturas, se desarrollaron las siguientes actividades.

Otro de los motivos principales para la elección del tema, es que, hoy en día, la interculturalidad en las aulas es una realidad, se procedió a enseñar canciones y bailes de otros lugares del mundo.

Para la organización de las mismas está dispuesta en tablas, donde se exponen las partes de la intervención y las observaciones realizadas al alumno en cuestión. En la parte final de las mismas, se encuentra un apartado de análisis de las sesiones.

5.4.1. Bailes y danzas del mundo I: Kenia – Shay-Shay

PARTES	ACTIVIDAD
ASAMBLEA INICIAL	<p>Se introdujo el tema de África. Se habló sobre este lugar mediante un libro cuyo protagonista es un ser imaginario llamado <i>Moli</i>.</p> <p>Después de leer el cuento, se empezó con el aprendizaje de la letra de la canción de manera repetitiva (la maestra canta, y los alumnos repiten). Se repite las veces necesarias hasta su aprendizaje.</p>
ACTIVIDAD MOTRIZ	<p>Después de aprenderse la letra, toca el turno del baile; el cual tenía una coreografía bastante sencilla (movimientos de brazos estáticos y, al final, se introducen pies) que se aprendieron de manera muy rápida.</p>
ASAMBLEA FINAL	<p>Después de realizar la danza, se sentaron en disposición de asamblea y se comentaron cosas acerca del tema; tanto del cuento como del baile y la letra.</p>

OBSERVACIÓN	<p>El alumno en cuestión, realizó la actividad de manera bastante correcta.</p> <p>Al principio mostró un poco de inquietud mientras contaba el cuento, especialmente cuando realizaba preguntas y no podía responder. Cuando llegó la hora de aprender la letra, al ser en una lengua que no entendía, se mostró muy atento (al igual que el resto del alumnado); y cuando se enseñó el baile, estuvo igual de atento, porque al ser una actividad que implicaba movimiento, realizó todo con mucho cuidado.</p> <p>Es necesario mencionar que, durante en desarrollo del baile, el alumno tubo algunos pico de impulsividad, pero estos solo fueron voces algo más elevadas de lo necesario (como necesidad de dar salida a la cantidad de energía y a las emociones que experimentaba).</p>
--------------------	--



5.4.2. Bailes y danzas del mundo II: Hawái/Polinesia – Endunda

PARTES	ACTIVIDAD
ASAMBLEA INICIAL	<p>Se continuó con la temática anterior, pero esta vez, viajando a otro lugar. El lugar elegido fue Hawái y/o la Polinesia. Se habló sobre este lugar mediante otro libro del mismo protagonista imaginario, de <i>Moli</i>.</p> <p>Después de leer el cuento, se empezó con el aprendizaje de la letra de la canción del mismo modo que la anterior (la maestra canta, y los alumnos repiten). Se repite las veces necesarias hasta su aprendizaje, y cuando medianamente se consigue, tanto maestra como alumnos, cantan la letra al mismo tiempo.</p>
ACTIVIDAD MOTRIZ	<p>Después de aprenderse la letra, toca el turno del baile; el cual tenía una coreografía algo más compleja que la anterior (más rápida, con movimientos de brazos, percusión corporal y giros); pero esto no supuso problema, y se aprendieron de manera muy rápida. Al tener un ritmo y unos pasos más pegadizos, se repitió muchas veces, incluso acelerando el tiempo para ir más deprisa.</p>
ASAMBLEA FINAL	<p>Después de realizar la danza, se sentaron en disposición de asamblea y se comentaron cosas acerca del tema; tanto del cuento como del baile y la letra.</p>

