



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

CURSO 2015/2016

TRABAJO FIN DE GRADO:

“UNA VISIÓN DE LA REALIDAD PRÁCTICA DESDE LOS CENTROS ESCOLARES CON NIÑOS CON TDAH”

Presentada por **Nerea Rogado Merino** para optar al **Grado de Educación Infantil** por la Universidad de Valladolid.

Tutelado por: **María Jesús Irurtia Muñiz**

Resumen

En este proyecto se muestra una pequeña visión sobre cuál es la realidad de la práctica diaria desde algunos colegios de la capital de Valladolid, respecto al Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Por ello, el trabajo consta de dos partes bien diferenciadas: primero, la fundamentación teórica y segundo, un trabajo de campo.

En la primera parte encontramos la fundamentación teórica. Apoyándonos en diferentes autores hablaremos en qué consiste dicho trastorno, historia, causas, síntomas, tipos, mitos y realidad, diagnóstico y medicación.

En la segunda parte encontramos un trabajo de campo. Con los resultados queremos definir cuál es la realidad en la cual nos encontramos a día de hoy respecto a estos niños con TDAH y con ello concienciar al profesorado de la situación real que vivimos en los centros escolares con respecto al conocimiento del TDAH.

Palabras clave: Trastorno de Déficit de atención e Hiperactividad e Impulsividad (TDAH), Alumnos con Necesidades Educativas Específicas, trastorno, causas, síntomas, dificultades, mitos, realidad, diagnóstico y medicación.

Summary

This project shows a small insight as to what the reality of daily practice in some schools in the capital of Valladolid entails, regarding Attention Deficit Disorder and Hyperactivity Disorder (ADHD).

Therefore, the work consists of two very different parts: firstly, the theoretical foundation, and secondly, the fieldwork.

The first part is the theoretical foundation. Relying on different authors we discuss what this disorder is, history, causes, symptoms, types, myths and reality, diagnosis and medication.

The second part is the fieldwork. With the results we aim to define the reality in which we find ourselves today in regard to these children with ADHD and thus inform teachers of the actual situation that we encounter in schools with regard to the knowledge of ADHD.

Keywords: Attention deficit disorder and hyperactivity and impulsivity (ADHD), Students with Specific Educational Needs disorder, causes, symptoms, difficulties, myths, reality, diagnosis and medication.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	4
3. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA ELEGIDO	5
4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	6
4.1 ¿Qué es el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)?	6
4.2 Breve historia del TDAH	7
4.3 Causas del TDAH.....	8
4.4 Síntomas que tiene el TDAH.....	9
4.4.1 Otras conductas anómalas y síntomas asociados.....	14
4.4.2 Variación de los síntomas de TDAH en función de diferentes criterios.....	16
4.5 ¿Tipos de TDAH?	16
4.6 Dificultades y trastornos asociados.....	17
4.7 Estigmas del TDAH.....	19
4.8 Mitos y realidades	20
4.9 Diagnóstico.....	21
4.10 Medicación.....	23
4.10.1 Intervenciones no farmacológicas fundamentales.....	26
4.11 Competencias de la carrera	26
5. METODOLOGÍA LLEVADA A CABO	28
6. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN REAL Y RESULTADOS	29
7. CONCLUSIONES.....	35
8. LIMITACIONES Y LINEAS FUTURAS.....	36
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
10. ANEXOS	39
10.1 Carta de presentación	39
10.2 Cuestionario sobre el TDAH	40
10.3 Nota de agradecimiento	41

1. INTRODUCCIÓN

Quiero empezar este trabajo con una frase que representa muy bien unas de las características de las personas que presentan el trastorno que vamos a desarrollar:

... y entonces el alumno se acercó hasta el profesor y le dijo:

- *“Profe... ¿Puede repetirme todo lo que dijo después de ‘escucha con atención’?”.*

Como hemos podido observar en el título de este Trabajo Fin de Grado, las páginas de este documento recogen aspectos significativos sobre la situación real de los centros de Valladolid respecto al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, en adelante TDAH.

Hoy en día el TDAH es algo que en los colegios se observa con preocupante frecuencia observando, ya que cada vez hay más niños diagnosticados con este trastorno.

Debido a ello hemos cogido como objeto de estudio este tema, con el fin de estudiar, analizar y valorar cual es la realidad práctica desde los colegios respecto a estos niños, ya que igual que decimos que hay cada vez más niños, también tenemos que decir que existen muchos materiales para aplicarlos en la práctica diaria en el aula. Y el fin al que queremos llegar es saber si el profesorado tiene los conocimientos adecuados y es consciente de las herramientas que existen para ponerlas en práctica en su aula, siempre y cuando sean necesarias, ya que no existe un puzle perfecto.

En el presente documento trataremos sobre cual son los objetivos e hipótesis del trabajo realizado; justificación del tema elegido; fundamentación teórica de una manera breve; metodología llevada a cabo para realizar el trabajo de campo; análisis de la situación estudiada y resultados de la misma; conclusiones generales del trabajo; limitaciones que hemos encontrado así como posibles líneas futuras a llevar a cabo, y por ultimo referencias bibliográficas y anexos.

Queremos reflejar que las menciones en masculino que aparecen detalladas a lo largo de éste documento se refieren también a su correspondiente femenino para que la lectura resulte más amable.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Los objetivos e hipótesis que nos hemos planteado a la hora de realizar este Trabajo Fin de Grado han sido:

OBJETIVOS:

- Analizar la situación real de los centros escolares contactados de Valladolid respecto al conocimiento del TDAH.

- Concienciar al profesorado de la realidad respecto al tema del TDAH.
- Definir la realidad que nos hemos encontrado respecto a los niños con TDAH.

HIPOTESIS:

- Los profesores tienen o no tienen una formación adecuada respecto a este tema.
- El profesorado tienen o no tienen el material suficiente para ayudar a los niños con TDAH.
- Todo el material del que disponen, lo utilizan en su práctica diaria con los niños con TDAH.

3. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA ELEGIDO

El tema propuesto para la realización del Trabajo Fin de Grado, es el conocido “TDAH”, el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, centrándonos en la situación real que hoy en día vivimos, más en concreto en “Una visión de la realidad práctica desde los centros escolares con niños con TDAH”. Es un tema que me interesa, ya que lo he tenido presente durante todos estos años atrás, desde el minuto uno de este largo camino que he andado y me queda por andar. Y lo que yo no he tenido me gustaría poder llegar a conseguirlo, con el fin de comprenderles, ayudarles y hacerles este camino más sencillo, porque como dice Albert Einstein (2016) “Todos somos genios. Pero si juzgas a un pez por su habilidad para trepar árboles, vivirá todo su vida pensando que es un inútil”, necesitamos saber para poder adaptar.

Me he centrado en él, porque cada vez oímos o vemos más casos, no solo en el ámbito educativo sino también en el ámbito social y familiar al mostrarse como niños molestos, no educados y quienes parecen que no escuchan cuando se les habla. Quisiera darlo a conocer, y poder acabar con estos falsos mitos y etiquetas, por ello uno de los objetivos que nos planeamos con el presente proyecto es concienciar al profesorado de cuál es la realidad actual evitando así que “las siglas del TDAH puedan terminar convirtiéndose en un cajón de sastre donde guardar, es decir, donde etiquetar, cualquier comportamiento anómalo o negativo de un alumno” (Ordóñez y Álvarez-Higuera, 2011, p.77) en otras palabras conseguir ver lo invisible, lo que no da la cara.

