



FACULTAD DE EDUCACIÓN DE PALENCIA
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

**TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD: UNA PROPUESTA DE
INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA EN
EDUCACIÓN INFANTIL.**

TRABAJO FIN DE GRADO
EN EDUCACIÓN INFANTIL

AUTOR/A: Raquel Medina Marroyo

TUTOR/A: Deilis Ivonne Pacheco Sanz

Palencia, 9 Junio 2017

“Si un niño no puede aprender de la manera que enseñamos, quizá debemos enseñarles de la manera que ellos aprenden”. Ignacio Estrada.

RESUMEN

En este trabajo se presenta una propuesta de intervención dirigida a los maestros del segundo ciclo de Educación Infantil, específicamente, para aquellos que trabajen con niños de 5 a 6 años y que cuenten con algún caso de niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Dicha propuesta contiene determinadas actividades que se pueden llevar a cabo en el aula, con el fin de mejorar algunos aspectos de la sintomatología del niño con TDAH. En vista de que este trastorno es considerado como uno de los síndromes infantiles más frecuentes en la actualidad, se realiza una revisión de estudios recientes que dan consistencia al marco teórico-conceptual, con los puntos más importantes a conocer sobre el TDAH y que, además, permitieron elaborar la propuesta de intervención que cuenta con actividades, pautas y estrategias educativas, para desarrollar en el niño habilidades y conductas adecuadas que provoquen una mejora en su calidad de vida.

Palabras clave: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Educación Infantil, estrategias educativas, propuesta de intervención.

ABSTRAC

This paper presents a proposal for intervention directed to teachers¹ of the second cycle of Early Childhood Education, specifically, for those who work with children² from 5 to 6 years old and who have a case of children with Attention Deficit Disorder and Hyperactivity (ADHD). This proposal contains certain activities that can be carried out in the classroom, in order to improve some aspects of the symptomatology of the child with ADHD. Given that this disorder is considered as one of the most frequent childhood syndromes today, a review of recent studies that give consistency to the theoretical-conceptual framework, with the most important points to know about ADHD; And that, in addition, allowed to elaborate the proposal of intervention that counts on educational activities, guidelines and strategies, to develop in the child adequate abilities and behaviors that provoke an improvement in their quality of life.

Keywords: Attention Deficit Disorder and Hyperactivity, Child Education, educational strategies, intervention proposal.

4.8.4 Tratamiento multimodal	33
4.8.5 Tratamientos alternativos	34
5. INTERVENCIÓN	34
5.1 ESTUDIOS RECIENTES	34
5.2 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	37
5.2.1 Planificación de actividades	38
5.2.1.1 Actividad 1: “El adivino”	39
5.2.1.2 Actividad 2: “!Escuchó una historia!”	39
5.2.1.3 Actividad 3: “Adecuado o no adecuado”	40
5.2.1.4 Actividad 4. “Voy a la playa”	41
5.2.1.5 Actividad 5. “El globo”	42
5.2.1.6 Actividad 6. “La bola de papel”	42
5.2.1.7 Actividad 7: Relajación	43
5.2.1.8 Actividad 8: “El dinosaurio y la tortuga”	44
5.2.1.9 Actividad 9: “Mándalas”	44
5.2.1.10 Actividad 10: Atender a dos estímulos	45
5.2.1.11 Actividad 11: “Completa el dibujo”	46
5.2.1.12 Actividad 12: “Descifro jeroglíficos”	47
5.2.2 Evaluación	48
5.2.3 Pautas de actuación para el docente	51
5.2.4 Pautas de actuación para familias	52
6. CONCLUSIONES	53
7. LISTA DE REFERENCIAS	55
7.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
7.2 ENLACES ELECTRONICOS	60
8. APÉNDICES	62

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, encontramos en las aulas de Educación Infantil gran diversidad de estilos de aprendizaje, capacidades, habilidades, estilos conductuales, realidades múltiples y complejas a las que es necesario hacer frente desde el marco de la educación. Es por ello que es imprescindible que la educación sea inclusiva, optimizadora de capacidades y compensadora de situaciones de desigualdad, además de contar con docentes que estén preparados y dispuestos a afrontar esta realidad.

En dicha realidad educativa, encontramos alumnado con Necesidades Educativas Específicas (NEE), dentro del cual se encuentran los niños¹ que presentan TDAH; este es un trastorno del neurodesarrollo, investigado y estudiado por infinidad de autores y especialistas. Es provocado por un desequilibrio de los neurotransmisores cerebrales (además de influir otros factores), que afectan a la hiperactividad, impulsividad e inatención (DSM-5, 2013).

Dado el gran impacto educativo, relevancia y prevalencia del TDAH en las aulas, en este Trabajo de Fin de Grado se pretende estudiar y profundizar en este trastorno.

En este sentido, el trabajo que a continuación se presenta consta, en primer lugar, de un apartado teórico, en el que se abordan las referencias históricas del TDAH, la sintomatología, causas, prevalencia, criterios diagnósticos y tratamientos; en segundo lugar, se analizan algunos estudios recientes sobre intervenciones y técnicas recomendadas, de cara a una mejora de las habilidades y conductas que evidencian el trastorno. En tercer lugar, y como producto de esta revisión de estudios, se presenta una propuesta de intervención que cuenta con actividades, pautas y estrategias educativas, con el fin de mejorar algunos aspectos de la sintomatología de los niños con TDAH en las aulas de Educación Infantil. Finalmente, se exponen algunas conclusiones sobre la postura de la autora de este trabajo, tras conocer este trastorno en profundidad; y, una reflexión personal que incluye limitaciones y perspectivas futuras sobre el desarrollo y/o aplicación de la propuesta de intervención.

2. OBJETIVOS

El objetivo general de este Trabajo de Fin de Grado es conocer la etiología, prevalencia, criterios diagnósticos, manifestaciones y tratamientos del TDAH para poder intervenir, desde el punto de vista educativo y de forma idónea, en el último curso de Educación Infantil.

En este sentido, los objetivos específicos en los cuales se centra esta propuesta son:

- Establecer un marco teórico conceptual para adquirir conocimientos sobre el TDAH.
- Reconocer las características que evidencian el TDAH en los niños.
- Conocer los métodos y estrategias para una intervención adecuada.
- Conocer los instrumentos que se aplican para la identificación y diagnóstico del TDAH.
- Fomentar un valor ético-docente que sirva para la comprensión del trastorno.
- Proponer un programa de intervención educativo que favorezca el total desarrollo de los niños con TDAH.

3. JUSTIFICACIÓN

Para explicar el origen del interés por el tema a tratar en este trabajo, he de remontarme a varias asignaturas impartidas en el Grado de Educación Infantil. Tal es el caso de Atención Temprana e Intervención educativa en dificultades del aprendizaje y trastornos del desarrollo. En ellas, aprendí a reconocer algunos trastornos que se dan en Educación Infantil, y en concreto me llamó la atención el TDAH, ya que es probable que durante mi futura docencia encuentre con algún alumno que padezca dicho trastorno.

No obstante, nos encontramos con una realidad social de desconocimiento sobre el TDAH, esto lleva a una falta de comprensión y consideración con las personas que lo sufren. De ahí la necesidad de investigaciones que den a conocer dicha patología y de profundizar en las capacidades y limitaciones que presentan los niños con este trastorno.

Asimismo, siento curiosidad por las diferentes visiones que existen sobre el TDAH y, por ello, he querido indagar en la historia de su terminología y así conocer si es un trastorno actual, como sostienen algunos autores que lo denominan “enfermedad del siglo XXI”, o si se conocían casos en la antigüedad.

El TDAH ha suscitado ciertas polémicas sociales en los últimos años, y se ha visto inmerso en varias controversias. Estas polémicas van desde su etiología, tipos de tratamiento, hasta su propia existencia. Por lo que he respetado todas las posturas, tanto las que cuentan con más evidencias científicas como aquellas que son más subjetivas, sin posicionarme en una u otra teoría. Primeramente, porque soy consciente de que vivimos en una sociedad muy cambiante, en la que los estilos familiares se han diversificado. Por ejemplo, encontramos familias que tienen que dedicar la mayor parte del día al trabajo, y queda poco tiempo para la educación de los hijos, quienes tienen que pasar largas jornadas en la escuela, el comedor y, finalmente, en talleres o guarderías, hasta bien entrada la tarde cuando sus padres pueden recogerles.

En otros casos, los niños simplemente tienen una carencia de atención o afecto, por falta de tiempo o descuido de los padres; hay familias que dejan a sus hijos “a cargo” de la televisión, porque es la única forma de que estén tranquilos y así ellos tienen tiempo para dedicar a otras cosas.

Ahora bien, que estos factores sean reales e influyan en el TDAH, no niega la existencia y veracidad del trastorno. Sopeso la idea de que ambos factores coexisten en el paciente con TDAH y considero cardinal que los docentes conozcan y reconozcan las manifestaciones de este trastorno, para poder optar a una atención temprana y un menor número de errores en el diagnóstico.

4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

4.1 RECORRIDO HISTÓRICO DEL TDAH

En cuanto al concepto u origen del TDAH, Navarro y García (2010), hacen una sinopsis de los registros históricos que se tienen de este trastorno. El primer registro similar al que hoy designamos trastorno por déficit de atención con hiperactividad apareció en 1775 de la mano de Adam Weikard (médico alemán habla sobre trastornos de la atención). Años más tarde, en 1798, Alexander Crichton citó este trastorno como “Mental Restlessness” (Agitación o Inquietud Mental), haciendo referencia al estado de inquietud e incapacidad que manifestaban algunas personas para atender con constancia.

Igualmente, Boncour, describe al escolar inestable como “aquel estudiante con dificultades de aprendizaje debido a su incapacidad para fijar su atención sea para escuchar, responder y comprender” (p. 26).

En 1902, el pediatra George Still publicó un trabajo científico en el que se reconoce por primera vez el TDAH como trastorno y en el que describía a un grupo como *niños que no dejaban de moverse constantemente y lo tocaban todo, desconsiderados con los demás, no parecían preocupados por las consecuencias de sus acciones y tenían un carácter escandaloso y obstinado*. Still se refirió a este conjunto de características como un “Defecto de control moral”. El pediatra supuso que se trataba de una enfermedad neurológica, procedente de herencia biológica o lesión en el momento del nacimiento (Navarro y García, 2010).

Navarro y García (2010), hacen un recorrido histórico sobre el concepto u origen del TDAH. Destacan a Boncour, quien describió al escolar inestable como “aquel estudiante con dificultades de aprendizaje debido a su incapacidad para fijar su atención sea para escuchar, responder y comprender” (p. 26).

En el manual de psiquiatría general de Hoff, aparece con el nombre de “Trastorno Hiperkinético”. Pero unos años más tarde, el déficit de atención se antepone a la hiperactividad y Virginia Douglas acuña el término de Trastorno por Déficit de Atención (TDA) con y sin hiperactividad. Tal es la influencia de Douglas, que el

termino TDA es asumido por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales III (DSM-III, 1980).

En cuanto a los antecedentes en el ámbito médico, las primeras explicaciones médicas aparecen en 1899 y vienen de la mano de Clouston, quien sostiene que el Trastorno de Hiperexcitabilidad proviene de una excesiva reactividad cerebral a los estímulos emocionales y mentales. Pero es, en los primeros años del siglo XX, cuando Still y Tredgold, dan una descripción más precisa, atribuyendo una serie de sintomatologías; exceso de actividad, dificultad para concentrarse, incapacidad del control inhibitorio, conducta desafiante, a un defecto del control moral, causado por alguna alteración biológica, innata o adquirida en el periodo prenatal o postnatal (Navarro y García, 2010).

Strauss y Lehtinen (1947), citados por Navarro y García, (2010), acuñaron el término “Síndrome de daño cerebral infantil”, pero más tarde se comprobó que los problemas de atención y percepción³ que sufrían estos niños, no siempre eran el resultado de discapacidades psíquicas o lesiones cerebrales. Esta falta de evidencias llevo a convertir el término en “Disfunción Cerebral Mínima” (DCM).

En el periodo de los 50 y 70 la hiperactividad tomo relevancia, y se veía como un problema psicobiológico. Autores como Laufer, Denhoff y Solomons (citados por Navarro y García, 2010), concretaron que los niños con hiperactividad recibían un exceso de estímulos debido a un fallo en el filtrado de información sensorial.

Ya en la década de los 90, Nigg (2006), citado por Navarro y García (2010), considera este trastorno debido a una disfunción ejecutiva. Es decir, la función ejecutiva, se vería alterada y no cumpliría sus funciones correctamente.

Actualmente, la nueva edición del Manual Diagnostico y Estadísticos de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2013), unifica los subtipos combinado e inatento desde un punto de vista cognitivo.

En el artículo “El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica” (Navarro y García, 2010), se constata que, durante todo el recorrido histórico sobre este trastorno, podemos comprobar que todos los

autores coinciden en que el TDAH es un trastorno del desarrollo y su sintomatología es variante y persistente en el tiempo (Ver tabla 1).

Tabla 1.