OBSERVACIÓN	<p>En general este baile y esta canción gustaron más que el primero, ya que los pasos de la coreografía y la letra eran mucho más enérgicos y pegadizos que su predecesora. Todos estuvieron muy involucrados y en general, se aprendieron muy fácilmente lo que les estaba enseñando.</p> <p>En lo referente al alumno con posible TDAH, estuvo con una gran emoción desde el primer momento. Creo que, al tratarse de un lugar muy alegre y con mucho colores, le llamó la atención desde el primer momento. Durante el transcurso de esta actividad, no interfirió en ningún momento, y logró aprender íntegramente la letra de la canción y el baile bastante bien (como es normal, en algunos momentos se perdía, pero al igual que el resto de sus compañeros).</p> <p>Esta actividad se realizó mucho a petición del alumnado cuando había algún hueco entre clases, por lo que se fue interiorizando mucho, y al final, ya se bailaba de una manera mucho más rápida de la que me esperaba. Al realizarlo de una manera más rápida, podía observar en sus caras la emoción y la satisfacción que estaban experimentando (se lo estaban pasando verdaderamente bien).</p>
--------------------	--



5.4.3. Bailes del mundo II: India – Ani kuni

PARTES	ACTIVIDAD
ASAMBLEA INICIAL	<p>Se continuó con la temática empleada en las sesiones anteriores, pero esta vez, viajando a la India Se habló sobre este lugar mediante un tercer libro del mismo protagonista, <i>Moli</i>.</p> <p>Después de leer el cuento, se empezó con el aprendizaje de la letra de la canción del mismo modo que la anterior (la maestra canta, y los alumnos repiten). Se repite las veces necesarias hasta su aprendizaje.</p>
ACTIVIDAD MOTRIZ	<p>Después de aprenderse la letra, toca el turno del baile. Este último baile tenía la coreografía más compleja de las tres, ya que era necesaria la coordinación de las manos y la cadera (de estilo Bollywood), con movimientos serpenteantes y desplazamientos.</p>
ASAMBLEA FINAL	<p>Después de realizar la danza, se sentaron en disposición de asamblea y se comentaron cosas acerca del tema; tanto del cuento como del baile y la letra.</p>

OBSERVACIÓN	<p>Fue un reto enseñar este baile, pero al tratarse de movimientos serpenteantes, y con una actitud muy diferente a la habitual, resultó muy llamativo e interesante para ellos.</p> <p>En lo referente al niño sobre el que se basa esta investigación, mostró mucho interés durante toda la sesión (y todas las veces posteriores que se realizaba el baile), ya que como se ha comentado, llamaba mucho la atención. Durante el tiempo que se realiza la danza, intentó seguir en todo momento la canción y cuadrar movimientos, pero en algunos casos no lo lograba (al igual que otros alumnos); pero en general, captó bastantes movimientos y se aprendió la letra.</p>
--------------------	--



5.4.4. Análisis de las sesiones

- **EJE:** Trabajar el ritmo, el movimiento y la coordinación mediante diferentes bailes y danzas del mundo.
- **CONTENIDO PRINCIPAL:** Ritmo. En las tres sesiones, se pretende que el alumnado asimile ritmos sencillos mediante danzas de diferentes partes del mundo.
- **CONTENIDOS SECUNDARIOS:**
 - **Coordinación dinámica general:** Al seguir los diferentes pasos guiados por el docente.
 - Equilibrio (dinámico). Existen movimientos en la parte superior del cuerpo mientras ambos pies no se encuentran en el suelo. Esto requiere un cierto grado de equilibrio y control del propio cuerpo.
 - **Habilidades físicas básicas:** Dentro de este bloque se trabajan:
 - Saltos. En la danza africana, alguno de los pasos de debían realizar saltando.
 - Giro. En la danza hawaiana y el baile de Bollywood, debían realizar giros sobre sí mismos y mantener el equilibrio.
- **ESTRUCTURA DE SESIÓN:** Se dividen en tres partes bien diferenciadas:
 - **Asamblea inicial:** Este primer contacto se utiliza para conocer un poco sobre la cultura que se iba a tratar ese día mediante la lectura de un libro. Sirve para que el docente tenga una idea de las cosas que saben los alumnos sobre el tema.