Aunque creemos que sí que hay concienciación y los suficientes materiales como para abordar dicho problema, no todos los profesores tienen o han recibido los conocimientos adecuados para una buena intervención o adaptación, lo cual me gustaría conseguir con este pequeño granito de arena.

A parte de todos estos motivos, también lo hemos elegido porque nos parece un tema importante el cual todas las personas, en concretos los maestros, deberíamos hacernos “expertos”. Necesitamos que se sepa, que se comprenda porque como dice George Evans (2016) “todos los

estudiantes pueden aprender pero no todos el mismo día, ni de la misma manera” necesitamos aprender como intervenir.

4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Como una pequeña introducción diremos que: a menudo estos niños son considerados “personajes “incordiantes”, que alteran continuamente la tranquilidad y la armonía familiar, y que además, tienen la rara habilidad de poner en un santiamén a los progenitores al borde de un ataque de nervios” (Castells, 2006, p.17)

“Casi todos conocemos algún niño hiperactivo, aunque pocas veces pensamos que tenga TDAH, sino más bien que está mal educado, que es caprichoso o que recibe poca atención de sus padres o educadores” (De la Gándara, García y Pozo, 2006, p.19).

4.1 ¿Qué es el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)?

“Lo conocemos con el popular acrónimo TDAH (en inglés ADHA: Attention Deficit Hyperactivity Disorder)” (Castells, 2006, p.28).

Y lo que respecta a la definición hemos encontrado que tanto en la página web de Tdahytu (2015) como en la página web de la asociación de Fundaicyl (2015) lo definen como “un trastorno de carácter neurobiológico originado en la infancia”. A esto añadimos que “tradicionalmente se ha definido como una alteración de la conducta que engloba diversos trastornos, causa o consecuencia de un problema central” (De la Gándara, et al., 2006, p.18). Dicho trastorno “afecta principalmente a las áreas de atención, la motricidad y la impulsividad, provocando generalmente una disminución de la atención, un exceso en la motricidad y en la impulsividad” (Aguilar, 2014. p.127). Y destacar que “en realidad el TDAH no sólo afecta a estas tres áreas; sino que produce una sutil pero sería alteración en las capacidades de adaptación del niño a los diversos cambios que se van a ir produciendo a lo largo de su vida: en la escuela, con sus amistades, en el trabajo, etc.” (De la Gándara et al., 2006, p.18).

Y los niños que sufren este tipo de trastorno “tienen una gran dificultad para concentrarse en una sola actividad y cambian continuamente de actividad sin centrarse en ninguna. Desarrollan una actividad física excesiva e incesante y actúan antes de pensar, sin reflexionar sobre las consecuencias de sus acciones”. (De la Gándara, et al., 2006, p19). “Popularmente se dice que estos niños se distraen con el vuelo de una mosca, que no pueden parar quietos ni un momento, ni estar sentados en un mismo sitio, y parece que tengan dentro un motorcito que está continuamente en marcha” (Castells, 2006, p.29). Y estos niños “se caracterizan también por <<soñar despiertos>> y <<estar en las nubes>>” (Castells, 2006, p.31).

Unos aspectos que debemos tener en cuenta a la hora de hablar de este tema, los hemos encontrado en un video de la página de Tdahytu (2015) en cual hacen un breve resumen de lo que consiste este trastorno y dicen que “afecta a más del 5% de los niños en el mundo y a más del 6% de niños en España”. Que se trata de un trastorno que “es más frecuente entre niños que entre niñas, ya que por cada dos niños con TDAH hay una niña que padece el trastorno”. “Para que los síntomas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad se asocien al TDAH se tiene que dar ciertas condiciones como son: debe presentarse antes de los 7 años y mantenerse en el tiempo como mínimo 6 meses; debe afectar a 2 o más ámbitos de la vida del niño (cole, casa y vida social); tener un impacto significativo, deteriorando su rendimiento de forma importante”.

4.2 Breve historia del TDAH

Ahora que ya sabemos que es, vamos hablar un poco sobre cómo ha ido evolucionando a la largo de la historia y que pasos se ha ido dando para llegar a lo que hoy en día conocemos.

Según De la Gándara, García y Pozo (2006, p. 21-23) “todo empezó hacia los años cuarenta del siglo xx”. “Antes de esa época, si un niño tenía dificultades de aprendizaje, se pensaba que era retrasado (deficiencia intelectual), tenía problemas sensoriales (auditivos, sensoriales), padecía problemas emocionales (ansiedad, depresión) o problemas culturales (dificultades familiares, escolarización deficiente)”. Con el paso del tiempo se dieron cuenta que los niños que presentaban las características descritas anteriormente “presentaban dificultades de aprendizaje derivadas de su incapacidad de estar quietos en clase, permanecer atentos y seguir las instrucciones de los profesores”. Y poco a poco educadores y psicólogos fueron llegando a la conclusión de que “la dificultad no era de inteligencia o mal comportamiento, sino de atención”.

“Los síntomas psicológicos y neurológicos llevó a los investigadores a pensar en alguna lesión o alteración del sistema nervioso que pudiese causar todo ello”. Debido a los escasos medios que disponían “no había forma de concretar esas supuestas lesiones, algunos científicos propusieron que el problema no se debería a una lesión, sino que sería funcional (alteración del funcionamiento del cerebro)”.

Después de mucho investigar “el problema fue identificado paulatinamente con síntomas concretos y fue incluido en las clasificaciones internacionales de enfermedades por primera vez en 1968. Fue denominado trastorno hiperactivo, ya que la alteración más llamativa y preocupante era la hiperactividad, la inquietud motora”. Años más tarde “se prestó más atención a la falta de concentración y desde 1980, se conoce como el trastorno por déficit de atención”. Y ya por último “el nombre propuesto en las clasificaciones de 1987 integra los dos aspectos, la hiperactividad y la inatención, y desde entonces se conoce como trastorno por déficit de atención con hiperactividad”.

4.3 Causas del TDAH

Según De la Gándara, García y Pozo (2006, p.27) dejan claro que “no existe una única causa que explique por sí la aparición del TDAH. Según los expertos hay una amplia variedad de causas, algunas de las cuales posiblemente actúen entre sí, aunque con distinta importancia”. En relación a esto en la página web de tdahytu (2015) exponen que “la causa del TDAH es algo incierto todavía. Que no puede explicarse por una única causa, sino por una serie de condiciones genéticas junto con otros factores ambientales”. Pero destacar que según unos estudios “se estima que un 76% de las causas del TDAH puede atribuirse a factores genéticos” (Tdahytu, 2015). Y apoyando la idea expuesta anteriormente la asociación de Fundaicyl (2015) dice que “los estudios señalan que el TDAH tiene un claro factor genético, se han demostrado índices de origen hereditario en un 70% - 80% de los casos”.