Síntesis evolución histórica

AÑO	AUTOR	REFERENCIA
PRIMERAS EXPLICACIONES MÉDICAS		
1902	Still	Defecto del control moral.
1908	Tredgold	Enfermedad neuropatía.
1909	Dupré	Manifestación de un desequilibrio motor congénito.
1922	Hoffman	Secuelas de la encefalitis letárgica.
1936	Blau	Lesiones en el lóbulo frontal.
1938	Levin	Lesiones en el lóbulo frontal.
1957	Laufer, Denhoff y Solomons	Déficit en el área talámica del SNC.
TRASTORNO HIPERCINÉTICO		
1867	Maudsley	Perturbaciones conductuales.
1877	Ireland	Perturbaciones conductuales.
1897	Bourneville	Inquietud psicomotora, inatención, indisciplina, desobediencia.
1899	Clouston	Perturbaciones conductuales.
1901	Demoor	Corea mental.
1905	Boncour	Escolar inestable.
1913	Durot	Pionero en diferenciar síntoma y síndrome.
1914	Heuyer	La hiperactividad como síndrome.
1923	Vermeulen	Pionero en introducir variables de tipo neurocognitivo.
1930	Kramer y Pollnow	Trastorno Hiperkinético.
1934	Kahn y Cohen	Síndrome de impulsividad orgánica.
1947	Strauss y Lehtinen	Síndrome de daño cerebral infantil.
1956	Hoff	Trastorno Hiperkinético.
1960	Chess	Trastorno Hiperkinético.
1968	DSM-II	Reacción Hiperkinético de la infancia.
1972	Douglas	Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad.

1975	CIE-9	Trastorno Hiperkinético de la infancia.
1980	DSM-III	Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad.
1987	DSM-III-TR	Déficit de Atención con Hiperactividad.
1992	CIE-10	Trastorno de la Actividad y de la Atención (en trastornos Hiperkinético).
1994/2000	DSM-IV	TDAH.
2013	DSM-V	TDAH.

Fuente: Elaboración propia a partir de Navarro y García (2010).

Las investigaciones de la última década, han demostrado que el origen del déficit de atención e hiperactividad es debido a factores neurobiológicos y no psicosociales, aunque durante el desarrollo del niño ambos estén relacionados (Edder, 2006).

4.2. EL TDAH EN LA LEGISLACIÓN ESPAÑOLA

Según el Informe PANDAH (2013), en 2010, el Grupo Popular presentó en el Senado, una Moción por la cual se insta al gobierno a poner en marcha protocolos para: la inclusión y la actuación conjunta de las administraciones implicadas (Sanidad y Política Social, Educación y Justicia) en el tratamiento, prevención y abordaje de los pacientes; un aumento de los medios económicos y humanos para los Servicios de Orientación Educativa y Psicopedagógica; aumento de la dotación de los medios económicos y humanos a las unidades de tratamiento psicoterapéutico del TDAH en todas las Comunidades Autónomas.

En la comunidad de Castilla y León, cuyo contexto nos ocupa, el protocolo de coordinación del TDAH está encaminado a conseguir una coordinación efectiva y global en el abordaje de la patología, facilitando cauces de comunicación y actuación entre profesionales sanitarios y educativos con el niño y su familia. Este protocolo, define tres grandes fases de actuación: en la primera fase, engloba la detección temprana del TDAH; la segunda fase el Diagnóstico y Tratamiento en Atención Primaria; y, una tercera fase en la que se lleva a cabo el Diagnóstico y Tratamiento en Atención Especializada. Además, se recogen una serie de recomendaciones: terapéuticas generales (psicofarmacológicas y psicoterapéuticas), para los padres y para el centro

educativo, incluyendo modificaciones en el ambiente del aula y actuación del profesorado.

Es importante destacar que en 2013, el Senado insta al gobierno a recoger el derecho de cualquier alumno con TDAH, u otros tipos de necesidades educativas especiales, a ver garantizado los apoyos educativos y la adecuada evolución y seguimiento, salvaguardando su derecho a la igualdad de oportunidades.

4.3 MODELOS EXPLICATIVOS DEL TDAH

Los siguientes modelos fueron ideados para abordar la explicación del TDAH como un todo, pero los modelos teóricos más recientes y la aceptación de un nuevo enfoque modular, ha provocado un cambio de dirección hacia una perspectiva integradora.

- Modelo de función ejecutiva (Pennington y Ozonoff, 1996, citado por García Sanchez, 2014). Establece que los síntomas del TDAH son consecuencia de un déficit en la función ejecutiva.
- Modelo cognitivo-energético (Sergeant, Oosterlaan y van der Meere, 1999, citados por Nicasio, 2014). Relaciona el rendimiento con el estado energético de la persona.
- Modelo de aversión a la demora (Sonuga-Barke, 2003, citado por Nicasio, 2014). Se basa en que los niños con TDAH tienen déficit en la inhibición, y prefieren refuerzos inmediatos.
- Modelo de inhibición (Barkley, 1997, citado por García Sanchez, 2014). Basa los síntomas en un déficit de la inhibición conductual.

4.4 CLASIFICACIÓN DEL TDAH

El manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ta. Edición, en adelante DSM-5, publicado en mayo de 2013, inscribe al TDAH dentro de los trastornos del neurodesarrollo.

Otro sistema de clasificación del TDAH es la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS, CIE-10. Según esta clasificación es necesaria la presencia simultánea de los síntomas de déficit de atención, hiperactividad e impulsividad para diagnosticar el TDAH. Cuando a estos síntomas se le suma una alteración en la conducta, la CIE-10 habla de trastorno hiperquinético de la conducta/Hipercinético disocial. Por tanto considera el TDAH como un trastorno de conducta.

4.5 FUNCIONES EJECUTIVAS

Las funciones ejecutivas se encuentran en el lóbulo prefrontal, coincidiendo con las áreas que afectan el TDAH. Estas áreas son las encargadas del funcionamiento ejecutivo y la autorregulación de la conducta y las emociones. Según Barkley (citado por Orjales, 2000) las funciones ejecutivas sirven para dar respuesta a los problemas y los planteamientos que nos surgen en el transcurso de la vida, además permiten:

- Seleccionar y retener la información.
- Organizar y planificar una acción.
- Generar distintas alternativas de actuar.
- Elegir la acción más efectiva en base a los objetivos propuestos.
- Frenar acciones menos efectivas.
- Iniciar la acción.
- Mantener la ejecución.
- Obviar otras informaciones o estímulos no relevantes.
- Detectar errores y reconducir nuestra conducta.
- Finalizar con eficacia una acción.

De acuerdo con Barkley², 1997 (citado por Orjales, 2000), el TDAH es un fallo en la activación o no de las funciones ejecutivas del cerebro, principalmente en la inhibición de respuesta. Este fallo en la inhibición afecta a cuatro capacidades ejecutivas:

- Memoria de trabajo no verbal: hace posible la retención de información, permite la capacidad de previsión, la conciencia, el dominio del tiempo y la capacidad de imitar un nuevo comportamiento aprendido mediante la observación.
- Memoria de trabajo verbal: posibilita regular el comportamiento, seguir reglas e instrucciones, cuestionarse la resolución de un problema y construir “meta-reglas”, de forma autónoma.
- Autorregulación emocional: esta capacidad permite controlar las emociones y regular la motivación.
- Planificación y resolución de problemas dirigida a la acción: se encarga de planificar una respuesta y elegir la más acertada, enfrentar los problemas y pensar en el futuro.

Las funciones ejecutivas se desarrollan desde la infancia. Sin embargo, los niños con TDAH sufren un retraso en el desarrollo de las mismas, de modo que su capacidad para elaborar respuestas ejecutivas, tomar decisiones o emprender acciones puede ser defectuosa o errónea. Entonces, estos niños no saben cuándo y dónde llevar a cabo una acción, pero si saben cómo hacerla, esto es un indicador de que este trastorno afecta a la ejecución y no a la capacidad.

4.6 DETECCIÓN

4.6.1 Definición del TDAH

Según López-Ibor A. et al, 2002 (citado por Informe PANDAH, 2013), el TDAH es un trastorno conductual complejo y heterogéneo, de carácter crónico, cuyas causas se deben a factores principalmente genéticos y ambientales (pre y perinatales y de otro tipo). Tiene su origen en la infancia y sigue un patrón persistente de conductas de falta de atención y/o hiperactividad e impulsividad con una frecuencia e intensidad mayores de lo habitual, interfiriendo en el rendimiento escolar y en otros ámbitos de la vida cotidiana.

Este trastorno es uno de los más frecuentes en la infancia y la adolescencia, y una de las principales causas de fracaso escolar y de dificultades en las relaciones sociales. Tiene un gran impacto en el desarrollo y la vida del niño, de su familia y su entorno.

Barkley, 1990 (citado por Martínez-León, 2005), sostiene:

“El déficit atencional/hiperactividad consiste en deficiencias del desarrollo en la regulación y en la conducta gobernada por reglas y consecuencias. Estas deficiencias dan lugar a problemas con la inhibición, inicio o sostenimiento de respuestas a tareas o estímulos, y adherencia a reglas o instrucciones, particularmente en situaciones en donde las consecuencias para la conducta son demoradas, poco frecuentes o inexistentes. Las deficiencias son evidentes en la infancia temprana y probablemente son de una naturaleza crónica. A pesar de que puede mejorar con la maduración neurológica, los déficits persisten en comparación con niños normales de la misma edad, para quienes su actuación en estas áreas mejora con el desarrollo”.

Giraldo y Chaves (2014), señalan el trastorno por déficit de atención con hiperactividad como una alteración en el comportamiento que se diagnostica, más frecuentemente, en niños en edad escolar, y que tiende a persistir en la adolescencia y edad adulta. Este trastorno lleva consigo conductas perturbadoras como impulsividad, inquietud motora y falta de atención.

4.6.2 Características

El TDAH tiene su inicio en la infancia y las manifestaciones propias se presentan antes de los 7 años. El 30% de los niños con esta patología, ya presentan síntomas en los 12 primeros meses de vida, y a partir de los dos años es posible advertir rasgos de temperamento difícil en un 56,5% de los casos. (Vaquerizo, citado por Estévez (2015).

Es vital que los docentes³ conozcan y sean capaces de reconocer las características presentes en un niño con TDAH, ya que eso supondría una identificación temprana y como consiguiente, una intervención más eficaz. No todos los niños con este trastorno son iguales, pueden presentar distintos comportamientos, actitudes, sintomatología, que suelen variar en función de la influencia cultural, social y educativa que cada niño lleva consigo.

De acuerdo con el informe PANDAH (2013), el TDAH no se presenta igual en niños que en niñas, pues los estudios demuestran un mayor diagnóstico en varones, en una proporción de 3 a 1. Según la Guía Práctica Clínica sobre el TDAH, en adelante GPC (2010), las niñas presentan mayor inatención, y los niños mayor componente de hiperactividad-impulsividad.

Acorde con García Sánchez (2014), la característica principal de este trastorno es un esquema de comportamiento y funcionamiento alterado de forma estable y duradera. Además, atendiendo a Orjales, Marco y otros, Vaquerizo y Montañés, (citados por Estévez, 2015), en la etapa de Educación Infantil los síntomas se vuelven más plausibles, pudiendo presentar:

- Inestabilidad en las relaciones interpersonales, el afecto y la autoimagen.
- Tendencia a la frustración.
- Excitabilidad difícil de controlar.
- Dificultad para terminar tareas.
- Escasa capacidad de inhibición y de planificación.
- Inmadurez emocional.
- Facilidad de distracción ante varios estímulos.
- Juego inmaduro, haciendo uso monótono de los juguetes.
- Dificultad para aceptar las normas sociales, tales como: respetar el turno de palabra o aceptar no ganar un juego.
- Se adelantan a responder antes de haber escuchado la pregunta completa, interrumpen y hablan efusivamente.
- Escasa flexibilidad para cambiar el foco de atención.
- Invadir el espacio de la otra persona de manera oral y física.
- Exceso de agresividad.
- Escaso control de los impulsos.

No obstante, Cabanyes y Polaino, 1997 (citados por Perote y Serrano, 2012), destacan de forma más acusada tres características: exceso de actividad motora (hiperactividad), impulsividad y déficit de atención (inatención). Estos tres síntomas pueden manifestarse con una intensidad variable y de forma independiente:

- **Hiperactividad:** presenta una imposibilidad de permanecer quieto. Este síntoma es difícil de discernir en edades tempranas, dado el carácter inquieto de los primeros años. Sin embargo, un niño de 2-3 años puede permanecer quieto escuchando un cuento, mientras que un niño con TDAH es incapaz de permanecer estático y escuchar sin interrumpir.
- **Impulsividad:** la persona con impulsividad se caracteriza por dar una respuesta excesivamente rápida ante un estímulo. La impulsividad se refiere a la dificultad para pensar las cosas antes de actuar. Los niños tienen serias dificultades para esperar por algo.
- **Déficit de atención:** La persona con déficit de atención muestra un alto grado de distracción debido a cambios en el foco de atención hacia otros estímulos irrelevantes, cambiando constantemente de una actividad a otra. La inatención que presentan no es selectiva, pues también olvidan situaciones o cosas importantes para el sujeto. Sin embargo, pueden sostener la atención más tiempo en actividades no cognitivas como ver la televisión.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición, texto revisado (DSM-IV-TR, 2001), clasifica el TDAH en tres tipos:

- TDAH, tipo combinado: manifiesta los tres síntomas principales (inatención, hiperactividad e impulsividad)
- TDAH, tipo con predominio del déficit de atención: el síntoma principal es la inatención.
- TDAH, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: predomina la conducta de hiperactividad e impulsividad.