- **Actividad motriz:** Se enseña el baile y se interioriza la coreografía asignada a cada baile.
- **Asamblea final:** Se comenta en asamblea lo realizado, hablando sobre los diferentes aspectos y del resultado final de la actividad. Se recoge material de forma cooperativa entre todos.

- **METODOLOGÍA:** La metodología que se emplea durante las tres sesiones es completamente dirigida, ya que la coreografía y la letra son de esa forma concreta. El único momento en el que puede ser algo más libre es cuando se plantean preguntas durante la lectura del libro, o durante la asamblea final, ya que aquí se deja libertad.

- **ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD:** Estos bailes están pensados especialmente para observar si el alumno con posible caso de TDAH se involucra, y logra liberar energía. Las sesiones están diseñadas para que después de realizarlas, logre una mayor capacidad de concentración con actividades óculo-manuales.

- **COMPETENCIAS DOCENTES:**
 - **Dar información clara y breve (5):** Se dan las explicaciones necesarias de forma correcta en cada momento.
 - **Organización de espacios y materiales(3):** El espacio que se disponía era el natural de aula, y a la hora de realizar actividades de índole
 - **Agrupamiento de alumnos (5):** La agrupación se realizó en gran grupo (toda la clase), porque de este modo, sirve como apoyo a aquellos alumnos que estén más rezagados o que no logren asimilar toda la coreografía. Esto sirve para que se ayuden todos entre todos, y logren alcanzar de forma conjunta el objetivo.
 - **Feedback adecuado (4):** Se realiza durante toda la sesión; motivando y animando al alumnado a intervenir y a realizar las actividades que se proponían.
 - **Clima del aula (5):** Durante todas las sesiones, el clima fue adecuado y sin apenas percances. Destacar algún pico de energía en el alumno sobre el que

se basa el estudio.

- **Tiempo de aprendizaje (5)**: Al tratarse de exposiciones con un tiempo útil de unos 30 minutos, se considera que el tiempo de aprendizaje es elevado. No solo consta de que el alumnado aprenda las danzas mostradas, sino que también aprenda formas de vida y culturas de otros lugares del mundo.
- **Ciclos de reflexión-acción (5)**: Se han realizado paradas cortas con el objetivo de mejorar la actividad motriz sin llegar a saturar al alumnado.
- **Control de aula (5)**: La maestra que impartía las sesiones tuvo en todo momento el control total de la situación.

- **OTROS ASPECTOS**

- **Creatividad**: Por parte de la maestra al poner coreografías con aspectos característicos de los lugares que representaban.
- **Imaginación**: A la hora de introducirse en la situación que se intentaba crear con la lectura del cuento.
- **Cooperación**: Se produce especialmente durante el baile, ya que muchos alumnos se apoyan en sus compañeros para recordar pasos de la coreografía.

Como dato adicional, y a petición del alumnado, se llegaron a realizar en el aula como actividades cortas para cambio de tareas (cuñas motrices).

5.4.5. Integración de la sesión en una unidad didáctica

Las sesiones que se han expuesto, son parte de una unidad didáctica. El título del trabajo es *Bailes del mundo*, y está compuesto por las siguientes sesiones:

1. Kenia - Shay-Shay
2. Hawái/Polinesia - Endunda
3. India - Ani kuni
4. Italia – Tarantela italiana
5. Japón – Inga sho
6. Grecia – Teodokhis (grecas)
7. Estados Unidos – Cowboy
8. España – Folklore español
 - Valencia

- Segovia
- Zaragoza

9. Brasil – Samba-batuka

En este caso se va a desarrollar principalmente la *competencia* cultural y artística, y, ya que todas están interrelacionadas, también se trabajaran el resto: competencia en comunicación lingüística, tratamiento de la información y competencia digital, competencia social y ciudadana, competencia del conocimiento y de la interacción con el mundo físico, competencia de aprender a aprender, y autonomía e iniciativa personal. Todo esto, partiendo de las actividades que sirven de guía para llegar hasta donde se quiera.