Y en la misma línea de la última frase del párrafo anterior quiero destacar lo dicho por De la Gándara, García y Pozo (2006, p.104):

“Si tiene un hijo con TDAH, usted tiene un 50 por ciento de posibilidades de haber sufrido también parte o todos los síntomas del trastorno durante la infancia, sobre todo si usted es varón. Si usted es adulto y cree que presenta actualmente algunas de las conductas anómalas que hemos descrito, tal vez haya tenido más en su infancia, aunque es muy posible que nadie se las hubiese diagnosticado ni tratado. Si usted es familiar de un chico con TDAH, mire a su alrededor y seguro que encontrará a otras personas de su familia con características similares”.

Según De la Gándara, García y Pozo (2006, p.27-31) “las causas propuestas como más importantes y que con mayor seguridad están asociadas al TDAH, son:

- Alteraciones de origen genético y hereditario (heredan este patrón de sus antepasados).
- Problemas en el desarrollo fetal (problemas de nutrición en la salud de la madre, niños prematuros, bajo peso).
- Fármacos (mujeres que consumen fármacos sin control durante el embarazo).
- Drogas (consumir alcohol o cocaína durante el embarazo).
- Tóxicos (presencia de ciertas toxinas en la sangre).
- Problemas en el parto (duración excesiva, uso de fórceps o posición anómala).
- Problemas durante la infancia.
- La contaminación ambiental.
- Adopción”.

Según De la Gándara, García y Pozo (2006, p.32) “sabemos que esas posibles causas dan lugar a una disfunción cerebral mínima, que se expresa en un funcionamiento anómalo de ciertas zonas del cerebro especialmente implicadas en el control de la atención, la conducta y la afectividad”. “El funcionamiento anómalo se explica por irregularidades en los circuitos cerebrales o conjuntos de neuronas conectadas entre sí. Se ha comprobado que el TDAH hay alteraciones de ciertos neurotransmisores, especialmente de la llamada noradrenalina y también de otros como la dopamina o la serotonina”. Y según Aguilar (2014, p.127) “estudiando los cerebros de individuos con TDAH, se han encontrado diferencias en la cantidad de neurotransmisores disponibles (como la dopamina, que se encarga de la inhibición o la modulación de la actividad neuronal que interviene en las emociones y el movimiento) en áreas concretas del cerebro”.

4.4 Síntomas que tiene el TDAH.

Para hablar de los síntomas y entender un poco mejor en lo que consiste este trastorno, vamos a volver a citar a los autores De la Gándara, García y Pozo, y también al autor Jaime Guinot, ya que son muy claros en su explicación y me he sentido muy identificada con muchos de sus párrafos.

Antes de nada quería hacer hincapié en que todos nosotros en algún momento de nuestras vidas hemos prestado poca atención, nos hemos mostrado hiperactivos o impulsivo ante algún problema o dificultad del momento, pero a este tipo de niños les ocurre durante un tiempo más prolongado por lo que a veces parece que “no atienden, no aprenden, no recuerdan y acaban siendo los niños malos de clase” (De la Gándara et al., 2006, p.36).

Tener en cuenta que “hay que valorar una serie de síntomas que tiene que tener como mínimo un periodo de 6 meses para que se puedan dar por validos dentro de este tipo de diagnóstico” (Guinot, 2013, p.42).

Los tres síntomas más característicos de este trastorno son:

- o Déficit de atención: según De la Gándara, García y Pozo (2006, p37-39) “los niños con TDAH tiene problemas para prestar atención; pero sobre todo para mantenerla en una determinada actividad y perseverar en el esfuerzo de concentración en ella”. Hay dos tipos de atención “una libre o flotante, que es espontánea y que se usa para las actividades generales, como hablar con otras personas, ver la televisión o hacer las tareas rutinarias. La segunda es voluntaria, dirigida hacia una tarea o esfuerzo concreto, como escuchar a alguien con interés, estudiar o realizar un trabajo manual complejo”. “Ambas se alteran o deterioran por muchos factores, y con ambas tienen dificultades los chicos que padecen TDAH”. “Las mayores dificultades se observan al mantener la atención una determinada actividad durante un prolongado período de tiempo”. “Es típico observar cómo comienzan una actividad, pasan en seguida a

otra, se cansan e inician una tercera y así sucesivamente sin llegar a finalizar ninguna”. “La dificultad en mantener la atención es mayor cuando la tarea es monótona, poco interesante o repetitiva” Por ello “las actividades que exige un esfuerzo mental mantenido, como las tareas escolares, les resultan especialmente incómodas y las hacen con poco interés y gran dificultad”.

“Otra característica que se observa en estos niños es la gran facilidad con la que se distraen”. “Se distraen ante cualquier estímulo, como puede ser el ruido de un coche o el murmullo de una conversación, mientras que los demás niños y profesores pueden ignorar este sonido sin dificultad”. Pero lo que quiero destacar es que estos niños “sí logran concentrarse y mantener la atención ante tareas nuevas o que suscitan en ellos mucho interés, como ver la televisión, jugar con el ordenador o hacer deporte, aunque en los casos más graves ni siquiera en esas situación perseveran demasiado tiempo”. Además “son descuidados, y es frecuente que el material que necesitan para realizar sus actividades esté poco cuidado, estropeado, desperdigado por la mesa de trabajo, olvidado o perdido. En efecto, con frecuencia pierden objetos poco relevantes para ellos”. Y en relación a la falta de atención a veces provoca “que no participen en las conversaciones en grupo, cambiando con facilidad el tema de las mismas y dando la impresión de que no escuchan o no entienden lo que se les está diciendo, por lo que en ocasiones pueden parecer excesivamente despistados o simplemente maleducados”.

En esta misma línea vamos hablar de los síntomas que debe presentar una persona para poder decir que tiene déficit de atención, afirmando así lo dicho anteriormente por los otros autores. Por lo tanto, según Guinot (2013, p. 42-45):

- “A menudo no presta atención a detalles, tiene descuidos y comete errores en la escuela, casa, juegos, trabajos u otras actividades. No hablamos pues de errores de despiste que serían propios según la edad del menor, ni tampoco falta de habilidad que podría tener. Sino que incluso en cosas que le gustan como juegos, donde podremos ver inclusive que se enfada consigo mismo por no conseguir determinadas cosas o haber olvidado dónde está tal o cual juguete”.
- “A menudo presenta dificultad en la concentración en cualquier tipo de tarea o juego. Es decir, no es capaz de mostrar concentración ni en cosas, que como decía antes, que son de su interés”.
- “A menudo da la impresión de no estar escuchando cuando se le habla. Una cosa es que es un menor no escuche cuando está en sus cosas y otra distinta

cuando incluso mirándote a los ojos no es capaz de saber lo qué le estás diciendo”.

- “A menudo no sigue las instrucciones que se le dan, no termina tareas en la escuela o cualquier otra tarea. No existe conducta oposicionista ni hay falta de entendimiento. Sabe que se le está pidiendo que haga, pero es a la hora de repetir esas instrucciones cuando aparecen los problemas, porque es incapaz de seguirlas de manera correcta”.
- “A menudo le cuesta organizar las actividad (agenda, deberes, citas). En muchos casos vemos que la persona es capaz de tener algo anotado en la agenda y que incluso sabe que ha anotado, pero cuando se le pregunta por qué no se ha hecho a pesar de que estaba allí anotado es cuando aparece el problema”.
- “A menudo rechaza o se niega a hacer tareas que requieren de un esfuerzo mental”.
- “A menudo pierde cosas que necesita, juguetes, lapiceros, libros, herramientas. No hablamos sólo de cosas que no importan demasiado por su valor para él, sino que esto mismo sucede incluso con juguetes a los que podrá tener muchísimo aprecio, pero que en determinado momento no sabrá donde guardó”.
- “A menudo se distrae fácilmente. No es que no quiera estar atento, sino que sin ser consciente desvía la atención hacia otro punto y luego a otro y así sucesivamente”.
- “A menudo es olvidadizo en tareas cotidianas”.