De modo que debemos distinguir entre déficit de atención con hiperactividad, y déficit de atención sin hiperactividad, en adelante, TDA. Este tipo de déficit de atención conlleva incapacidad de prestar atención, falta de concentración, y se distraen constantemente. De forma coloquial, diríamos que los niños con TDA hacen “barridos” con los ojos, pero no son capaces de captar de forma ordenada todos los estímulos que recibe, además de no poder seleccionar el estímulo en el que tiene que centrar su atención. Estos niños no tienen por qué ser excesivamente movidos, de hecho pueden parecer perezosos, suelen dejar las tareas sin acabar,

cometiendo muchos errores, y necesitan objetivos y metas que puedan alcanzar a corto plazo, ya que se aburren rápidamente de una misma tarea.

Sin embargo el tipo déficit de atención con hiperactividad-impulsividad, denota niños muy inquietos, con movimientos excesivos e inadecuados al momento y lugar. Muestran mayor grado de agresividad, y como consecuencia suelen tener problemas en las relaciones sociales. Tanto los niños con TDA como con TDAH, presentan una gran dificultad para mantener la atención, problemas con su propia organización, tendencia a la frustración e incapacidad de finalizar una tarea larga y monótona (Ver tabla 2).

Tabla 2

Comparación entre TDA y TDAH.

TDA	TDAH
Dificultad para organizarse.	Incapacidad de permanecer quieto y relajarse.
Dispersión mental y facilidad de distracción.	Oralmente, se expresan con excesiva efusividad.
Les cuesta entender las órdenes.	Interrumpen los turnos y son impacientes.
Dificultad de organización.	Son muy impulsivos y se precipitan.
Olvidan rápidamente la información.	Dificultad para organizarse.
No terminan las tareas.	No terminan las tareas.
Falta de concentración.	Falta de concentración y fácil distracción.
Parecen perezosos, etiquetando a estos niños de “vagos”.	Alta impulsividad y en ocasiones, agresividad.
Baja autoestima y facilidad para frustrarse.	Baja autoestima y facilidad para frustrarse.
Necesitan motivación especial y objetivos a corto plazo.	Necesitan motivación especial y objetivos a corto plazo.

Fuente: Elaboración propia a partir de Informe PANDAH (2013).

4.6.3 Etiología

A pesar de los numerosos estudios no se ha establecido una causa fija y general que explique la aparición del TDAH. Se ha llegado a pensar que su origen está en el modelo de educación o resultado de un determinado ambiente familiar.

En contra de estas afirmaciones sin fundamento, Orjales I. (2004) señala que está claro que el TDAH no se produce por un problema emocional ni por la mala educación recibida [...]. Hay que considerar que los niños con TDAH son más difíciles de educar y muchos padres no saben cómo hacerlo, pero este no es el origen de sus problemas, es más bien una consecuencia.

El TDAH es un trastorno complejo que no puede mantener su explicación en una única causa, sino por una serie de factores biológicos que interactúan entre sí, junto con otros factores ambientales:

4.6.3.1 Factores genéticos.

El periódico *El Mundo* publica (2010) un artículo bajo el título: “El trastorno de hiperactividad tiene un origen genético”, en el que se concluye que el TDAH es un problema de desarrollo cerebral que tiene causa genética. Demuestra que si uno de los padres sufre este trastorno, los hijos tienen un 75% de posibilidades de heredarlo.

De acuerdo con Biderman y Faraone (citados por Pascual, 2009), diferentes estudios de familias establecen que la base genética del TDAH tiene una heredabilidad del 76%. Los estudios demuestran que las personas con antecedentes familiares de TDAH presentan un riesgo cinco veces mayor que las personas sin antecedentes familiares con TDAH.

4.6.3.2 Factores ambientales: prenatales, perinatales y posnatales.

De acuerdo con Pineda (citado por Martínez-León, 2005), los factores de riesgo para el padecimiento de TDAH son: la exposición a nicotina, ingesta de alcohol, complicaciones en el parto y los trastornos neurológicos tempranos.

El Informe PANDAH (2013), asegura que, el TDAH puede darse o modificarse por alteraciones cerebrales (encefalitis) o traumatismos craneoencefálicos, por la

exposición a elevados niveles de plomo y zinc, exposición intrauterina a alcohol, nicotina y algunos fármacos, la prematuridad o bajo peso al nacer.

4.6.3.3 Factores neurológicos.

De acuerdo con Aguilar, (citado por Martínez-León, 2005), las investigaciones actuales centran su atención en las áreas frontales y prefrontales del cerebro, encargadas de la regulación de la atención y la inhibición de información sensorial.

Además, se han encontrado anomalías en el funcionamiento de estas estructuras, tanto a nivel químico como estructural. A nivel químico, se da una alteración en la actividad de dos neurotransmisores: dopamina y noradrenalina⁴, en la sinapsis que existe entre dos neuronas. Se daría una producción insuficiente de dopamina y noradrenalina, y con ello una comunicación más pobre entre neuronas. La alteración en la actividad regulada por la noradrenalina denota dificultades de atención, concentración, motivación y aprendizaje. Mientras que la alteración en la actividad regulada por la dopamina, desencadena los síntomas de hiperactividad e impulsividad. (Ramos-Quiroga JA, 2013, citado por Informe PANDAH, 2013).

A nivel estructural se dan anomalías volumétricas en el cerebro y el cerebelo. (Faros, 2011, citado por Informe PANDAH, 2013).

El TDAH produce problemas en los circuitos reguladores que comunican dos zonas cerebrales: el córtex prefrontal, cuerpo calloso y ganglios basales.

- Cortes prefrontal: área encargada de la planificación e iniciación de acciones, así como su control durante el proceso.
- Cuerpo calloso: intercambia información entre estructuras de los hemisferios y coordina sus funciones. Procesa la nueva información.
- Ganglios basales: área encargada de coordinar y filtrar la información, también está implicada en el control de los impulsos involuntarios. Esta zona del cerebro es más pequeña en niños con TDAH.

4.6.3.4 Factores psicosociales

No se ha demostrado que el factor psicosocial sea determinante en la etiología del TDAH, pero si desempeña un papel importante en la etiología del TDAH. Así como

los factores contextuales de la familia: estrés, desavenencias matrimoniales, alteraciones de la organización o trastornos psicopatológicos de los padres, ya que dichos factores pueden influir en la comorbilidad del trastorno. (García Sánchez, 2014).

Según Quintero, Jiménez y García (citados por García Sánchez, 2014), los entornos desfavorecidos, problemas familiares, malnutrición u hogares en riesgo social, contribuyen a la prolongación o perpetuación del trastorno, afectando en el deterioro de la conducta y fracaso escolar.

4.6.4 Prevalencia

Según el Informe PANDAH (2013), el TDAH afecta del 2 al 12% de la población pediátrica mundial. En Europa afecta a uno de cada 20 niños o adolescentes. En España se estima que un 6,8% de niños y adolescentes padecen TDAH. Estos datos pueden oscilar en función del criterio de diagnóstico, el método de evaluación, el tipo de muestra y las características socioculturales de la población evaluada.

Basándonos en el DSM-V (2013), la prevalencia de TDAH está en un 5% de los niños en edad escolar. Y la CIE-10, cuyos criterios de diagnóstico son más restrictivos, sitúa una prevalencia alrededor del 1,5%.

Según la Guía de Práctica Clínica sobre TDAH en niños y adolescentes (2010), en adelante GPC (2010), estima que entre un 3 y un 7% de la población escolar padece TDAH. Como vemos la prevalencia de población varía en función del criterio diagnóstico que se lleve a cabo.

El TDAH afecta a las personas independientemente del país, origen étnico, cultura o nivel socioeconómico al que pertenezca.

De acuerdo con Biederman y Faraone (citados por García Sánchez, 2014), este trastorno afecta más a niños que a niñas, por cada tres niños con TDAH hay una niña que padece el trastorno. Las niñas presentan un 75% de los casos del perfil déficit de atención sin hiperactividad, y los niños presentan en mayor proporción el patrón de hiperactividad.

4.6.5 Comorbilidades

Feinstein (citado por Rosas, González y Vázquez, 2011), acuñó el término comorbilidad en 1970 como:

“Cualquier entidad clínica adicional distinta que ocurre durante el curso clínico de un paciente con una enfermedad índice en estudio”.

Es decir, la presencia de uno o más trastornos además del primario, y el efecto que estos trastornos adicionales provocan. El TDAH puede presentarse junto a otros trastornos psiquiátricos asociados, a los que llamamos trastornos comórbidos, estos pueden agravar el cuadro clínico y dificultar el diagnóstico y tratamiento.

La comorbilidad en TDAH puede deberse a algunos factores como un diagnóstico tardío, bajo cociente intelectual, bajo nivel educativo y cultural, trastornos específicos del aprendizaje, presencia de antecedentes familiares con TDAH, trastorno bipolar y/o depresión. Los trastornos comórbidos asociados al TDAH según el DSM-V se presentan en la tabla 3.

Tabla 3

Comorbilidades más frecuentes en niños y adolescentes con TDAH

Trastornos comórbidos	Descripción	Prevalencia en niños con TDAH
Trastorno negativista desafiante (TND)	Se caracteriza por un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante. Los individuos con este trastorno pueden resistirse a realizar un trabajo o una tarea que requiere dedicación. Se resisten a amoldarse a las exigencias de los demás. Suelen tener aversión a la escuela o a las tareas que exigen un esfuerzo mental.	Entre el 40 y 60%.
Trastorno de conducta disocial (TC)	Presenta un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales propias de la edad. Los individuos con TC amenazan e intimidan.	Un 14,3%.

<p>Trastorno depresivo</p>	<p>Los individuos con este trastorno suelen presentar un estado de ánimo crónicamente depresivo.</p> <p>Los niños pueden presentar irritabilidad, y deben presentar dos de los siguientes síntomas: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnias, falta de energía, baja autoestima, escasa concentración y desesperanza.</p>	<p>En torno un 3,8%.</p>
<p>Trastorno bipolar (TB)</p>	<p>Se caracteriza por manifestar dos o más episodios, en los que el estado de ánimo y nivel de actividad se ven alterados, escasa concentración y mucha impulsividad, pensamiento acelerado y pérdida de sueño, durante varios días seguidos.</p>	<p>En torno un 2,2%.</p>
<p>Trastorno de ansiedad</p>	<p>Se caracteriza por inquietud o impaciencia, fatigabilidad, dificultad de concentración, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño.</p> <p>Los más comunes son: ansiedad por separación, trastornos de angustia y trastorno obsesivo compulsivo.</p>	<p>Un 34%.</p>
<p>Trastornos del aprendizaje</p>	<p>Este, interfiere en el rendimiento escolar o en actividades de la vida cotidiana que exigen habilidades para la lectura, escritura, desarrollo del lenguaje narrativo o cálculo matemático. Los niños con este trastorno parecen inatentos, tienen falta de interés o capacidad limitada.</p> <p>Son comunes: dislexia, discalculia y disgrafía.</p>	<p>Un 20 %.</p>
<p>Trastorno de tics o Síndrome de Tourette</p>	<p>Los tics aparecen de repente y son movimientos o vocalizaciones involuntarias, rápidas, recurrentes y sin ninguna finalidad concreta.</p> <p>Se presentan tics múltiples motores y uno o más tics vocales, ocurren muchas veces al día (normalmente en brotes), en un periodo superior a un año.</p>	<p>Un 10,9%.</p>

<p>Trastorno de espectro autista (TEA)</p>	<p>Se caracteriza por un conjunto de síndromes del desarrollo y el comportamiento, de los que resultan algunas combinaciones de rasgos autistas. Se caracteriza por presentar problemas de interacción social, de comunicación y un patrón repetitivo de conductas.</p>	<p>El 59% de los niños con TEA, presentan síntomas de TDAH.</p>
<p>Trastorno por uso/abuso de sustancias (TUS).</p>	<p>El TDAH se ha asociado a mayor dificultad de mantener la abstinencia tras la desintoxicación y aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias adictivas.</p>	<p>Un 52%.</p>

Fuente: Elaboración propia

4.6.6 Mitos y controversias

Existe variedad de opiniones en torno al TDAH, muchos son quienes sostienen que este trastorno es un montaje socioeconómico, una *moda social* que se ha construido en base a determinados intereses económicos y políticos. Y que su etiología se debe a un problema neurótico, consecuencia de un estilo de vida desorganizado y sin límites de muchas familias.