Los *objetivos* generales que se pretenden conseguir son los de la etapa de Educación Infantil, de los cuales, es necesario destacar dos objetivos como principales:

<p>I. CONOCIMIENTO DE SÍ MISMO Y AUTONOMÍA PERSONAL</p> <p>1. Conocer y representar su cuerpo, diferenciando sus elementos y algunas de sus funciones más significativas, <u>descubrir las posibilidades de acción y de expresión y coordinar y controlar con progresiva precisión los gestos y movimientos.</u></p>
<p>I. LENGUAJES: COMUNICACIÓN Y REPRESENTACIÓN</p> <p>11. Demostrar con confianza sus posibilidades de expresión artística y corporal.</p> <p>12. Descubrir e identificar las cualidades sonoras de la voz, del cuerpo, de los objetos de uso cotidiano y de algunos instrumentos musicales. Reproducir con ellos juegos sonoros, tonos, timbres, entonaciones y ritmos con soltura y desinhibición.</p> <p>13. Escuchar con placer y reconocer fragmentos musicales de diversos estilos.</p> <p>14. Participar en juegos sonoros, reproduciendo grupos de sonidos con significado, palabras o textos orales breves en la lengua extranjera.</p>

Hay que tener presente se tienen en cuenta todos los objetivos de las tres áreas, ya que se encuentran estrechamente relacionadas entre sí.

En lo referente a los *contenidos* del currículum del segundo ciclo de Educación Infantil. Entre las áreas que lo componen, la más importante es la tercera (Lenguajes: Comunicación y representación). Este hace referencia al lenguaje artístico, adentrándose más en el apartado de expresión musical, especialmente:

Bloque 3. Lenguaje artístico

3.2. Expresión musical

- Curiosidad por las canciones y danzas de nuestra tradición popular y de otras culturas.

Bloque 4. Lenguaje corporal

- Representación de danzas, bailes y tradiciones populares individuales o en grupo con ritmo y espontaneidad.

Es necesario comentar que estas áreas no pueden ser trabajadas separadamente, ya que se hace imprescindible llevar a cabo un enfoque global y significativo de las situaciones de enseñanza y aprendizaje.

6. EXPOSICIÓN DE RESULTADOS DEL PROYECTO

A través de este trabajo de investigación, se logran algunos de los objetivos básicos que se pretenden alcanzar con la titulación de Grado en Educación Infantil, siendo un claro ejemplo: mayor grado de capacitación para afrontar problemas en el aula, y adaptarse a las situaciones, aprender a colaborar, diseñar situaciones de aprendizaje o adaptarse a la diversidad del aula. (Marbán, 2008, p. 17).

6.1. OBSERVACIÓN DIRECTA Y DIARIO

Al unificar y comparar todos los datos obtenidos durante el tiempo de observación (diario), se puede decir que el sujeto del estudio es un niño con altos indicios de TDAH donde el subtipo que parece predominar es el hiperactivo-impulsivo; debido

especialmente a la cantidad de energía que dispone, y a los altos patrones impulsivos que muestra en su conducta. Cosa que se comprueba en los trabajos de Castells y Moreno et al. (p.7).

Es un alumno que requiere mucho refuerzo positivo, por lo que es esencial para su trabajo diario estar muy pendiente de lo que realiza y felicitarle por ello. Ante esto, también hay que ser consciente de la situación que se está viviendo en el aula, porque cada día es diferente, y puede haber factores que detonen sus comportamientos.

Su reacción más frecuente ante estímulos que le sobrepasan (tanto malos como buenos), hacen que el alumno reaccione casi siempre de la misma manera: pegando. Esta es su manera de liberar esa tensión, ese nerviosismo que ha aflorado en su interior, y que solo sabe liberar de este modo. Esto se contrasta con la entrevista que se ha realizado a la maestra (Anexo II, pp.1-8).