“Recordad que estos puntos tienen que suceder en como mínimo dos espacios distintos y, por lo tanto, el mero hecho de cumplir tan sólo alguno de los puntos no tiene ningún valor en cuanto al diagnóstico” (Guinot, 2013, p.45).

Apoyando estos últimos puntos, pero con otras palabras y de manera más resumida Ordóñez y Álvarez-Higuera (2011, p.44) explican que se entiende por déficit de atención “son niños que presentan dificultades para mantener la atención, especialmente ante tareas monótonas. Les cuesta iniciarlas pero sobre todo les es más difícil terminarlas. Necesitan cambiar de actividad cada poco tiempo, buscando nuevos estímulos. Se distraen en exceso y tienen dificultad para seguir instrucciones, sobre todo si son complejas. Pueden estar como <<en una nube>>, abstraídos en sus propios pensamientos. Esto les produce importantes problemas en su desarrollo y aprendizaje”.

- **Impulsividad:** según De la Gándara, García y Pozo (2006, p.40-43) “los niños, jóvenes y adultos con TDAH son impulsivos y actúan sin pensar; por eso cometen muchos errores, sufren accidentes o son considerados maleducados, violentos o peligrosos”. Además decir que tienden a “empezar una acción pero en seguida la interrumpen y la cambian por otra impulsivamente, sin control”. “Esta dificultad para controlar los impulsos se manifiesta tanto en las acciones y conducta como en los pensamientos. Saltan de unos a otros sin pensar”. “Otra conducta típica de los niños con TDAH se produce cuando son informados de que se va hacer algo que les puede resultar grato o novedoso, como ir al cine o al futbol, pero cuya realización no es inmediata, sino que se producirá al cabo de unas horas. Entonces se muestran especialmente inquietos e impacientes y la espera les resulta eterna. No saben esperar, y hacer colas para ellos es impensable”. Cuando las tareas no son de su interés o no les agrada “aplican la ley del mínimo esfuerzo, la realizan con desinterés y poco criterio, dedicando el menos tiempo posible”.

Otro aspecto a tener en cuenta es “la dificultad para controlar los impulsos es que los niños se implican en conductas de riesgo innecesarias, incluido de forma involuntaria. No piensan con antelación en las posibles consecuencias ni tampoco en el daño que les puede ocasionar una acción poco meditada, ni a ellos mismos ni a los demás”. Debido a que “su actividad motora suele ser excesiva y desordenada, y con frecuencia impulsiva, les hace proclives a tener accidentes, como golpearse con los muebles u otros objetos, chocar contra otras personas...”. “Esta dificultad para prever el riesgo y para actuar de forma reflexiva explica por qué estos niños y adolescentes, e incluso algunos adultos, sufren un exceso de accidente”.

En esta misma línea según el autor Jaume Guinot vamos hablar de los síntomas que determinan si sufren o no impulsividad, afirmando así lo dicho anteriormente por los otros autores. Por lo tanto, según Guinot (2013, p. 48-49):

- “Da respuestas sin esperar a la respuesta. Es decir, no es capaz de esperar su turno ni siquiera para responder”.
- “A menudo le cuesta esperar su turno, respetar colar o aceptar demoras. Aquí lo más visible, es la no aceptación de la demora, puesto que si algo quiero lo quiero ahora mismo y no me sirve que sea en cinco minutos, ni en un rato”.
- “A menudo interrumpe a los demás. A pesar de que hay normas, sigue interrumpiendo mil y una vez sin que sean motivos de urgencia, sino simplemente porque ha pensado una cosa y tiene que lanzarla en ese mismo momento”.

Apoyando estos últimos puntos, pero con otras palabras y de manera más resumida Ordóñez y Álvarez-Higuera (2011, p.43) explican que se entiende por impulsividad “es la dificultad para modular las respuestas o reacciones inmediatas ante situaciones. Hacen o dicen lo primero que se les ocurre, sin pensar en las consecuencias. Y aunque sufran esas consecuencias negativas una vez tras otra, no aprenden y lo vuelven a repetir”.

- **Hiperactividad:** como ya hemos dicho anteriormente todos alguna vez hemos sentido esa inquietud por alguna cosa del día a día y según De la Gándara, García y Pozo (2006, p. 45-47) “la actividad física que pueden desarrollar los niños es bastante generosa” pero como ellos bien dicen “debemos ser precavidos para distinguir la hiperactividad y la actividad física excesiva pero normal de ciertos niños”. “Para saber si cierta inquietud es normal o si, se trata de la típica actividad excesiva del TDAH, conviene tener en cuenta si es intensa y excesiva; si no se adecua a las demandas del entorno; si se observa en diversos ambientes: en el aula, en la casa y en la calle; ocasiona problemas para dirigir el comportamiento del niño; o si conforme el niño se hace mayor, la intensidad disminuye”. Aunque debemos tener en cuenta que la actividad física de estos niños “aparece muy temprano y con una intensidad no apropiada para la edad y el nivel de desarrollo del niño”. “Disponen de poca capacidad para inhibir su conducta, y no son capaces de regular ni controlar sus movimientos pese a las indicaciones de los familiares o maestros”. Y como ya hemos dicho una de las características es que “despliegan similar actividad en distintas actividades”.

“Otra peculiaridad es su dificultad para regular la actividad motora en función de cambios en su entorno” ya que les cuesta pasar de una actividad movida a otra más tranquila. “Esta dificultad para modular e inhibir su conducta también les hace responder fácilmente, y de forma excesiva, a cualquier circunstancia del entorno, mientras otros niños muestran una mayor capacidad para frenarse”. “La hiperactividad va disminuyendo según crece el niño. Es más intensa cuanto más pequeño es y disminuye conforme avanza hacia la adolescencia”. “Los niños pequeños, hasta la edad escolar, están en constante movimiento. No son capaces de permanecer sentados cuando están en grupo jugando o escuchando un cuento”. Las conductas más frecuente que podemos observar son que “el niño no está quieto, se levanta numerosas veces de la silla, como movido por un resorte; o bien, si permanece en ella, no deja de hacer movimientos con el cuerpo, las manos o los pies”.

En esta misma línea según el autor Jaume Guinot vamos hablar de los síntomas que determinan la existencia o no de hiperactividad, afirmando así lo dicho anteriormente por los otros autores. Por lo tanto, según Guinot (2013, p. 46-48):

- “A menudo juega con las manos y los pies y se retuerce estando sentado. Hablamos de movimientos muy extraños, exagerados, que puede ser rítmicos, y donde incluso pueden hacerse daño”.
- “A menudo se levanta de la silla y tiene dificultades para permanecer sentado. Cuando se le requiera estar quieto veremos la enorme presión que esto le está causando y como le resulta casi imposible”.
- “Corre y trepa con frecuencia en lugares inoportunos. En el caso de adultos se produce inquietud”.
- “A menudo se le hace difícil jugar o disfrutar de tareas recreativas. No es sólo el hecho de que no quiera jugar, porque aunque quiera jugar veremos comportamientos que podríamos definir como nerviosos, que le impiden la normalidad del juego”.
- “A menudo parece que ‘le hayan dado cuerda’. La energía no se les termina, siempre tienen que hacer algo más, y su comportamiento puede ser, para quienes los rodean, estresante porque no descansan ni un momento”.
- “Habla demasiado, es incapaz de mantenerse en silencio”.