En contra de todas estas afirmaciones, como hemos visto en apartados anteriores, numerosos autores, estudios e investigaciones aseguran que el TDAH es considerado un trastorno del neurodesarrollo, ya que existen evidencias tanto de su presencia como de su caracterización clínica. No obstante, aunque hay constancia de que muchos individuos lo padecen, sí es cierto que en los últimos años se ha producido un sobrediagnóstico. Y este sobrediagnóstico no es de extrañar, puesto que la sociedad actual no beneficia a este trastorno. Está, es una sociedad impaciente, excesivamente estimulante y consumista, con abundantes modelos que favorecen los refuerzos inmediatos (videojuegos, dibujos, publicidad, etc.), potenciando una baja tolerancia a la frustración. Estos modelos a los que los niños están acostumbrados actualmente, no favorecen ni entrenan la atención, la paciencia, ni el autocontrol. Estamos rodeados de estímulos que requieren respuestas inmediatas, sin necesidad de reflexión, en los que las recompensas son externas e inmediatas (García Sánchez, 2014).

De ahí que el diagnóstico sea un punto clave en este proceso, no hay un consenso claro en los criterios diagnósticos, pero sí es importante que el entorno cercano al niño avale esos criterios. También se pueden eliminar los sesgos del diagnóstico con una observación intensiva, que extinga la posibilidad de que los síntomas estén causados por otras circunstancias.

Retomando el tema de la inexistencia del TDAH como tal, en una noticia publicada en el ABC, Pérez, García y González (2004), sustentan esta postura en el libro “Volviendo a la normalidad”. En el que apuntan que, el TDAH no es una enfermedad tal y como se la presenta, y señala a los laboratorios farmacéuticos como responsables del gran auge de los diagnósticos, ya que están interesados en hacer del TDAH una enfermedad crónica necesitada de medicación continua.

Pérez, García y González (2004), concluyen, que a veces, las propias familias están interesadas en medicalizar a sus hijos, puesto que, sin medicación son niños inquietos, inatentos y difíciles de controlar.

Según estos testimonios, no se puede considerar el tratamiento farmacológico apropiado para niños de 0-7 años. Sin embargo, en los últimos años ha crecido una tendencia a medicalizar comportamientos para normalizarlos, a pesar de que estos sean normales, sobre todo hablando de niños tan pequeños. Para los niños de 3 a 6 años es más recomendable un tratamiento psicopedagógico u otras vías naturales, y sobre todo, un tratamiento individualizado.

La etiología del TDAH tampoco pasa desapercibida para las polémicas, existe diversidad de teorías sobre las causas que lo provocan. Lo más acertado sería decir, que se debe a una relación de los factores que rodean al niño. Los factores ambientales y psicosociales son, a veces, menos relevantes en la explicación de la etiología del trastorno. No obstante, es trascendental tener en cuenta que los factores psicosociales pueden influir y moldear las manifestaciones del TDAH (García Sánchez, 2014).

Por lo tanto, nos encontramos con posturas opuestas en casi todos los aspectos que rodean al TDAH, la controversia ha sido tal, que en 2002 varios psiquiatras reconocidos, realizaron algunas publicaciones de un consenso en el TDAH, en el que lo reclaman como “trastorno médico, válido y real”, mostrando evidencias

científicas. Tantas disputas, han hecho que la sociedad se polarice, desde los que piensan que el TDAH es un invento, hasta los que consideran que todos los niños inquietos presentan el trastorno. Y lo cierto es, que detrás de todo diagnóstico, tiene que haber un equipo de profesionales especialistas actuando conjuntamente.

A pesar de tantas polémicas, en los últimos años se ha incrementado el número de individuos diagnosticados con TDAH. En algunos casos son diagnósticos acertados, y gracias a ellos se puede aplicar al niño una intervención temprana que favorezca su calidad de vida, y en otros casos se hacen verdaderas aberraciones medicando a niños de menos de 6 años.

4.7 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del TDAH implica a los servicios sanitarios, educativos y sociales y a la familia, dadas sus características clínicas y su origen neurobiológico.

Para un diagnóstico acertado, el clínico tratante recoge información aportada de las observaciones de la familia y de maestros o tutores, mediante registros acumulativos del comportamiento, y se le entrega a los familiares y maestros escalas valorativas de comportamiento, en las que mediante observación diaria puedan ir apuntando conductas disruptivas.

El diagnóstico del TDAH es muy complicado, ya que este trastorno aparece, generalmente, asociado a algunas comorbilidades. El diagnóstico puede ser realizado por psiquiatras, pediatras, psicólogos clínicos, neuropediatras y neurólogos.

En el caso de diagnósticos a menores de 5 años, se hace imprescindible realizar diagnósticos ceñidos a la etapa del desarrollo. Suele ser muy difícil diferenciar los síntomas en niños de preescolar, ya que pueden confundirse con los signos típicos de la edad. Aunque los síntomas del TDAH se manifiestan desde los primeros años, es complejo realizar un diagnóstico en preescolar. No obstante, no es recomendable un diagnóstico firme hasta los 7 años. Ya que es en la escuela primaria donde el ambiente del niño requiere de unas exigencias: mayor atención y control sobre sí mismo, esto hace que la sintomatología sea más evidente en estas edades.

En la tabla 4 encontramos las evaluaciones ordenadas según indicación y necesidad para el diagnóstico del TDAH.

TABLA 4

Evaluación para el diagnóstico.

1. Imprescindible <ul style="list-style-type: none"> – Entrevista con los padres – Entrevista y evaluación del niño – Información del centro escolar – Criterios diagnósticos (DSM-V o CIE-10) – Evaluación del CI 	
2. Muy recomendable <ul style="list-style-type: none"> – Pruebas de audición y lenguaje – Test de atención – Diferencia entre CI verbal y CI manipulativo. 	3. Recomendable <ul style="list-style-type: none"> – Evaluación psicopedagógica y pruebas de aprendizaje – Analítica general
4. Necesarias en caso de sospecha de otro problema <ul style="list-style-type: none"> – EEG (Electroencefalografía) – Resonancia magnética – Análisis genético – Pruebas del sueño – Análisis del consumo de tóxicos 	5. Innecesario <ul style="list-style-type: none"> – Lateralidad cruzada – Pruebas de alergias alimentarias – Pruebas de reeducación auditiva

Fuente: Elaboración propia a partir de Fundación CADAH (2006)

Es importante tener en cuenta que sólo podemos hablar de trastorno cuando las manifestaciones de éste se presentan con mayor frecuencia que las observadas en niños de su edad y con su mismo grado de desarrollo. Todos estos recursos tienen el fin de diagnosticar la presencia de TDAH en el individuo, descartando síntomas que sean propios de la edad o debidos a algún factor social.

4.7.1 Criterios diagnósticos

A continuación, se muestran los criterios establecidos por el DSM-V (2014) para el diagnóstico de TDAH:

Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2).

1. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

- a. Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.).
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas
- e. Con frecuencia está `ocupado`, actuando como si `lo impulsara un motor` (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- f. Con frecuencia habla excesivamente.
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación)
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola).

- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen los otros).
- A. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
 - B. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo, con los amigos o parientes, en otras actividades).
 - C. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.
 - D. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Es necesario especificar si se trata de presentación combinada (cumpliendo criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses), presentación predominante con falta de atención (cumpliendo criterios A1 durante los últimos 6 meses), presentación predominante hiperactiva-impulsiva (cumpliendo criterios A2 durante los últimos 6 meses).

Especificar la gravedad actual:

- Leve: pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas solo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.
- Moderado: síntomas o deterioros funcionales presentes entre “leve” y “grave”.
- Grave: presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

Es requisito que varios síntomas estén presentes antes de los 12 años de edad. Las manifestaciones del trastorno deben estar presentes en más de un entorno (casa, escuela), se debe observar al niño en ambos contextos.

A continuación se presentan los criterios según el **CIE-10** (1992):

Déficit de atención (presentar 6 o más síntomas, durante al menos 6 meses)

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.
5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas como los deberes escolares, que requieren un esfuerzo mental mantenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, como material escolar, libros, etc.
8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

Hiperactividad (presentar 3 o más síntomas, durante al menos 6 meses)

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en su asiento.
2. Abandona el asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.
4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

Impulsividad (presentar al menos 1 síntoma, durante 6 meses)

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.
3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.
4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.

Se debe cumplir que estos síntomas estén presentes antes de los 7 años y darse en dos o más ámbitos de la vida del niño, y que afecten negativamente a su calidad de vida. Solo se cumplirá el diagnóstico de Trastorno Hipercinético si no cumple los criterios de: trastorno generalizado del desarrollo, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.

En la tabla 6, se muestran las diferencias y puntos en común entre los criterios diagnósticos del DSM-V y el CIE-10.

Tabla 6.

Comparación del diagnóstico del TDAH

DSM-V	CIE-10
DIFERENCIAS	
No es necesario que se den los tres síntomas nucleares en el individuo.	Exige que estén presentes los tres síntomas nucleares
Los síntomas deben estar presentes antes de los doce años.	Los síntomas deben estar presentes antes de los siete años.
Permite la presencia de alteraciones comórbidas.	La presencia de ansiedad u otras alteraciones del estado de ánimo excluyen el diagnóstico de Trastorno Hipercinético.
PUNTOS EN COMÚN	
<ul style="list-style-type: none">– Los síntomas tienen que presentar una duración de al menos 6 meses.– Los síntomas deben presentarse en varios ámbitos y contextos de la vida del niño.– Los síntomas han de causar un deterioro a nivel funcional.– Los síntomas no pueden ser explicados por otros trastornos.	

Fuente: Elaboración propia a partir de Informe PANDAH (2013).

4.7.2 Subjetividad del diagnóstico

Por el momento nos encontramos con que el diagnóstico del TDAH se hace sobre una base subjetiva, las escalas e instrumentos de evaluación tienen un valor de confirmación o refuerzo del diagnóstico dado por los profesionales. De modo que la mejor forma de otorgar objetividad al diagnóstico es la combinación de varios factores: el contraste de información de varias fuentes (familia, niño, escuela), el mantenimiento de los síntomas durante más de 6 meses y el número de síntomas asociados.

4.7.3 Instrumentos de evaluación para el diagnóstico

Los instrumentos de evaluación del TDAH son un medio para obtener información estandarizada sobre las apreciaciones de los familiares y docentes. A continuación se presentan los instrumentos de evaluación más utilizados en el diagnóstico de niños con TDAH (ver tabla 7):

Tabla 7.

Instrumentos de evaluación

INSTRUMENTO	DESCRIPCIÓN
Escalas específicas	Pueden usarse de forma complementaria, pero no como sustitutas a la entrevista clínica, para detectar la presencia de síntomas y evaluar su intensidad. Las más utilizadas son: las escalas de Conners, la escala de Magallanes de atención visual, cuestionarios TDAH y escala Du Paul.
Escalas de psicopatología general	Se utilizan para el cribado de la comorbilidad. El cuestionario más utilizado es el Child Behavior Check List (CBCL), que cuenta con un listado de conductas infantiles, va desde 100 a 113 conductas problemáticas.

<p>Entrevistas estructuradas y semiestructuradas</p>	<p>Útiles para la recogida de información y valorar posibles comorbilidades. Debe estar centrada en el paciente y sus progenitores y abarcar un periodo de tiempo determinado.</p> <p>Tiene un elevado tiempo de aplicación y se necesita entrenamiento previo.</p>
<p>Pruebas de inteligencia y neuropsicológicas</p>	<p>A partir de ellas se puede conocer el perfil del funcionamiento cognitivo y las posibles comorbilidades.</p> <p>Resulta muy útil para respaldar el diagnóstico.</p> <p>Las más utilizada es el test de percepción de diferencias o test de caras.</p>
<p>Evaluación psicopedagógica</p>	<p>Consiste en valorar el nivel del niño en áreas de lectura, escritura y matemáticas, conociendo su estilo de aprendizaje y determinando si se encuentra acorde con su edad y capacidad.</p> <p>La más utilizada es la de CANALS.</p>
<p>Exploraciones complementarias</p>	<p>Se basan en estudios de neuroimagen (resonancia magnética cerebral) y estudios neurofisiológicos (electroencefalograma).</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de Informe PANDAH (2013).

4.8 TRATAMIENTO

En determinados casos, se recomienda que el tratamiento se haga desde un enfoque multidisciplinar: tratamiento psicológico, farmacológico y psicopedagógico. El tratamiento debe aplicarse de forma individualizada, ya que este trastorno es heterogéneo, se presenta en distintas formas en función del individuo.

4.8.1 Tratamiento farmacológico

Este tratamiento se basa en la administración de fármacos al paciente para mejorar la hiperactividad, la atención, la concentración y disminuir la inquietud e impulsividad.