Su día a día está plagado de castigos o toques de atención por su comportamiento y/o acciones, por lo que se vuelve muy mentiroso para evitarlos. Además de esto, también suele llorar cuando un alumno le da un golpe un poco más fuerte de lo normal (no llega a pegar) para que llamen la atención y/o castiguen al compañero.

Como se confirma en las entrevistas realizadas al personal docente (Anexo II, pp.1, 14), es un niño que debe tener claros patrones de rutina. Debe seguir unas pautas que él conozca muy bien, porque de lo contrario (situaciones novedosas), suele tener altos picos de actividad impulsiva durante toda la jornada escolar. Frecuentemente se tratan de enfrentamientos u oposición a la figura de autoridad, molestar al resto de alumnos o gritar.

Mediante la observación en el aula, y la vivencia de la maestra, se comprueba que es un niño que prácticamente todos los días, necesita técnicas de contención. Son técnicas donde la maestra le aprisiona con las piernas hasta que logra volver a un estado de calma. Esto requiere de un tiempo largo hasta que se tranquiliza y puede volver a la mesa con el resto de sus compañeros de equipo. Mientras dura esta intervención, el alumno lanza patadas a la mesa, escupe e incluso agrede al docente (muerde, da

cabezazos, araña o dice insultos). Una vez superado, remite de forma inmediata y se centra en la tarea que está empleando.

A la hora de realizar actividades, suele mostrar interés inicial del mismo modo que sus compañeros. Esta reacción inicial dura poco, porque es una realidad el que no puede llegar al mismo nivel, especialmente en las tareas de grafomotricidad. Realizar este tipo de actividades son para él, un suplicio enorme, ya que se ve incapaz de realizarlas al mismo nivel que el resto de la clase, por lo que se frustra y empieza su enfado, que suele terminar con una explosión de energía imprevisible (agresión, carrera, insultos, oposición a la figura de autoridad, etc.). Para evitar esto, se intenta que un docente le supervise para que le guíe y le calme, además de utilizar el refuerzo positivo de manera constante toda persona adulta que esté en el aula.

Pese a esta intervención, hay muchas veces que dice mucho la palabra “no”, y muestra una actitud de rechazo hacia el maestro, por lo que hay que cogerle y llevarlo.

En lo referente al resto del alumnado, se observa que son niños bastante maduros, que saben cuándo deben actuar o cuándo deben callar. En muchos casos donde el causante es el posible niño con TDAH, se observa como dejan de lado o le llaman la atención para que no lo repita o remita la actividad que está desarrollando.

En algunos casos, también aparece la conducta característica de estas edades: enfrentamientos.

6.2. ENTREVISTAS CON EL PERSONAL DOCENTE

Una vez analizadas las dos entrevistas, se extraen conclusiones.

Es un caso claro de TDAH, y cuando cumpla la edad mínima para ser diagnosticado, lo estará. Como tratamiento, el más probable que le administren sea el farmacológico (pastillas), como menciona Calderón (pp. 15-18). Este es el tratamiento con el que están de acuerdo la mayoría de los adultos implicados en este caso, ya que se lograrán calmar los impulsos (que estos no le dejan llevar una vida normal), y hacen que su rendimiento académico caiga en picado (en las pruebas de inteligencia, no llega a un 80 de C.I¹³, por lo que se le considera retraso mental). El fin de esto, será calmar su actitud y obtener mayor grado de atención.

¹³

Coefficiente Intelectual.

Esta falta de tranquilidad por la que pasa ahora, hace mella en su rendimiento académico y en su falta de concentración. Esto se debe, principalmente a que durante la entrevista al especialista en PT del centro (Anexo II, p. 9), se afirmara que en las pruebas de inteligencia refleja un nivel muy inferior al límite, por lo que se estaría hablando de un retraso mental. Por otro lado, al mostrar una evaluación de este tipo, pasará a Primaria con una adaptación curricular, que es lo que desde un primer momento se pedía para este niño.