Apoyando estos últimos puntos, pero con otras palabras y de manera más resumida Ordóñez y Álvarez-Higuera (2011, p.43) explican que se entiende por hiperactividad “son niños en movimiento constante, se levantan, y si están sentados mueven pies y manos, se les caen cosas, hablan sin parar, hacen ruidos, dan golpecitos, tienen más accidentes que niños de su misma edad, desarman cosas, rompen bolígrafos”.

4.4.1 Otras conductas anómalas y síntomas asociados

Asociado a lo dicho anteriormente suele ser normal también encontrarse con una serie de conductas anómalas y síntomas asociados que pueden darnos pistas de que un niño presenta dicho trastorno. Pero antes de seguir debemos tener en cuenta que “¿Siempre se observan estos problemas en los niños con TDAH? Es obvio que no, como no son iguales todas las gripes en todas las personas. Los médicos antiguos decían que no hay enfermedades, sino enfermos. De la misma manera, en el TDAH no todos los síntomas están presentes en todos los niños, ni en similar intensidad ni en todas las situaciones ni de una forma constante a lo largo de su vida. La combinación de problemas y respuestas del

ambiente hace de cada niño un caso único” (De la Gándara et al., 2006, p.55). Según De la Gándara, García y Pozo (2006, p.48-57):

- ✓ “Desorganización. Tienen poca capacidad para organizar sus tareas y actividades, así como dificultad para realizar un análisis de las mismas y planificar la estrategia necesaria para resolver los problemas que se plantean, tanto de tipo académico como social”.
- ✓ “Falta de planificación. Cuando se les encarga una tarea, lo habitual es que no sigan las instrucciones. Aunque inicialmente muestren buena disposición, en seguida se dejan llevar por cualquier circunstancia, sugerencia o estímulo que haya alrededor, y no tienen en cuenta lo que se les ha indicado”.
- ✓ “Gratificación inmediata. Tienen a la satisfacción inmediata y no son capaces de aplazarla; viven el momento y el presente sin prever el futuro; quieren el aquí y el ahora en las gratificaciones; el <<pan para hoy y hambre para mañana>>, como dice el refrán”. Por lo tanto “cualquier actividad más gratificante que la que están realizando en ese momento es preferible”.
- ✓ “Bajo rendimiento académico. Los problemas de atención, la dificultad para modular la actividad motora y la impulsividad afectan a múltiples áreas del funcionamiento”. “Tienen dificultades para memorizar lo que estudian, por las dificultades de atención, y no adquieren estrategias que faciliten el aprendizaje, para comprender y usar correctamente la información recibida”. “Las dificultades en el aprendizaje se dan, sobre todo, en las áreas de matemáticas, lectura y escritura. La capacidad para resolver problemas de cálculo es mínima, la lectura es poco fluida, con frecuentes omisiones, y la escritura está salpicada de faltas de ortografía”. “El rendimiento en el trabajo va a depender, de la capacidad para realizarlo siguiendo un esquema previo; y de la disposición para concentrarse en las tareas y no distraerse con otras actividades más amenas y divertidas”. “En el TDAH, los niños se dejan llevar más por el momento que por las normas del trabajo”. “Al final, los trastornos de atención son los culpables de los problemas de memoria, de aprendizaje y del uso de lo aprendido”.
- ✓ “Dificultades en las relaciones sociales. Los niños hiperactivos muestran interés por las actividades sociales. Sin embargo, las interacciones sociales de estos niños se caracterizaban por frecuentes fricciones con los compañeros y adultos de su entorno social y familiar”. “Con los compañeros, por lo general, las relaciones no son las adecuadas. Reciben en muchos casos una actitud de desaprobación, desprecio e incluso rechazo. Tienen dificultad para relacionarse con niños de su edad y mantener los amigos”. “Precisan de una supervisión constante de sus actividades y una corrección frecuente de su conducta por parte de los adultos. Los comentarios sobre ellos son, con frecuencia, negativos, y los elogios escasean”.

- ✓ “Complicaciones emocionales. Se puede entender que todo lo negativo que hay en sus vidas acabe afectando a su autoestima y a su estado emocional, y por ello no es infrecuente observar en ellos la paulatina aparición de síntomas de ansiedad o depresión”. “En algunos casos se produce otro trastorno asociado al TDAH, complicando el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento”.

4.4.2 Variación de los síntomas de TDAH en función de diferentes criterios

Como ya hemos mencionado hay “tres tipos de TDAH. En uno predominan los síntomas de hiperactividad e impulsividad, en otro los síntomas de falta de atención y, en el tercero, aparecen los tres tipos de síntomas”. Pero destacar que “en los niños son más frecuentes los TDAH con predominio de hiperactividad e impulsividad o con los tres síntomas centrales. En las niñas, en cambio, es más frecuente el TDAH con predominio de falta de atención”. (De la Gándara et al., 2006, p.58).

“Según la gravedad, se habla de trastornos leves, moderados y graves. No disponemos de un criterio objetivo para separar de los tres grados”. (De la Gándara et al, 2006, p.59).

“Según la edad. El TDAH evoluciona y cambia con la edad”. Por ello encontramos “características propias de la infancia, niñez y adolescencia”. (De la Gándara et al, 2006, p.59).

“Según la situación, uno de los aspectos más peculiares del TDAH es su variabilidad. Los mismos síntomas cambian de intensidad en función de la situación en la que se encuentren los niños. Cuanto más restrictivo sea el lugar en que se encuentren y la actividad más exigente, la conducta va a ser peor”. (De la Gándara et al, 2006, p.66). “Por el contrario, hay otra serie de situaciones o circunstancias en las que su conducta suele ser menos problemática. Así ocurre en ambientes nuevos o desconocidos o al enfrentarse a actividades novedosas y atractivas”. “Esa variabilidad no enseña algo fundamental: podemos mejorar el estado del chico o chica cambiando el entorno”. (De la Gándara et al, 2006, p.67).

4.5 ¿Tipos de TDAH?

Según la página de Tdahytu (2015) y apoyando nuestra idea “los síntomas nucleares del TDAH son independientes unos de otros. No todos los niños con el trastorno manifiestan los mismos síntomas ni con la misma intensidad”. Y en esta misma línea y como experiencia personal decimos que “¡Cuidado, los síntomas del TDAH son comunes! Todos nosotros los sufrimos en ocasiones, pero pocas personas los experimentan mucho tiempo y de forma muy intensa. Aun así, en esos casos hay que asegurarse de que no están producidos por otras causas, como ansiedad o depresión” (De la Gándara, et al., 2006, p. 84).