En la actualidad, los psicoestimulantes son los fármacos más habituales en el tratamiento de TDAH, se consideran los más seguros y eficaces. Estos fármacos elevan el nivel de alerta y la actividad del sistema nervioso central, gracias a un aumento en la disponibilidad de dopamina e impiden su re-captación en el nivel presináptico. De este modo, la dopamina está más tiempo disponible en el espacio sináptico. El psicoestimulante más común para el tratamiento de TDAH es el metilfenidato, que mejora la hiperactividad e impulsividad y la capacidad de atención. Es eficaz en el 75% de los casos, esta mejora se cree que se debe a un incremento en la concentración de dopamina y noradrenalina. Aunque este compuesto puede presentar algunos efectos adversos como: pérdida de apetito y de peso, insomnio, ansiedad, inquietud, cefaleas, tics e incremento de la frecuencia cardíaca (Wolraich, 2007, citado por GPCM, 2010).

4.8.2 Tratamiento psicológico

El fin de este tratamiento es ayudar al paciente y a su familia a controlar y manejar los síntomas del TDAH, aumentar el autocontrol, mejorar la socialización y gestionar la frustración. Este procedimiento se basa en la teoría conductista y cognitiva. Esta intervención se hace sobre el paciente, su entorno familiar y escolar, y se diseña un plan personalizado en función de las necesidades, en torno a las áreas cognitiva, conductual o emocional. (GPC, 2010).

Para un tratamiento inicial la GPC (2010) recomienda la terapia cognitivo-conductual para cualquiera de las siguientes situaciones:

- En el caso de que los síntomas de TDAH sean leves.
- El impacto de las manifestaciones del trastorno sobre la vida cotidiana del niño es mínimo.
- En el caso de que el diagnóstico no sea del todo fiable.

- Si los padres rechazan el tratamiento farmacológico.
- En niños menores de 5 años.
- Una gran discrepancia sobre la frecuencia e intensidad de los síntomas entre los padres, o entre estos y los profesores.

Los tipos de intervenciones psicológicas más frecuentes son: la terapia de conducta, entrenamiento para padres, entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de relajación.

4.8.3 Tratamiento psicopedagógico

El tratamiento psicopedagógico representa un conjunto de prácticas institucionalizadas de intervención en el campo del aprendizaje, sea como prevención y tratamiento de trastornos, o como modificación del proceso de aprendizaje escolar (Castorina et al., 1989, citado en GPCM, 2010). Implica la colaboración conjunta de los padres y el profesorado.

Entendemos esta intervención como un recurso psicoeducativo, necesario para responder a las necesidades educativas específicas que puedan presentar los alumnos con TDAH. El programa de intervención, que será individualizado acorde a las necesidades, debe incluir aspectos académicos, sociales, conductuales y emocionales. (García Sánchez, 2014).

El tratamiento psicopedagógico se aborda desde una reeducación psicopedagógica. Dicha reeducación se basa en refuerzos escolares individualizados y específicos, con el fin de minimizar los efectos del TDAH e inculcar enseñanza en habilidades de aprendizaje y competencias académicas. Mediante la reeducación psicopedagógica se pretende trabajar los hábitos que fomenten conductas apropiadas para el aprendizaje (horarios y agenda escolar), reducir o eliminar conductas inapropiadas o desafiantes. (GPC TDAH, 2010)

En un estudio realizado por Langbert, 2008 (citado por GPC TDAH, 2010), se hicieron intervenciones psicopedagógicas con un grupo de alumnos, el estudio concluyó que aplicar intervenciones sobre la organización de competencias mejora el rendimiento académico.

Las intervenciones en la escuela deben contemplar adaptaciones curriculares, ya que entre los individuos con TDAH cuentan con circunstancias, capacidades y dificultades propias. Las adaptaciones curriculares son medidas ordinarias o extraordinarias de atención a la diversidad, y el objetivo principal es facilitar los procesos de enseñanza-aprendizaje. Podemos encontrar dos tipos de adaptaciones curriculares, significativas o no significativas: las primeras son adaptaciones que afectan al currículo ya que modifican objetivos generales de la etapa, contenidos las áreas curriculares, y criterios de evaluación; las no significativas son estrategias de apoyo destinadas a un alumno concreto o un grupo de alumnos, afectando a la metodología, temporalización, tipo de actividades, instrumentos y técnicas de evaluación, pero no afecta a los elementos preceptivos del currículo, ajustando el grado de dificultad al nivel de competencia del alumno. Además estas adaptaciones son de fácil aplicación y son asumibles por el tutor en el aula. (Informe PANDAH, 2013).

El contexto escolar es el lugar idóneo para desarrollar programas de intervención, aunque esto implique retos para los docentes, que en su mayoría no están suficientemente preparados para ofrecer respuestas apropiadas. (Siegenthaler Hierro, 2009, citado por Labrador, 2016).

Una intervención educativa nunca debe considerarse una acción neutra, por lo que debe denotar significatividad, debe ser planificada, dinámica y flexible. Para ello los docentes han de estar familiarizados y ser conocedores de las manifestaciones del TDAH, favoreciendo la detección precoz y la atención temprana. Por lo que resulta muy recomendable formar a los docentes, capacitándoles ante la detección de TDAH, y para el manejo de las conductas que manifiestan (Informe PANDAH, 2013).

4.8.4 Tratamiento multimodal

El tratamiento multimodal supone coordinar simultáneamente tratamientos de tipo psicológico, psicopedagógico y farmacológico, ninguna de estas intervenciones puede sustituir a las demás.

Murphy, 2005, citado por Estévez Estévez (2015), afirma que la intervención más efectiva es la combinación de medicación, tratamiento psicoeducativo, las habilidades sociales, las acomodaciones escolares, la utilización de la tecnología y el asesoramiento de un especialista. Este conjunto de tratamientos posibilita la intervención en diferentes ámbitos.

Resulta ser el tratamiento que ofrece mejores resultados, ejerciendo efectos inmediatos y de larga duración. Requiere de la implicación de familia, profesores, médicos y psicólogos en todos los niveles de la terapia (GPC TDAH, 2010).

4.8.5 Tratamientos alternativos

La existente duda ante los tratamientos farmacológicos, ha producido un aumento de medicinas alternativas y naturales. Algunas de estas terapias alternativas para el tratamiento de TDAH según el Informe PANDAH (2013), son:

- Tratamientos dietéticos
- Tratamientos de optometría
- Homeopatía
- Medicina herbaria
- Estimulación auditiva
- Biofeedback por encefalograma
- Osteopatía
- Psicomotricidad

5. INTERVENCIONES EDUCATIVAS

5.1 REVISIÓN DE ESTUDIOS RECIENTES

Una vez estudiados los diferentes aspectos característicos del TDAH (características, diagnóstico, tratamientos, etc.), se presenta una revisión de estudios nacionales recientes, relacionados con la intervención en niños que presentan dicho trastorno (Ver tabla 8).

En este sentido, se destaca la investigación de Galvez (2010), quien realizó un estudio sobre la eficacia de la administración de medicinas naturales en niños con TDAH. En concreto, analiza una muestra de 36 niños en edades comprendidas entre 3 y 17 años a los que se les suministra un tratamiento a base de fitoterapia⁵. Tiene una duración de 4 semanas, en las que se les administra a los niños dos capsulas diarias, estas cápsulas son un compuesto de plantas de origen vegetal.

En el resultado se observa una alta eficacia, ya que se presentan mejorías en la impulsividad en el 74% de los niños. Es un buen resultado, no obstante puede estar influido por varios factores como: la edad (ya que en el rango de edad hay mucha diferencia), el contexto de cada niño; la situación familiar. Como posible respuesta ante dicha limitación sería: acortar el rango de edad (entre 3 y 4 años); realizar el estudio a niños de una misma ciudad y contexto social. De modo que la influencia de factores externos no sea significativa.

La conclusión de este estudio indica que la fitoterapia es un tratamiento natural que resulta eficaz contra la impulsividad, además de no presentar efectos adversos.

Asimismo, Salgado (2015) realiza un estudio sobre la eficacia del software educativo en el caso de una niña de 7 años con TDAH. En él, se analizan los resultados obtenidos en unos subtest realizados, previa o posteriormente, utilizando un instrumento potenciador de la memoria operativa y la atención (Memotiva). En los resultados observamos un incremento de la atención tras la intervención del software, con lo que concluimos que es un instrumento adecuado para trabajar este ámbito. Además, es una metodología atractiva para los niños. Sin embargo, no puede usarse en niños de infantil.

En cuanto a Papazian, Alfonso, Luzondo, Araguez. (2009), analizan un estudio del entrenamiento de las funciones ejecutivas. En él, se compara la mejora entre niños que reciben entrenamiento de la memoria de trabajo y los que no reciben entrenamiento. Concluye con una eficacia notoria en la inatención, hiperactividad/impulsividad y función ejecutiva, en el primer año las mejoras globales fueron del 1,3%, en el segundo de un 2%, y un 2,49% en el tercer año de entrenamiento. Por consiguiente, los niños de educación infantil con TDAH deberían recibir entrenamiento de las funciones ejecutivas durante como mínimo 3 años.

Finalmente, Orozco y Perochena (2016), demuestran en su estudio que una metodología por proyectos ayuda a la mejora de la calidad de aprendizaje del niño con TDAH. El único inconveniente podría ser que no existe una herramienta objetiva que mida la mejora del tipo de aprendizaje.

Como se observa en la tabla 8, ninguno de los estudios revisados es llevado a cabo por los docentes tutores. Sin embargo, son valiosos para la intervención que nos proponemos en este trabajo por la diversidad de metodologías, cuyas estrategias están dirigidas a una mejora de los síntomas nucleares de TDAH: atención, hiperactividad e impulsividad.

Tabla 8.

Síntesis de estudios revisados sobre tratamientos para el TDAH.

<i>Estudio</i>	<i>Muestra</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Instrumento</i>	<i>Programa de intervención</i>	<i>Resultados</i>
Gálvez, (2010)	36 niños de edades comprendidas entre 3 y 17 años.	Mostrar la evidencia y eficacia de la medicina natural para niños con TDAH, basándose en la fitoterapia.	Combinación de extracto de Ginseng, Panax y extracto de Ginkgo biloba.	Se administran dos capsulas compuestas por una combinación de extracto de Ginseng, Panax y extracto de Ginkgo biloba, 2 veces al día con el estómago vacío durante 4 semanas.	Después de las 4 semanas, el 74% de los niños presentó mejoras en la impulsividad.
Raposo, Salgado (2015).	Una niña de 7 años.	Analizar y valorar los resultados en atención.	Memotiva Junior	Se realizan 25 sesiones a lo largo de 5 semanas interviniendo con el programa Memotiva. Se hacen subtest de atención antes y después de la intervención con Memotiva.	En algunos aspectos de la atención se observan mejoras en los subtest realizados tras la intervención con el software (Memotiva).

Papazian, Alfonso, Luzondo, Araguez. (2009)	25 niños de 2 a 4 años.	Determinar el efecto del entrenamiento de la función ejecutiva sobre el TDAH, sin la administración de metilfenidato.	Dimensional Change Card Sort Task.	De 25 niños, 13 recibieron entrenamiento de la memoria de trabajo durante 3 años, para analizar la incidencia de la inatención, hiperactividad/impulsividad y funciones ejecutivas.	La incidencia de TDAH descendió a 16 casos (64%), 6 niños con entrenamiento y 10 sin él. El promedio de inatención, hiperactividad y funciones ejecutivas mejoró con el entrenamiento.
Orozco y Perochena (2016)	60 estudiantes con edades comprendidas entre los 2 y 3 años del Centro de Educación Infantil situado en Cádiz.	Demostrar si el trabajo por proyectos en la Educación Infantil trae beneficios en el aprendizaje de los estudiantes.	Observación sistemática por parte de las educadoras	Ninguno	La nueva metodología didáctica tiene resultados satisfactorios en el aprendizaje..

Fuente: Elaboración propia a partir de Gálvez, (2010), Raposo y Salgado (2015), Papazian, Alfonso, Luzondo y Araguez (2009), Orozco y Perochena (2016).

5.2 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Los estudios presentados sobre la etiología, prevalencia, criterios diagnósticos, manifestaciones, tratamientos e intervenciones sobre el TDAH, han permitido la elaboración de una propuesta de intervención, desde el punto de vista educativo, para los docentes-tutores que ejecutan su labor en el último curso de Educación Infantil. Es importante destacar, de acuerdo a lo estudiado, que el diagnóstico del TDAH en este nivel, es más fiable que en edades más tempranas.

En este sentido, la siguiente programación está dirigida a los docentes-tutores,⁴ del último curso de infantil (5 y 6 años), que cuenten con un niño con TDAH. Una intervención basada en técnicas psicopedagógicas que involucren al docente, alumnado

y familia, y diseñada por la autora de este trabajo, de acuerdo a las investigaciones revisadas y a la experiencia obtenida en los estudios propios de la Titulación del Grado en Educación Infantil.

En un primer momento, el docente ha de tener constancia y estar bien informado de los siguientes documentos: expediente del alumno (informe psicopedagógico, de logopedia, pedagógico, de Salud Mental, entrevista familiar); aspectos clínicos biológicos y motóricos; la historia escolar; aspectos intelectuales; entrevista a los padres; estilo de aprendizaje; características personales; comportamiento en el contexto familiar y en el escolar; y, las necesidades educativas específicas que precisa.