Al igual que en las observaciones tomadas del aula, como con las entrevistas (Anexo II, pp. 7, 9), se afirma que es un niño muy cariñoso y que al mismo tiempo necesita mucho refuerzo positivo mientras realiza las tareas. Esto requiere mucho tiempo y dedicación por parte del adulto que esté en el aula, pero es lo que necesita para avanzar de manera correcta en su aprendizaje. De este modo, asimila mejor las cosas, y realiza las actividades de una manera mucho más motivada.

Se afirma de manera encarecida la creación de unas rutinas sencillas, claras y concisas para que este alumno sepa en todo momento lo que ocurre. En situaciones donde no controla las que va a ocurrir, siempre se altera, y esto termina con explosión de energía. Para evitar esto, se intenta que, aquello que se salga de las rutinas diarias, seccionarlo en diversos días para que no sea un cúmulo de cosas nuevas y no reaccione de manera negativa.

Este caso en concreto, el centro muestra una gran implicación, y pone a disposición todo lo posible para que haya un seguimiento y así logre avanzar; poniendo a su disposición al personal de Orientación. Hay una gran coordinación entre la maestra tutora del aula y los maestros de apoyo (Educación especial y PT); porque desde los tres años mostraba indicios de actividad excesiva. Desde esta edad tan temprana, se le ha seguido su evolución, por lo que la afirmación de que será diagnosticado con TDAH, se fundamenta.

Es necesario hablar un momento de los padres de este alumno. Son personas muy implicadas con su hijo desde el primer momento, y por lo tanto, se informan mucho sobre el tema y están abiertos a todo lo que represente una mejoría para el niño. Pero al mismo tiempo, también se encuentran algo saturados por la energía que

desprende; y buscan que el niño la libere para saciarse y poder cansarse y acudir a casa con una actitud más tranquila y relajada.

6.3. OBSERVACIÓN DIRECTA Y DIARIO

En el día a día, se puede decir que es un niño bastante impulsivo y con altos patrones de TDAH.

Hay veces que intenta calmarse, pero la mayoría de los casos se ve desbordado por la situación y agrede al resto de la clase (incluido profesorado). Ante esto, la principal herramienta es realizar una técnica de contención.

Su principal temor es realizar fichas de grafomotricidad (escritura), ya que el mismo sabe que no puede llegar al mismo nivel que el resto de compañeros. Esto le frustra, y hace que aparezcan picos de impulsividad (Anexo I, pp. 3-4).

Es un alumno que, ante actividades motrices, se involucra mucho en lo que se le explica. Generalmente, es capaz de seguir el ritmo y los pasos de la coreografía; y una vez trabajada, se asimila de igual modo que sus compañeros.

A la hora de utilizarlas como cuñas motrices, se podía observar cómo el alumno completaba la danza casi en su totalidad; solo en algunos días llegaba a tener algún pico de actividad.

Para concluir, creo necesario mencionar que, después de tener cogido al niño con las manos (para erradicar la conducta que estaba teniendo), me di cuenta de que seguía perfectamente el ritmo. Al comentarlo con la tutora, me confirmó que así era, que desde pequeño va a clases de música para coordinar mejor.

Esto no hace más que afirmar mi hipótesis de que las actividades rítmico-musicales son muy apropiadas para este tipo de alumno con indicios de hiperactividad.

6.4. LAS SESIONES

Una vez realizadas las sesiones, se observaba que permanecía más tranquilo que durante el resto del día, más relajado. Es verdad que al disponer de un horario muy concreto, no se podía ver si claramente se cumplía la esencia del trabajo, pero al convertirse en cuñas motrices, si se podía observar una mejora en la actitud del alumno hacia actividades de escritura. Mostraba más atención y una mayor perfección en el trazo y un mejor control

del lapicero. Generalmente, su actitud mejoró, pero se debe tener muy presente la naturaleza impulsiva del alumno, por lo que en algunos casos (minoría), su actitud no mejoraba.