Y volviendo a lo observado en la página web de Tdahytu (2015) anotamos que “de la diversidad de manifestaciones del TDAH se diferencian tres presentaciones según el DSM-5 Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales:

- Tipo A → presentación predominante de falta de atención, es decir, la conducta prevalente es el déficit de atención.
- Tipo B → presentación predominante hiperactividad/impulsividad, por lo que la conducta prevalente es la hiperactividad y/o impulsividad.
- Tipo C → presentación combinada déficit de atención e hiperactividad/impulsividad, es decir, presenta los tres síntomas nucleares”.

4.6 Dificultades y trastornos asociados

Antes de empezar a desarrollar este punto queremos señalar que “las dificultades en el aprendizaje son obstáculos específicos para aprender en el día a día y vienen generados por la misma sintomatología del trastorno, provocando en el alumno retrasos académicos significativos, aunque éste tenga capacidad y un nivel de inteligencia normal” (Casajús, 2002, p.60). Pero debemos destacar que “no todos los niños hiperactivos tienen trastornos de aprendizaje, ni todos los niños con trastorno de aprendizaje tienen problemas de hiperactividad. No obstante, los problemas de atención, la hiperactividad y la impulsividad dificultan el aprendizaje en todos los niños hiperactivos” (Orjales, 2002, p.57). “Debido a las dificultades atencionales de los niños hiperactivos, una de las características principales es la dificultad para organizar la información” (Orjales, 2002, p.56). También incidir “que aplican menor número y variedad de estrategias de solución de problemas” (Orjales, 2002, p.57). Y según Orjales (2002, p. 58-64) “algunas de las dificultades más frecuentes son: dificultades en el comprensión y fluidez lectora, dificultades en el cálculo y en la resolución de problemas matemáticos, dificultades de escritura y coordinación y por ultimo dificultad para seguir instrucciones y mantener la motivación”.

En esta misma línea decir que “los trastornos del aprendizaje se pueden asociar al TDAH hasta un 70%, sobre todo ante tareas de lectura, escritura, cálculo y matemáticas. Muchos de estos niños antes de ser diagnosticados han estado siendo tratados por dislexia..., siendo los esfuerzos poco satisfactorios debido a su incapacidad de atender” (Ordóñez y Álvarez-Higuera, 2011, p.65).

Las dificultades con las que se encuentran estos niños son:

- “Dificultades en la lectura
 - Omisiones: olvidan leer una letra, sílaba, palabra o frase (mi casa tiene tres piso).
 - Adiciones: añaden letras, sílabas, palabras (las casa de mis abuelos).

- Sustituciones: leen una letra, sílaba, palabra por otra (‘tambor’ en lugar de ‘temor’).
- Dificultades con algunos grupos consonánticos: tr, pr, bl.
- Comprensión lectora deficiente: mala comprensión de los textos, de las instrucciones.
- Desmotivación por la lectura: por fatiga, por ser tareas largas, por fracasos anteriores.
- Lectura lenta, silabeada o precipitada.
- Pérdida ante la lectura: sobre todo en lecturas en grupo (¿por dónde vamos?).

➤ Dificultades en la escritura

- Unión de las palabras, fragmentaciones, omisiones, adiciones, sustituciones (después, aver).
- Caligrafía pobre y desorganizada (por la impulsividad, despiste...).
- Mayor número de faltas de ortografía (les cuesta memorizar las reglas y, por su déficit de atención, las repiten de forma reiterada sin remedio).

➤ Dificultades en las matemáticas

- Pobre comprensión de los enunciados (por la impulsividad y el déficit de atención).
- Errores a la hora de utilizar signos.
- Errores al escribir cifras (en el enunciado 1567 y en la operación 1657).
- Dificultad de abstracción de conceptos matemáticos” (Ordóñez y Álvarez-Higuera, 2011, p.65).

“A todas estas posibles dificultades, hay que añadir la falta de organización, la pérdida de material escolar, las confusiones a la hora de llevar trabajos al colegio, los olvidos, los retrasos, que acaban consiguiendo unos resultados nefastos en el rendimiento de estos niños” (Ordóñez y Álvarez-Higuera, 2011, p.53). Pero como ya hemos comentado no todos los niños presentan todas dichas dificultades, cada niño es un mundo. Y decir que estos niños “no son malos estudiantes o tiene mal comportamiento por su propia voluntad, o como consecuencia de un entorno no proclive al estudio, sino porque tienen un problema neurológico” (Ordóñez y Álvarez-Higuera, 2011, p.52).

Algunos de los trastornos asociados al TDAH son: “el trastorno del estado de ánimo: trastorno depresivo y trastorno bipolar; trastornos de ansiedad; trastornos de comportamiento: trastorno negativista desafiante y trastorno disocial; trastorno obsesivo

compulsivo; trastorno del aprendizaje en niños y adolescentes: trastorno de la lectura, de cálculo y de escritura; trastorno por abuso o dependencia de sustancias; trastorno de las habilidades motoras: trastorno de desarrollo de la coordinación y trastorno de tics: trastorno de Tourette” (De la Gándara et al., 2006, p.78).

4.7 Estigmas del TDAH

Existen varios estigmas que se utilizan al hablar de estos niños. Se suele decir que son niños que “no paran quietos que corren de aquí para allá, y a menudo se dice que `ya cambiarán cuando crezca`. O incluso con decir que es igual que su padre o madre cuando eran pequeños o el típico refrán `De tal palo, tal astilla` justifican cualquier conducta” (Castells, 2006, p.18). Pero las cosas es que no podemos dejarlo así, hay que buscar nuevos caminos y soluciones ya que “ni usted es un inútil como padre o madre ni su criatura es un conjunto de despropósitos que se han alineado para destrozarle la vida y los nervios. Todo tiene una solución” (Ordóñez y Álvarez-Higuera, 2011, p.16).

A menudo la gente utiliza una serie de calificativos como por ejemplo son niños sin normas; maleducados; que molestan; provocan conflictos; no se enteran cuando se les habla... y en esta línea queremos decir que “los niños con TDAH no son malos estudiantes o tienen mal comportamiento por su voluntad, o como consecuencia de un entorno no proclive al estudio, sino porque tienen un problema neurológico” (Ordóñez y Álvarez-Higuera, 2011, p. 52).

Aunque mucha gente piensa que lo hacen a propósito no es así:

“el niño no es `malo` para `fastidiarle` a usted. Esta idea de niño “fastidión” es, por desgracia, un pensamiento que encuentro en la mente de muchos padres de niños difíciles. Y lo peor que puede hacer un progenitor es tomar esta cuestión como algo personal, ya que cada vez él se dice a sí mismo: <<¿Por qué me hace esto a mí?>> involucra automáticamente sus sentimientos y va por mal camino”. (Castells, 2006, p.19).

“Un niño con TDAH no es culpable de ser impulsivo, de sus distracciones, de su desorden, de..., pero tampoco los padres somos culpables de aquello que desconocíamos y que no estaba en nuestra mano conocer” (Ordóñez y Álvarez-Higuera, 2011, p. 50).

Y como dicen Ordóñez y Álvarez-Higuera (2011, p.91) y de lo cual nosotros también queremos concienciar a los docentes y a las personas que rodean a estos niños es que “la comprensión del problema y asumirlo es indispensable para una evolución correcta. Las situaciones problemáticas se llevan mejor si conoces su causa. Y sí, en efecto: la importancia del cariño. Son necesarias dosis de cariño. Y por supuesto, mucha calma y grandes dosis de paciencia”.