5.2.1 Planificación de actividades

Todas las actividades están pensadas para mejorar los síntomas nucleares de un niño con TDAH, pero al mismo tiempo se pueden realizar en el aula ordinaria con todo el grupo, de modo que el niño no tiene que salir de la clase y se trabajan aspectos adecuados para todos los alumnos. No obstante, la maestra prestará especial atención al alumno con TDAH, durante estas actividades, observando limitaciones o posibles avances y mejoras.

Previamente a la realización de las actividades que requieran de esfuerzo cognitivo, la maestra puede indicar unas instrucciones que el niño tendrá que aprender y repetir en voz alta y a sí mismo en el transcurso de una actividad, en el siguiente orden:

1. Escucho con atención lo que dice la maestra.
2. Pienso lo que tengo que hacer antes de empezar.
3. Realizo la actividad despacio.
4. Repaso la actividad.

Las actividades tienen que presentarse de forma atractiva. En todo momento, es adecuado motivar al niño con elogios del tipo “lo estás haciendo bien”, “continúa así”, “me gusta como estas trabajando”, también se deben reforzar las conductas deseadas a través de abrazos, caricias o chocar la mano.

5.2.1.1 Actividad 1: “El adivino”

Objetivos

- Desarrollar la memoria perceptiva.
- Entrenar la percepción.
- Discriminar objetos.
- Focalizar la atención.
- Entrenar la paciencia y el respeto hacia los compañeros.

Temporalización: Aproximadamente 15 minutos. Es recomendable realizarla en las horas próximas al comienzo de la jornada, o cuando observemos picos de atención.

Material: Objetos llamativos de distintos colores y tamaños.

Desarrollo: Esta actividad se lleva a cabo con todo el grupo. Consiste en presentar a los niños 4 objetos (rotulador, libro, tapón y globo), decimos en voz alta como se llama cada objeto y se les explica lo que pasara a continuación. Deben memorizar los objetos, y la maestra nombra un “adivino” que será quien tenga que cerrar los ojos, mientras la maestra retira un objeto. Cuando el adivino abra los ojos tiene que decir que objeto ha desaparecido. Mientras tanto los demás compañeros no pueden decir nada en voz alta y tendrán que esperar al próximo turno para hacer de adivinos.

Se puede empezar con menos objetos e ir aumentando la dificultad.

5.2.1.2 Actividad 2: “¡Escuchó una historia!”

Objetivos:

- Estimular la atención y percepción auditiva.
- Trabajar la paciencia y respetar el turno.

Temporalización: 15 minutos. Es recomendable que se realice en la asamblea.

Material: Cuento.

Desarrollo: Previamente a contar una historia, se pactará con los alumnos que cada vez que la maestra diga una palabra a lo largo de la historia, el encargado del día tendrá que realizar una acción acordada, como tocarse la cabeza. Por ejemplo, la historia repite 4 veces la palabra “luna”, por lo tanto se indica al responsable que cuando escuche “luna” tiene que tocarse la cabeza. En el caso de que la maestra diga la palabra y el niño responsable no se percate, el turno de responsable pasará a otro compañero. En el caso de que perciba todas las repeticiones se le felicitará con palabras y muestras de afecto delante de los demás.

De esta manera el niño con TDAH podrá trabajar la atención el día que sea el responsable y entrenar la paciencia y el respeto del turno los días que otros compañeros sean los responsables.

5.2.1.3 Actividad 3: “Adecuado o no adecuado”

Objetivos

- Controlar impulsos.
- Discriminar entre comportamientos adecuados e inadecuados.
- Interiorizar hábitos y normas.

Temporalización: 15-20 minutos. Se puede llevar a cabo después de momentos de juego por rincones.

Material: cartulina, pajitas, pintura, laminas en las que figuren comportamientos.

Desarrollo: El día previo a la actividad lo dedicaremos a realizar dos paletas por alumno, fabricadas con pajitas y cartulina verde y roja. Cada niño dibujara una cara alegre en la cartulina verde y una cara triste en la roja y se explica la actividad que realizarán con ese material, fabricado por ellos mismos. Se llevará a cabo con un pequeño grupo de 3-4 alumnos y los turnos irán rotando. Consiste en presentar una lámina que represente una conducta, y se explicará la conducta, del tipo: al entrar en clase no doy los buenos días y voy corriendo a jugar en los rincones. Los niños tendrán en una mano la paleta verde que indica “conducta adecuada” y en la otra, la paleta roja que indica “conducta no adecuada”, la maestra explica la conducta y

pregunta a un alumno si es adecuada o no adecuada, e indica que antes de responder tiene que reflexionar y explicar a los demás cuál sería la conducta adecuada, que en este caso sería: “entro en clase, doy los buenos días y me siento en la alfombra”.

Otra conducta a discriminar puede ser: cuando es el turno de un compañero espero callado a que llegue mi turno. En este caso el niño tendría que explicar a sus compañeros que está es una conducta adecuada porque hay que respetar el turno.

5.2.1.4 Actividad 4: “Voy a la playa”

Para esta actividad me he basado en la relajación muscular de Koeppen y el método de relajación de Jacobson.

Objetivos:

- Entrenar la relajación.
- Expresar instrucciones en el orden establecido.
- Desarrollar la paciencia.
- Focalizar la atención y percepción en zonas del cuerpo.

Temporalización: 15 minutos.

Recursos: música relajante de mar y aula de psicomotricidad.

Desarrollo: La maestra explicará que la sesión se va a desarrollar en una playa que cada uno puede imaginar a su gusto. A lo largo de la actividad se irán recitando instrucciones que los niños tienen que simular:

- Nos tumbamos en la toalla y nos echamos crema en: un brazo, otro brazo, en una pierna, en otra, la tripa y la cara, en el orden descrito.
- Cerramos los ojos y escuchamos el sonido de las olas y de las gaviotas (esta situación se mantendrá durante 2 minutos).
- Sentimos el calor del sol en nuestro cuerpo y nos encontramos muy relajados (esta situación se mantendrá 2 minutos).
- Una mosca se posa en nuestra frente, nos está prohibido mover las manos, así que tratamos de espantarla arrugando la frente.

- Apretamos los ojos con fuerza, mantenemos uno segundos y relajamos.
- Repetimos la acción de apretar, mantener y relajar con la nariz.
- Repetimos la acción de apretar, mantener y relajar con las manos.
- Tensamos todo el cuerpo, mantenemos unos segundos y relajamos el cuerpo respirando profundamente.

5.2.1.5 Actividad 5: “El globo”

Objetivos

- Tener control sobre un objeto.
- Capacidad de permanecer inmóvil, mientras ocurre algo que se pretendía evitar.
- Tolerar la frustración.
- Entrenar la relajación.

Temporalización: 10-15 minutos. Se puede llevar a cabo tras situaciones de juego en los que su actividad se dispara.

Recursos: Globos de colores (uno por pareja), música y aula de psicomotricidad.

Desarrollo: Se lleva a cabo por parejas (se situará al alumno con TDAH con un compañero tranquilo), cada pareja tendrá un globo. Mientras la música suene, la pareja tiene que impedir que el globo toque el suelo, a base de pequeños toques. Cuando la maestra para la música, los alumnos tienen que quedarse quietos como estatuas respirando profundo, mientras observan como su globo cae al suelo. Que observen el globo tocar el suelo, en lo que ellos están inmóviles es un buen recurso para tolerar la frustración. Al finalizar la sesión, con música de fondo tienen que respirar profundamente dejando su cuerpo caer lentamente al suelo.

5.2.1.6 Actividad 6. “La bola de papel”

Para esta actividad me he inspirado en: Ramírez (2009) *Curso de relajación progresiva para niños y adultos*, Madrid. Pero he cambiado el objeto de una moneda por una bola de papel, ya que pesa menos y tarda más en caer al suelo.

Objetivos

- Practicar la relajación profunda.
- Tolerar la frustración.
- Conocer su capacidad de aguante motriz.

Temporalización: 5 minutos. Se puede realizar tras detectar picos de actividad motora, y así inducir a la relajación.

Recursos: bolas de papel, música relajante y aula ordinaria.

Desarrollo: Los alumnos permanecen sentados en sus sitios con una bola de papel en su mano. Levantarán el brazo extendiéndolo el máximo posible manteniendo la bola en la palma abierta de su mano. Según vayan pasando unos segundos parecerá que la bola pesa mucho y su brazo comenzará a cargarse de tensión. Cuando no puedan aguantar más dejarán caer la bola al suelo, y solo podrán bajar el brazo cuando está haya tocado el suelo. Una vez hecho esto se cierran los ojos y se respira profundamente escuchando la música.

5.2.1.7 Actividad 7: Relajación.

Objetivos

- Conseguir un estado de calma.
- Focalizar la atención y percepción en las partes del cuerpo en las que siente la pelota.
- Empatizar con los compañeros.
- Conocer ambos roles: relajado por un compañero y relajar a un compañero.

Temporalización: 10 minutos. Se recomienda realizar esta actividad tras el recreo.

Recursos: colchonetas, pelotas, sala psicomotricidad y música relajante.

Desarrollo: Por parejas (el compañero del alumno con TDAH debe ser un niño tranquilo), un alumno se tumba en la colchoneta con los ojos cerrados, mientras su compañero le masajea con una pelota blandita. La maestra indica que el que tiene la pelota puede ir desplazándola por el cuerpo de su compañero como si le aplicará

jabón. Tras 3-4 minutos se realiza un intercambio, y el alumno que tenía la pelota, pasa a tumbarse para que su compañero le relaje con la pelota.

He de decir que he realizado esta sesión en una asignatura durante la carrera, y resulta realmente relajante. Se pueden aprender muchas cosas del compañero que te da el masaje, también es interesante posicionarte en ambos roles que pueden variar según el orden en que los realices. Además de ser un ejercicio beneficioso para trabajar la empatía.

5.2.1.8 Actividad 8. “El dinosaurio y la tortuga”

Objetivos

- Fijar la atención en la respiración.
- Controlar la respiración.

Temporalización: 4-6 minutos. Se puede llevar a cabo en la asamblea, nada mas comenzar la jornada, o después del recreo.

Recursos: Dibujos de dinosaurio y tortuga, música relajante y aula ordinaria.

Desarrollo: Los alumnos permanecen sentados en su sitio y cuando la maestra presenta el dibujo de un dinosaurio, explica que es un animal muy grande y fuerte y tiene una respiración más fuerte y rápida, de modo que los niños imitan la respiración del dinosaurio. Seguidamente se presenta la imagen de una tortuga, un animal pequeño y muy lento, cuya respiración es muy suave y pausada, de modo que los alumnos imitan la respiración de la tortuga. Tras una explicación, en silencio los niños cambiarán su respiración en función de la imagen que se les presente. Se pueden cambiar los animales para presentarles la misma actividad.

5.2.1.9 Actividad 9. “Mándalas”

Objetivos

- Mantener la concentración.

- Desarrollar la coordinación óculo-manual.
- Fomentar la atención y percepción.
- Reducir el estrés y la ansiedad.
- Desarrollar la paciencia y la constancia.
- Aumentar la autoestima, al crear un dibujo único y propio.

Temporalización: 15-20 minutos. Se recomienda llevarla a cabo después del recreo, o tras tareas que requieran un esfuerzo cognitivo.

Recursos: pinturas y dibujos de mándalas.

Desarrollo: Se entrega a cada niño un mándala para colorear. En este caso se indica que se pinte la estrella grande de azul, y para las estrellas pequeñas y fondo ellos deciden el color que quieren utilizar. La única regla que tienen que respetar es pintar la estrella grande de azul (ver figura 2)



Figura 1: Mándala.

5.2.1.10 Actividad 10: “Atender a dos estímulos”

Objetivos

- Centrar la atención en dos estímulos.
- Seleccionar una cantidad de estímulos y eludir los demás.
- Dividir la atención en dos estímulos.

Temporalización: 15 minutos aproximadamente. Se recomienda realizar la tarea cuando se detecten picos de atención, y en las primeras horas de la jornada.

Recursos: Fichas realizadas por la maestra y pinturas.

Desarrollo: Se presenta a los niños una ficha en la que aparece una tabla con cuadros, (ver figura 2), cada cuadro contiene una letra, y el conjunto está formado por la letra “A” y “O”. Se indica que tienen que pintar el cuadro que contenga la letra “A” de color rojo, y el que contiene la letra “O” de color verde.

A	A	O
O	A	O
O	O	A

Figura 2: Elaboración propia.

5.2.1.11 Actividad 11: “Completa el dibujo”

Objetivos

- Desarrollar la integración visual.
- Estimular la percepción visual.
- Formar mentalmente la imagen completa.

Temporalización: 15-20 minutos. Es recomendable realizarla cuando los niños estén tranquilos, y no acaben de realizar esfuerzos de concentración.

Recursos: Fichas de animales incompletos y pinturas.