7. CONSIDERACIONES FINALES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para obtener conclusiones, es necesaria una triangulación de datos. En esencia, el enunciado realizado por Pérez (citado en Vallejo, 2009, p.121), que es, en definitiva, reunir información y datos sobre un tema específico y compararlos entre ellos para sacar conclusiones.

Comprobando los datos obtenidos, en la observación y el diario y en las entrevistas, se llega a las conclusiones de que:

- El diagnóstico que presentará en un futuro próximo es el de alumno con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Muestra altos indicios de falta de concentración y madurez que se son evidentes en la mayoría de trabajos que realiza. Dentro de esto, el subtipo que más se asemeja a los rasgos que identifican a este alumnos es el de hiperactivo-impulsivo, como mencionan en anterioridad Moreno y Castells (p. 7).
- El tratamiento más adecuado que se ajusta a las necesidades que se observan, es según Calderón (pp. 15-18) el farmacológico, donde se le administrarán pastillas diarias durante un largo periodo de tiempo para poder controlar su impulsividad y lograr una mayor concentración para realizar actividades cotidianas y académicas.
- El centro está plenamente volcado en el caso. Ofrece todo lo que está a su disposición para ayudar al alumno, a la maestra, y al resto de la clase a avanzar (Anexo II, pp. 4-5, 11-12). Principalmente, se trata de personal de apoyo especialista (Pedagogía Terapéutica, foniatra o psicóloga).
- Necesita una serie de rutinas para sentirse seguros y evitar ataques de impulsivos ante el desconocimiento (Anexo II, p. 2, 5). Deben saber en

todo momento lo que ocurre a continuación. Saber lo que va a ocurrir aporta un grado de estabilidad muy importante.

- Es inevitable proporcionarle una atención constante para que avance en lo que realiza, por lo que una persona con otros veinticuatro alumnos no es suficiente. Es necesaria la intervención de otro profesional del centro para centrarse solamente en su actividad, y guiarle para que mantenga la calma y le motive a seguir con la tarea.
- Demanda constantemente señales de afecto (Anexo I, p. 11-12). Esto se emplea como un refuerzo positivo para premiar el buen comportamiento y el trabajo; pero, al ser un niño con indicios de TDAH, aunque el resultado no sea el idóneo y la actitud sea de superación, se le anima a constantemente para que adquiera confianza y pueda alcanzar el objetivo marcado a largo plazo.
- Sabe hasta dónde puede tantear el terreno para conseguir beneficios. Muestra perspicacia a la hora llorar para culpar a compañeros que se le molestan.

Para finalizar, lo más importante de todo, se confirma la hipótesis que se planteó para elaborar este trabajo, la hipótesis de que las actividades rítmico-musicales con beneficiosas para este tipo de alumnos.

Al tratarse de bailes sencillos, se introdujeron como cuñas motrices habituales para los niños. Durante el tiempo que se realizaron las danzas en el aula, mostraba atención y una actitud muy predispuesta a aprender y participar. Después de bailar y liberar energía, mostraba una actitud más relajada y una mayor tolerancia a las actividades óculo-manuales (especialmente la grafomotricidad).

Una breve recomendación sobre el trabajo es, como se puede comprobar en las conclusiones obtenidas, puede ser beneficioso emplear el tipo de sesiones descritas para mejorar la capacidad de concentración en alumnos con posible caso con TDAH.

Se trata de una primera investigación sobre el tema, un primer acercamiento a este campo; por lo que sería muy enriquecedor continuar indagando y profundizando sobre este tema en futuras tesis que podrías derivar en otras líneas de investigación sobre el tema.

8. BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

- Arriaga, C; Madariaga, J.M. y Morentin, M. (2012). La música como medio de expresión en un trabajo interdisciplinar en el grado de maestro de Educación Infantil. *Eufonía: Didáctica de la música*, 55, 26-39.
- Artigas-Pallarés, J; García, K y Rigau, E. (2013) Comorbilidad en el TDAH. Recuperado de <http://www.cnimaresme.com/publicaciones/Comorbilidad%20en%20el%20TDAH.pdf>
- Calderón, C. (2003). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: programa de tratamiento cognitivo-conductual*. (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona. Barcelona.
- Castells, P. (2006). *Nunca quietos, siempre distraído. ¿Tendrá TDAH? (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad)*. Espasa Calpe: Pozuelos de Alarcón (Madrid).
- Gimeno, J y Pérez, A. (1989). *La enseñanza: su teoría y su práctica*. Akal: Madrid.
- Gisela, M.P.I. (2005) *La entrevista cualitativa*. Universidad Mesoamericana.
- González, A. (2003). Los paradigmas de investigación en las ciencias sociales. *ISLAS*, 45, 138, 125-135.
- Green, C. y Chee, K. (2000). *El niño muy movido o despistado. Entender el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Medici: Barcelona.
- Real Academia de la lengua Española. *Homeostasis*. Recuperado de <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=homeostasis>
- Definición de. *Neuropsiquiatría*. Recuperado de <http://www.wordreference.com/definicion/neuropsiquiatr%C3%ADa>
- Hernández-Muela, S.; Mulas, F.; Téllez de Meneses, M. y Roselló, B. (2003). Niños adoptados: factores de riesgo y problemática neuropsicológica. *Revista Neurol*, 36, 1.
- López, J.A.; Andrés, J.M. y Alberola, S. (2008). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: orientaciones psicoeducativas para los padres. *Revista Pediatr Aten Primaria*. 39, 10, 513-531.
- Lorenzo, G.; Díaz, M.; Ramírez, Y. y Cabrera, P. (2013) .Motricidad fina en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista cubana de neurología y neurocirugía*. 3, 1, 13-17.

- Marbán, J.M. (2008) Memoria de plan de estudios del título de Grado Maestro o Maestra en Educación Infantil. Universidad de Valladolid.
- Mediavilla-García, C. (2003). Neurobiología del Trastorno de Hiperactividad. *Revista De Neurología*. 36, 6, 555-565.
- Meneses, J. y Rodríguez, D. (2010) El cuestionario y la entrevista. *FUOC*
- Miranda, A.; Amado, L. y Jarque, S. (2001). *Trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Una guía didáctica*. Aljibe: Málaga.
- Moreno, I. (1999). *Hiperactividad. Prevención, evaluación y tratamiento*. Pirámide: Madrid.
- Oliván, G. (2012). Dificultades neuropsicológicas en niños adoptados en Rusia: consideraciones etiológicas. *An Pediatr*.
- Pascual-Castroviejo, I. (2008). Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Asociación Española de Pediatría*. 140-150.
- Pointer, B. (2001). *Actividades motrices*. Narcea: Madrid.
- Rodríguez, G; Gil, J y García, E. (1996). *Método de la investigación cualitativa*. Aljibe: Málaga
- Romero, D. M. (2006). La motivación y el rendimiento ocupacional en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista gallega de Terapia Ocupacional TOG*. 4.
- Ruiz, C. (2001). La investigación cualitativa en educación: crítica y prospectiva. *REDHECS*, 11, pp 28-50.
- Sell-Salazar, F. (2003). Síndrome de hiperactividad y déficit de atención. *Revista NEUROL*. 37, 4, 353-358.
- Silva, R. (2004) Métodos cualitativos de investigación.
- Stake, R.E. (1998/2005). *Investigación con estudio de casos*. Morata: Madrid
- Vallejo, R y Finol, M. (2009). La triangulación como procedimiento de análisis para investigaciones educativas. *REDHECS*, pp. 117-133
- Vargas, I. La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. *Revista Calidad en la Educación Superior*, 3, 1, pp 120.
- WordReference. *Feed-back*. Recuperado de <http://www.wordreference.com/definicion/feed-back>