“Nosotros hemos tenido la suerte de hallar un tratamiento adecuado, y nos apena ser conscientes de cuántos padres estarán sufriendo por no saber cómo ayudar a sus hijos, y éstos, a su vez, sufriendo porque ellos mismos no logran comprender sus propios comportamientos, por lo que son a diario condenados” (Ordóñez y Álvarez-Higuera, 2011, p. 71).

Para terminar este punto me gustaría hablar desde mi experiencia personal y sacar esas cosas buenas que podemos encontrar en los TDAH, ya que no solo son cosas negativas, se ilusionan rápido por las cosas, perdonan fácilmente porque se les olvida lo que ha pasado, no son vergonzosos actúan tal y como les sale de dentro, no suelen tener prejuicios, pueden hablar y hacer varias cosas a la vez, son graciosos, nobles, activos, muy sociables ya que por hacer algo, por levantarse, por estar en movimiento siempre están dispuestos a ayudar y sin duda son únicos. Y no olvidar que para que hagan lo que les pedimos “hay que darles órdenes concretas y cortas, repetir las indicaciones, establecer unas rutinas de horarios..., y sobre todo, premiar y reforzar positivamente todo lo que hagan” (Ordóñez y Álvarez-Higuera, 2011, p.67).

4.8 Mitos y realidades

Como en cualquier historia nos encontramos con mitos y realidades, las cuales debemos tener en cuenta a la hora de entender aspectos puntuales del trastorno:

Como bien explica Brown (2006, p.1) “Mito: el TDA es sólo falta de voluntad. Las personas con TDA se centran bien en las cosas que les interesan; podrían concentrarse también en cualquier otra área, si realmente quisieran hacerlo. Realidad: El TDA tiene todo el aspecto de ser un problema de voluntad, pero no lo es. Es esencia, es un problema químico en los sistemas de gestión cerebral”.

“Mito: el TDA es el simple problema de ser hiperactivo o de no escuchar cuando alguien te está hablando. Realidad: el TDA es un trastorno complejo que implica el deterioro de la concentración, la organización, la motivación, la modulación emocional, la memoria y otras funciones del sistema del control cerebral” (Brown, 2006, p.19).

“Mito: el cerebro de las personas con TDA es hiperactivo y necesita un medicamento para calmarlo. Realidad: la hipoactividad de las redes de control cerebral es típica de las personas con TDA. Los medicamentos eficaces aumentan el estado de alerta y mejoran la comunicación en el sistema de control cerebral” (Brown, 2006, p.57).

“Mito: los sujetos que tienen TDA de niños lo superan al llegar a la adolescencia. Realidad: a menudo los deterioros debido a TDA no son muy apreciables hasta la adolescencia, cuando se requiere más autocontrol en el colegio y en otros escenarios.

Además, el TDA puede ser sutil pero más discapacitante durante la adolescencia que en la infancia” (Brown, 2006, p.115).

“Mito: a menos que haya sido diagnosticado de un TDA cuando era pequeño, no lo puede padecer en el edad adulta. Realidad: muchos adultos han luchado a lo largo de sus vidas con un TDA no diagnosticado. No han recibido ayuda porque se suponía que sus dificultades crónicas se debían a problemas de carácter, como pereza o falta de motivación” (Brown, 2006, p.141).

“Mito: todo el mundo tiene síntomas de TDA y cualquiera que tenga una inteligencia adecuada puede superar estas dificultades. Realidad: el TDA afecta a las personas con cualquier nivel de inteligencia y, aunque todos tenemos en ocasiones síntomas de TDA, este diagnóstico solo está justificado en las personas que tiene un deterioro crónico como consecuencia de sus síntomas” (Brown, 2006, p.165).

“Mito: una persona no puede tener un TDA y depresión, ansiedad u otras problemas psiquiátricos. Realidad: una persona con un TDA tiene seis veces más probabilidades de tener otro trastorno psiquiátrico o trastornos de aprendizaje que el resto de personas. El TDA se superpone habitualmente a otros trastornos” (Brown, 2006, p.199).

“Mito: es probable que los medicamentos utilizados en el TDA causen problemas a más largo plazo, como abuso de sustancias adictivas u otro tipo de peligros para la salud, especialmente cuando son utilizados en niños. Realidad: los riesgos de utilizar los medicamentos apropiados para tratar el TDA son mínimos, mientras que los riesgos de no utilizarlos son significativos. Los medicamentos utilizados para tratar el TDA se encuentran entre los mejor investigados para cualquier trastorno” (Brown, 2006, p.245).

“Mito: el TDA realmente no provoca un gran perjuicio en la vida de una persona. Realidad: el síndrome de TDA no tratado o mal tratado provoca un deterioro importante del aprendizaje, la vida familiar, la educación, la vida laboral, las interacciones sociales y la conducción segura. LA mayoría de los sujetos con un TDA que reciben tratamiento adecuado funcionan bastante bien” (Brown, 2006, p.297).

4.9 Diagnóstico

“Diagnosticar el TDAH no es tarea fácil. Un gran número de trastornos de la infancia puede presentar síntomas muy similares” (Aguilar, 2014, p.131). “A grandes rasgos, los problemas que más se tienden a confundir con el TDAH son: medio familiar anómalo, retraso mental moderado, autismo y trastornos generalizados del desarrollo, trastorno de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, depresión, trastorno de adaptación y trastorno negativista o trastorno antisocial” (Aguilar, 2014, p.133)

Debido a que “el TDAH es un tratamiento de origen neurobiológico, muchos de los niños con ese trastorno son tratados con psicofármacos” (Aguilar, 2014, p.145).

“El instrumento más eficaz para evaluar el TDAH es una entrevista intensiva realizada por un profesional que domine las distintas formas en que se presentan el TDAH y cómo se diferencia de otros trastornos que pueden causar problemas similares” (Brown, 2006, p.165).

El problema que había es que muchas personas que eran TDA sin hiperactividad no se les “veía”, ya que “los niños que eran hiperactivos se consideraban candidatos a la evaluación de un TDAH, especialmente si eran conflictivos o resultaban problemáticos a sus profesores. El diagnóstico de TDAH ni siquiera se planteaba en aquellos niños que no era hiperactivos o problemáticos en el colegio” (Brown, 2006, p.168).

“En ocasiones, las personas con un coeficiente intelectual (CI) global alto que padecen un TDAH tiene mayor riesgo de que su deterioro no sea diagnosticado” (Brown, 2006, p.174).

“En la evaluación de los niños, los padres tienen un papel fundamental para aportar la información relevante, pero también es esencial la información que nos da el mismo niño. Como muchas funciones ejecutivas alteradas en el TDAH implican procesos cognitivos que no son apreciados por los demás, es fundamental que entrevistemos al paciente” (Brown, 2006, p.181). Añadido a esto podemos decir que “el diagnóstico es exclusivamente clínico. Existen una serie de cuestionarios para padres y profesores que pueden ayudar al diagnóstico y al seguimiento” (Ordóñez y Álvarez-Higuera, 2011, p.78). Y a esto añadido lo que dice Aguilar (2014, p.132) “para paliar esta dificultad y posibilitar un diagnóstico acertado, se ha de contar con el informe escolar elaborado por el tutor y el psicopedagogo” ya que completa dicha evaluación.