Desarrollo: Se entrega a cada alumno una ficha de un animal incompleto, ellos tienen que completar el dibujo, para lo que han de tener claramente formada la imagen mental del animal, y después pintan el dibujo libremente. Se puede incitar a los alumnos con preguntas tipo: ¿Qué creéis que le falta a este animal?. Si se quiere

facilitar la tarea, se pueden poner imágenes de animales, entre los que este el de la ficha a realizar, previamente a repartir el dibujo (ver figura 4):

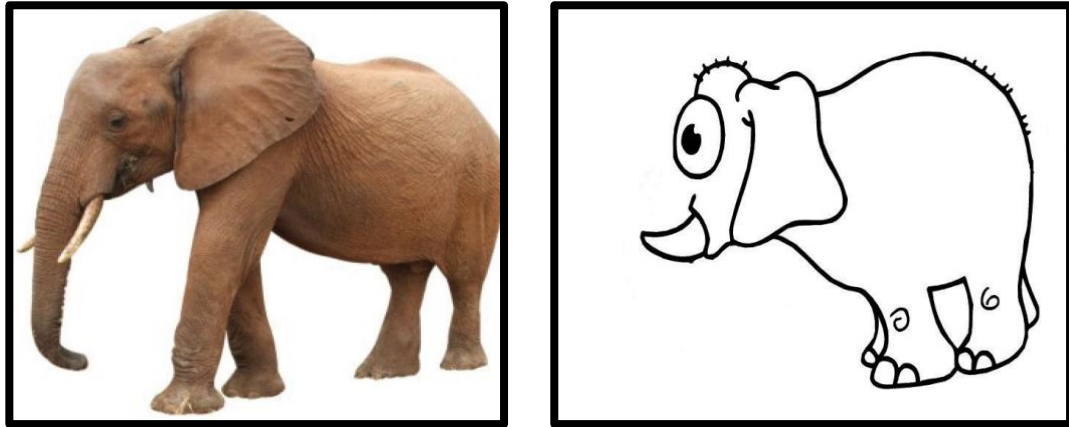


Figura 4: Elefante real y dibujo a completar.

5.2.1.12 Actividad 12: “Descifro jeroglíficos”

Objetivos

- Entrenar la atención, percepción y concentración.
- Percibir semejanzas y diferencias entre dibujos, para discriminar unos de otros.
- Potenciar la memoria.
- Desarrollar el razonamiento lógico.

Temporalización: 30-35 minutos. Se lleva a cabo en las primeras horas de la jornada, cuando estén relajados y no hayan realizado esfuerzos cognitivos.

Recursos: Dibujos de jeroglíficos y un alfabeto de jeroglíficos.

Desarrollo: El docente lleva varios papiros (hojas de papel con café y algo rasgadas para que parezcan antiguas), cada uno lleva una palabra escrita con jeroglíficos, y también un abecedario egipcio, adaptado a niños para que sea más llamativo. El docente inventa una historia sobre de donde ha sacado los papiros y pide ayuda para poder descifrarlos. Se le entrega a cada alumno una hoja con el abecedario egipcio para que lo conozcan. El docente puede aprovechar esta situación para explicar algo de la cultura egipcia.

Pero el ejercicio principal es entregar un papiro a cada pareja de niños, y estos, tienen que descifrar la palabra oculta del papiro con la ayuda del abecedario. Si las palabras son largas o los dibujos muy similares pueden confundirse, en tal caso el docente puede intervenir sin ofrecer directamente la respuesta, sino con preguntas que guíen al alumno a la respuesta, del tipo: ¿A qué dibujo crees que se parece más, este o este?. A continuación vemos un ejemplo del abecedario y de una palabra oculta, en la cual al traducirlo encontramos la palabra “Pirámide”.

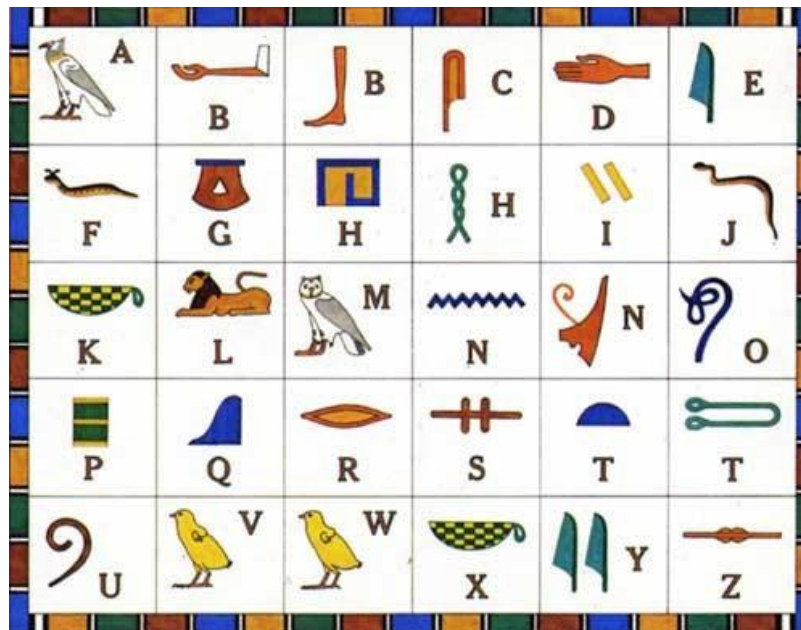


Figura 4: abecedario egipcio y papiro para descifrar la palabra “pirámide”.
Fuente: elaboración propia.

5.2.2 Evaluación

Se lleva a cabo mediante observación directa y diría del alumno, además de anotaciones de cómo va sucediendo su comportamiento a lo largo de la jornada, fijándonos en posibles indicadores de alguna mejoría o por el contrario si la intervención no está dando resultado y el alumno no manifiesta ningún signo en su comportamiento y síntomas de mejoras (ver tabla 9).

Tabla 9.

Preguntas y anotaciones del docente.

Actividad 1.	Actividad 2.
<ul style="list-style-type: none"> – ¿Recuerda todos los objetos presentados? – ¿Reconoce el objeto escondido? – ¿Se concentra en la actividad? – ¿Espera su turno sin interrumpir? 	<ul style="list-style-type: none"> – ¿Escucha con atención la historia? – ¿Espera su turno sin interrumpir? – ¿Se percata cada vez que escucha la palabra pactada?
Actividad 3.	Actividad 4.
<ul style="list-style-type: none"> – ¿Reconoce el comportamiento adecuado? – ¿Y el comportamiento no adecuado? – ¿Participa con interés en la realización de la paleta y reconoce su uso? – ¿Se anticipa a que el docente termine de explicar el comportamiento? 	<ul style="list-style-type: none"> – ¿Espera paciente las instrucciones? – ¿Se adelanta a las instrucciones? – ¿Logra relajarse? – ¿Centra la atención en las zonas del cuerpo que se citan?
Actividad 5.	Actividad 6.
<ul style="list-style-type: none"> – ¿Controla el globo a través de golpecitos? – ¿Permanece quieto cuando lo indica la música y deja caer el globo? – ¿Se enfada cuando tiene que permanecer inmóvil y dejar caer el globo? – ¿Se relaja cuando puede volver a moverse y coger el globo? – ¿Impide la participación del compañero? – ¿Tiene control sobre su tono muscular? 	<ul style="list-style-type: none"> – ¿Controla su capacidad motriz y sabe cuándo bajar el brazo? – ¿Se anticipa y deja caer el brazo antes de que lo haga la bola de papel? – ¿Se relaja cuando la bola cae? – ¿Se enfada si no consigue esperar a que la bola de papel toque el suelo?

Actividad 7	Actividad 8
<ul style="list-style-type: none"> – ¿Llega a relajarse por completo? – ¿Centra la atención en las partes del cuerpo donde está la pelota? – ¿Empatiza con su compañero? – ¿Se adelanta y deja el masaje de su compañero a medias? 	<ul style="list-style-type: none"> – ¿Se adelanta a que el docente enseñe la lámina del animal? – ¿Controla la relajación? – ¿Cambia el ritmo de la relajación sin alterarse?
Actividad 9	Actividad 10
<ul style="list-style-type: none"> – ¿Mantiene la concentración en el dibujo? – ¿Pinta rápido para terminar antes? – ¿Se relaja con la actividad? – ¿Es constante y termina su mándala? – ¿Se entusiasma con su obra? 	<ul style="list-style-type: none"> – ¿Es capaz de centrar la atención en ambos estímulos? – ¿Realiza bien la tarea? – ¿Consigue eludir la atención de un estímulo cuando se centra en otro?
Actividad 11	Actividad 12
<ul style="list-style-type: none"> – ¿Adivina de que animal se trata aun faltando partes del dibujo? – ¿Reconoce las partes que faltan? – ¿Es capaz de ver el dibujo como un todo? 	<ul style="list-style-type: none"> – ¿Distingue y asocia los dibujos del alfabeto con los del papiro? – ¿Es capaz de ver las diferencias entre dibujos similares? – ¿Deja que su compañero participe y escucha sus sugerencias?
PARA TODAS LAS ACTIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> – ¿Escucha, entiende y sigue las instrucciones? – ¿Disfruta con la actividad? – ¿Se muestra interesado en la tarea? – ¿Se concentra en la actividad? – ¿Escucha las reglas e instrucciones del juego sin interrumpir ni levantarse? – ¿Se aburre en algún momento del juego? – ¿Comete muchos errores por adelantarse y hacerlo rápido? 	

Fuente: elaboración propia.

El docente puede realizar infinidad de juegos y actividades sencillos en el aula para conseguir una mejora en la percepción y la atención, estos pueden ser:

- Lectura de cuentos ya conocidos.
- Establecer tiempos con alarmas para empezar y terminar una tarea.
- Juegos de secuencia, dominós, puzzles...
- Juegos de diferencias (poner una imagen de un león y de un tigre, y explicar que diferencias y que cosas en común tienen).
- Hablar sobre acontecimientos pasados (¿Qué habéis hecho en el patio?).

5.2.3 Pautas de actuación para el docente

El docente debe tener conocimiento de los síntomas que manifiesta el niño y tomar algunas medidas generales en el aula que sean efectivas en la mejora de los síntomas manifiestos. A continuación se presentan algunas indicaciones para los docentes tomadas de la Federación Española de Asociaciones para la ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH, 2010).

- Identificar debilidades y fortalezas del alumno.
- Entrenamiento de estrategias de autorregulación, haciendo consciente al alumno de sus capacidades y limitaciones.
- Entrenar con el alumno las habilidades interpersonales.
- Las normas deben presentarse de forma clara y precisa.
- La ubicación del alumno debe ser la más cercana a la mesa del docente, y la mesa compartida con los compañeros tiene que estar compuesta por otros alumnos trabajadores y muy tranquilos.
- La mesa en la que esté ubicado el alumno tiene que contener el mínimo de cosas posibles, evitando distracciones.
- Las instrucciones de una tarea tienen que ser cortas y darse de una en una.
- Realizar adaptaciones curriculares no significativas, haciendo tareas más breves y en formatos muy visuales.

- Usar estrategias para que el niño piense antes de realizar la actividad, por ejemplo, que coloque sus dedos índices sobre las sienes cuando tiene que reflexionar o razonar sobre algo.
- Reafirmar y premiar conductas adecuadas.
- Motivar al niño durante el proceso de una actividad.
- Incentivar el interés del niño a través de preguntas.
- Crear rutinas para toda la clase, y en caso de algún cambio avisarlo con tiempo.
- Acordar algunas tareas en las que el niño ayude al docente, de modo que tenga que desplazarse varias veces.
- Materializar el tiempo con relojes.
- Realizar un horario de la jornada lectiva con dibujos, para que el niño sepa en todo momento lo que viene a continuación.
- Organizar el tiempo siguiendo unas rutinas diarias.
- Organizar los materiales del aula, mediante etiquetas.

5.2.4 Pautas de actuación para familias

Los familiares de niños con TDAH tienen que afrontar las manifestaciones y conductas que el trastorno acarrea, y suele ocurrir que no están preparados ni documentados para tratar con según qué situaciones. Debido a estas conductas los padres a veces, adoptan un rol contraproducente, que lejos de beneficiar al niño, propician más dificultades conductuales. (Labrador, 2016).

Los padres tienen que documentarse y cambiar la forma de afrontar las actitudes de su hijo, para ello se proponen algunas recomendaciones de acuerdo con la FEAADAH (2010):

- Afrontar el trastorno y mantener una actitud positiva y de motivación.
- Empatizar con los sentimientos del niño.
- Facilitar y promover situaciones de actividad física al aire libre.
- Involucrar al niño en actividades de grupo, evitando los juegos competitivos.
- Tener en cuenta los esfuerzos y recompensar con refuerzos positivos.
- Encomendar al niño responsabilidades del hogar, con las que pueda sentirse útil.

- Los niños con TDAH necesitan de mucho contacto físico, es vital que los padres se muestren cercanos.
- Buscar los refuerzos positivos adecuados al niño.
- Programar con el niño una rutina diaria estable.
- Buena organización del espacio, el niño ha de saber dónde están sus cosas.
- Establecer normas y límites, incluso en los tiempos de ocio.
- Los niños con TDAH viven en el presente,
- No forzarle a situaciones de mucha concentración cuando el niño está nervioso, frustrado o estresado, es mejor esperar y hacerlo en un clima calmado.
- Los niños suelen imitar conductas que ven en sus padres, por eso es adecuado mantener un orden en el hogar, con un ambiente relajado, evitando comunicarse o regañar con gritos y las prisas.
- La forma de educar debe ser un acuerdo entre ambos padres.
- El yoga es una actividad muy beneficiosa para los niños con TDAH, y mejor aún si cabe la posibilidad de practicarlo en familia.

6. CONCLUSIONES

La reflexión sobre el trabajo desarrollado implica el haber logrado conocer, en profundidad, los puntos nucleares del TDAH. Tanto la documentación presentada, sobre el conocimiento de expertos, ya sea en artículos, tesis, libros, guías, como las visitas a la asociación de TDAH de Palencia y reuniones con la pedagoga de la misma, me han permitido recorrer un camino interesante, del que he podido aprender aspectos fundamentales y prácticos de cara a una futura docencia.

En el transcurso de la investigación, para el desarrollo del marco teórico, topamos con enfoques muy diversos, que aluden al TDAH, a veces, con posturas opuestas. Y es un trastorno de gran relevancia por su carácter crónico, elevada

prevalencia y consecuencias negativas que acarrea en muchos ámbitos de la vida del niño, como para que no exista un consenso firme universal.

El sobrediagnóstico es un punto que me preocupa, tanto como el infradiagnóstico. Peter Conrad (2010) y Pérez (2014) postulan el diagnóstico de TDAH como excesivo e interesado por parte de los laboratorios farmacológicos. De tales posturas, he formada una opinión propia. De esta opinión, destacar que, el diagnóstico de TDAH no se realiza con el suficiente criterio, ya que en la etapa de infantil la mayoría de los alumnos son muy inquietos y puede repercutir en confusión a la hora de realizar el diagnóstico. Esto se puede evitar con una observación directa del niño en todos los ámbitos de su vida y durante un periodo de tiempo largo, cogiendo anotaciones sobre todas las conductas diarias. Del mismo modo, puede darse el caso contrario, infravalorando los síntomas que evidencian el trastorno, alegándolos a la edad o problemas en el ámbito familiar.

En cuanto al aspecto de los tratamientos, no tengo duda en posicionarme a favor del tratamiento psicopedagógico. No se debería aplicar un tratamiento farmacológico a niños menores de 8 años como mínimo, ya que puede ser beneficioso en algunos casos, pero sin olvidar los posibles efectos adversos. Con un poco de implicación por parte del docente se puede conseguir una mejoría en las manifestaciones conductuales del niño, y que estas, influyan de forma positiva en su calidad de vida. Otra posible solución, sería realizar algunos cambios en el sistema educativo, comenzando por posibilitar jornadas más dinámicas en las que los niños no tengan que estar tantas horas sentados. No obstante, el docente tiene la posibilidad de realizar dichas jornadas y establecer un horario más flexible.

Como limitaciones de este trabajo, en la investigación de estudios recientes sobre las intervenciones con niños de infantil, he encontrado poca variedad, sobre todo en la etapa que nos ocupa. No ocurre así con la etapa de Educación Primaria en adelante. Esto acontece porque el diagnóstico de niños preescolares no es cien por cien fiable, por la similitud de los síntomas del trastorno con las manifestaciones propias de la edad. A pesar de la escasez de artículos de intervención, en el intercambio de experiencias con mis compañeras de prácticas, he podido escuchar el relato de una compañera que contaba con algún caso de TDAH en su aula, lo cual ha sido un intercambio muy enriquecedor.

Como perspectivas futuras, quisiera que mi propuesta de intervención se pudiese llevar a cabo, adaptada al aula, alumnos, características y necesidades, y que los resultados esperados cumplan con los objetivos propuestos. Y, por supuesto, que esta intervención sea efectiva y favorecedora en todos los ámbitos afectados que rodean al niño con TDAH. Por último, me cabe esperar que los conocimientos adquiridos me sirvan para una futura docencia implicada y profesional.

Pese a las limitaciones encontradas, ha merecido la pena la elección de este tema y quedo satisfecha de haber profundizado en él, ya que me ha aportado un gran conocimiento y aliento para seguir investigando.

7. LISTA DE REFERENCIAS

7.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-IV). (2th edition). (1968). Washington: American Psychiatric Association. Recuperado de: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=JivBAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT18&dq=Diagnostic+and+Statistical+Manual+of+Mental+Disorders.+\(DSMIV\).+\(2th+edition\).+\(1968\).+Washington:+American+Psychiatric+Association.&ots=cdWQ73QGv9&sig=FUBbOr3l4OEuE1mdtUbrt03ZOz0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=JivBAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT18&dq=Diagnostic+and+Statistical+Manual+of+Mental+Disorders.+(DSMIV).+(2th+edition).+(1968).+Washington:+American+Psychiatric+Association.&ots=cdWQ73QGv9&sig=FUBbOr3l4OEuE1mdtUbrt03ZOz0#v=onepage&q&f=false).
- Ramos, J.A, Bosch, R., Castells, X., Nogueira, M., García, E., y Casas, M. (2006). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. *Revista de Neurología*, 42(10), pp. 600-606. Recuperado de: <http://www.centrocade.com/wp-content/uploads/2010/11/Trastorno..1.pdf>
- Perote, A., Serrano, R. (2012). *TDAH: origen y desarrollo*. Madrid: IMC. Recuperado de: http://www.institutotomas Pascualsanz.com/descargas/formacion/publi/Libro_TDAH.pdf
- Giraldo, Y. y Chaves, L. (2014). Trastorno por déficit de atención/ hiperactividad (TDAH) y dificultades en lenguaje pragmático. *Revista de Psicología (Universidad de Antioquia)*, 6(1), pp. 41-56. Recuperado de: [file:///C:/Users/raquel/Downloads/Dialnet-TrastornoPorDeficitDeAtencionhiperactividadTDAHYSi-4947509%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/raquel/Downloads/Dialnet-TrastornoPorDeficitDeAtencionhiperactividadTDAHYSi-4947509%20(1).pdf)

Orjales, I. (2000). Déficit de atención con hiperactividad: el modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley. *Revista Complutense de Educación*, 11(1), pp. 71-81. Recuperado de: <file:///C:/Users/raquel/Downloads/17921-17997-1-PB.PDF>

Lantigua, I. (30 septiembre, 2010). El trastorno de hiperactividad tiene un origen genético. *El Mundo*. Recuperado de: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2010/09/29/psiquiatriainfantil/1285771477.html>

CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, (1992). Madrid: Méditor. Recuperado de: http://cie10.org/Cie10_Buscar_Consultar_En_Linea.php

García, M. y Magaz, A. (sin año). *Mitos, Errores, Realidades sobre la Hiperactividad*. Grupo ALBOR-COHS.

Peña, J.A., Montiel, C. (2003). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿mito o realidad?. *Revista neurología*, 36 (2), pp. 173-179. Recuperado de: <http://www.neurologia.com/articulo/2002161/esp>

Gálvez, J.J. (2010). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Medicina Naturista* 4(1), pp. 9-14. Recuperado de: <file:///C:/Users/raquel/Downloads/DialnetTrastornoPorDeficitDeAtencionConHiperactividadTDAH-3142829.pdf>

Barkley, R.A. (2011). TDAH: Más que un problema de atención. Fundación CADAH. Recuperado de: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/dr-russell-barkley-tdah-mas-que-un-problema-de-atencion.html>

Soutullo, C. y Diez, A. (2007). *Manual diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Navarra: Medica Panamericana. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/169284540/Manual-de-Diagnostico-y-Tratamiento-de-TDAH>

Guerrero, J. y Pérez, R. (2011). El alumnado con TDAH (hiperactividad) como colectivo en riesgo de exclusión: propuesta de acción y de mejora. *Revista Ruedes*, 1(2), pp. 37-59. Recuperado de: http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/3933/guerrergalanruedes2.pdf

Ramírez, J. (2009) *Curso de relajación progresiva para niños y adultos*. Madrid: CEPE.

Espina, A. y Ortego, A. (sin año). *Guía práctica para los trastornos de déficit atencional con/sin hiperactividad*. Recuperado de: <http://www.centrodepsicoterapia.es/pdf/Guia%20TDAH.pdf>

Fundación CADAH (2006). Conferencia del Dr. Luis Rojas Marcos. "Vidas con TDAH". Recuperado de: <https://www.fundacioncadah.org/web/video-charla/index.html?idfolder=20160414ReVFgemT9h>

García, J. (2014). *Prevención en dificultades del desarrollo y del aprendizaje*. Madrid: Editorial Pirámide.

Informe PANDAH. El TDAH en España. (2013). España: Adelphi

García, F. (2013). ¿Qué es la hiperactividad? *Revista la puebla de montalbán*, pp. 42-43. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4344305>

Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. (2010). Cataluña: Ministerio de ciencia e innovación. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_477_TDAH_AIAQS_compl.pdf

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-V 5ª edición. (2013).

Editorial medica panamericana. American Psychiatric Association (APA).

Recuperado de: <https://www.alansaludmental.com/dsm-5/>

Edder A. (2006). *Trastorno de Deficit de Atención e Hiperactividad en el salón de clases* (Tesis doctoral). Recuperado de: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/fsl/ucm-t%2029215.pdf>

Labrador V. (2016). *La intervención docente y sus efectos en la conducta del alumnado con TDAH en educación física. Un estudio de casos* (Tesis doctoral).

Recuperado de:

http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/107642/1/VLR_TESIS.pdf

Estévez B. (2015). *La inclusión educativa del alumnado con TDA/TDAH. Rompiendo con las barreras curriculares y organizativas en los centros escolares de educación primaria.* (Tesis doctoral). Recuperado de:

<https://hera.ugr.es/tesisugr/25615117.pdf>

López, Rosa. (1996). La relajación como una de las estrategias psicológicas de intervención más utilizadas en la práctica clínica actual. *Revista cubana de medicina general integral*, 12(4), 370-374 Recuperado de:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251996000400007

Orjales, I. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*. 3, pp. 19-30. Recuperado de:

http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_3_esp_19-30.pdf

Zapico, Y. y Pelayo, J. (2012). TDAH: Una visión multidisciplinar. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 11(2). Recuperado de: http://www.aen.es/images/cuaderno_psiquiatria_comunitaria_2_2012.pdf

Navarro, M.I. y García, D.A. (2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de Historia de la Psicología*, 31(4), pp. 23-36. Recuperado de: [file:///C:/Users/raquel/Downloads/DialnetElConceptoDeHiperactividadInfantilEnPerspectiva-3399009%20\(7\).pdf](file:///C:/Users/raquel/Downloads/DialnetElConceptoDeHiperactividadInfantilEnPerspectiva-3399009%20(7).pdf)

Orjales, I. (2004). Impacto y detección de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Educación y futuro*. (10), pp. 1-12.

Morales, P., Hernández, C., Vera, M., Voltas, N. y Canals, J. (2016). Psychometric properties of the Conners-3 and Conners Early Childhood Indexes in a Spanish school population. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17, pp. 85-96. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/en-revista-international-journal-clinical-health-psychology-355-articulo-psychometric-properties-conners-3-conners-early-S1697260016300527>

Guía de actuación en la escuela ante el alumno con TDA-H. (Sin año). Murcia: FEAADAH.

Guía practica para padres. El niño con trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad. (Sin año). Murcia: FEAADAH.

Papazian, O., Alfonso, I., Luzondo, N. y Araguez, N. (2009). Entrenamiento de la función ejecutiva en preescolares con trastorno por déficit de atención/hiperactividad combinado: estudio prospectivo, controlado y

aleatorizado. Revista de neurología, 48 (2), pp. 119-122. Recuperado de:
<https://www.neurologia.com/articulo/2009053>

Martínez, N. (2005). Psicopatología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad. *IJCHP*, 6(2). pp. 379-399. Recuperado de:
http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-183.pdf

7.2 ENLACES ELECTRÓNICOS

Loo, V.H. *Psiquiatría infantil y de la adolescencia*. México. Recuperado de <http://www.maestroloo.com>

Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. *Respuesta educativa para el alumnado con TDAH*. Gobierno de España. Recuperado de http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/186/cd/m1/evolucin_historica_del_concepto_tdah.html

8. APENDICES

¹ Los términos “**niño**”, “**niños**”, “**alumnos**” engloba tanto el género masculino como el femenino, con el fin de hacer la lectura más ligera.

² **Russell Barkley** es un científico, psicólogo e investigador, experto en TDAH y en los problemas relacionados con el trastorno durante la infancia.

³ El término “**docente**”, engloba ambos géneros.

⁴ **Dopamina y noradrenalina:** Estos neurotransmisores son sustancias químicas cuya función es la comunicación entre neuronas, de modo que para que se de esta comunicación es necesario una cantidad determinada de dopamina y noradrenalina.

⁵ **La fitoterapia** se refiere a la utilización de productos de origen vegetal con el fin de prevenir, aliviar o curar un estado patológico.