Los profesores “habitualmente describen las respuestas del niño ante diferentes tipos de tareas y pueden comparar su rendimiento con el de muchos otros niños de la misma edad. A menudo, también pueden aportar una información valiosa sobre cómo el niño se comporta con los compañeros de clase y cómo interacciona con los profesores solos y otros adultos del personal de la escuela” (Brown, 2006, p.181).

“Hay muchas razones por las que un niño o un adolescente podría no tener éxito en su educación, su trabajo, sus relaciones sociales o en la vida familiar. El TDAH es una de las posibles razones, pero no la única, motivo por el cual cualquier evaluación de un posible TDAH debería incluir el descarte de los problemas del entorno y de otros trastornos del aprendizaje o problemas psiquiátricos que pudieran provocar o complicar los síntomas que se presentan como posible TDAH” (Brown, 2006, p.186).

“Para hacer el diagnóstico de TDAH se tiene que cumplir 5 criterios diagnósticos:

- Presencia de 6 síntomas de inatención o 6 síntomas de hiperactividad/impulsividad.
- Presencia de algunos síntomas antes de los 7 años.
- Presencia de deterioro funcional en al menos dos ambientes.
- Evidencia de deterioro social, académico u ocupacional.
- Diagnóstico diferencial con otros problemas médicos y psiquiátricos” (Ordóñez y Álvarez-Higuera, 2011, p.78).

4.10 Medicación

En este ámbito nos encontramos “por un lado aquellos que creen que la medicación es la solución más efectiva y por otro quienes pensamos que no es una solución, sino tan solo encubrir lo que en realidad seguirá estando ahí” (Guinot, 2013, p.87). Y en relación a esto, según Brown (2006, p. 247) “muchos sujetos creen que el medicamento es su último recurso para tratar los deterioros de su síndrome de TDA y argumentan que prefieren los tratamientos psicosociales y conductuales al tratamiento médico y que siempre deberían intentarse en primer lugar”. Pero como dicen De La Gándara et al., (2006, p.115) para muchos padres “es una verdadera sorpresa que alguien les diga que lo que le ocurre a su hijo es una enfermedad con nombre y apellidos, con tratamiento y solución, que no es cosa ni de mala educación ni de desatención escolar ni el resultado de los caprichos de un niño consentido”.

También queremos anotar aquí lo dicho por el autor Brown (2006, p.245) “el aspecto más importante del tratamiento es la educación del paciente y la familia sobre la naturaleza del trastorno y de su posible tratamiento. Si el paciente y su familia no entienden correctamente los usos y las limitaciones de los medicamentos y del resto de opciones del tratamiento pueden caer en intervenciones que no son seguras ni útiles y desarrollar expectativas irreales en relación con los beneficios que se obtiene de los medicamentos”. Por lo tanto “la educación es esencial para ayudar a cada paciente y su familia a reconocer los sentimientos encontrados y las ideas erróneas que han desarrollado sobre el síndrome TDA y sobre ellos mismos” (Brown, 2006, p.245).

Actualmente, “no existe un tratamiento curativo del síndrome de TDA, pero hay tratamientos farmacológicos que se han demostrado seguros y eficaces en el alivio de los síntomas de este síndrome entre el 80 y el 90% de los niños, adolescentes y adultos que tiene el trastorno” (Brown, 2006, p.246). Un muy buen ejemplo para entenderlo es el que nos explica Brown (2006, p. 246) “al igual que unas gafas no reparan los ojos del paciente ni curan el deterioro de la visión, los medicamentos que mejoran el síndrome de TDA no curan los problemas que la química cerebral que provocan estos deterioros”.

“Hay varios tipos de medicación que pueden ser útiles en el tratamiento, como son los estimulantes (metilfenidato), y medicamentos no estimulantes (atomoxetina, antidepresivos tricíclicos)” (Ordóñez y Álvarez-Higuera, 2011, p. 93). Los fármacos estimulantes no “se trata de una medicación peligrosa, que no se pueden dar a los niños, que producen adicción, que detienen el crecimiento. Diversos estudios han ido demostrando que esas ideas no son correctas” (De la Gándara et al., 2006, p.119). “Su aplicación permite que mejore la conducta, el trabajo escolar y la adaptación social del 70-90 por ciento de los niños” (De la Gándara et al., 2006, p.119). Apoyando esta última explicación quiero citar a Brown (2006, p.250-252). quien también dice que “los medicamentos estimulantes mejoran varias funciones que están alteradas en el síndrome TDA, como son el mantenimiento del estado de alerta, la concentración, la motivación y el esfuerzo para tareas que no son intrínsecamente interesantes. En otras palabras, el aumento de dopamina en las sinapsis facilita la respuesta cerebral ante la tarea”.

Los diferentes medicamentos, se ajustan a las necesidades de cada uno de esas personas que presentan dicho trastorno. Unos son de acción inmediata, lo cual el efecto dura “de tres a cuatro horas. Necesidad de repartir la dosis en dos o tres tomas” (De la Gándara et al., 2006, p.127) y otros de acción sostenida “los cuales lideran metilfenidato en dos o tres dosis dentro de una sola cápsula” (Brown, 2006, p.257). Por lo que el efecto dura “de diez a doce horas, dosis única” (De la Gándara et al., 2006, p.127).

Estos “facilitan una mejoría sustancial del funcionamiento cotidiano de la mayoría de las personas que sufren los deterioros de un síndrome de TDA, aunque no en todos los casos con igual eficacia” (Brown, 2006, p.246). “Según estudios, el tratamiento médico en el TDAH es más eficaz que cualquier intervención no farmacológica de forma aislada, admitiéndose como fundamental el tratamiento farmacológico en el manejo inicial de la mayor parte de estos niños, como una buena respuesta en el 75-80% de los casos” (Ordóñez y Álvarez-Higuera, 2011, p. 93).

Las pastillas no son “mágicas” por lo tanto “no basta para alcanzar las habilidades que algunas personas que tienen el síndrome de TDA necesitan y no han adquirido. Pero uno de los efectos más importantes del medicamento es que los preparan para aprender. Con la ayuda de un tratamiento médico adecuado que mejore sus síntomas, estos sujetos pueden ser mucho más capaces de recordar y utilizar su aprendizaje de una forma que nunca habría sido posible para ellos cuando sus síntomas no reciben tratamiento” (Brown, 2006, p.247).

“Algunos medicamentos se prescriben según la edad, el peso o la intensidad de los síntomas del paciente” (Brown, 2006, p. 253). En cualquier caso “la medicación debe ser recetada por el psiquiatra como normal general, puesto que será él quien podrá hacer el mejor diagnóstico y seguimiento” (Guinot, 2013, p. 91). Y como cualquier medicamento

tiene sus efectos secundarios “incluyen algunas respuestas habituales y transitorias o fácilmente ajustables como, por ejemplo, dolor de estómago leve, cefalea y, especialmente durante los primeros días de los de tratamiento con fármacos de acción prolongada, retraso en la hora de quedarse dormido. Muchos pacientes con estimulantes también describen una disminución del apetito mientras que el medicamento es más activo, y pueden no tener hambre hasta que su efecto haya desaparecido, lo cual, en ocasiones, no sucede hasta la hora de acostarse”. (Brown, 2006, p.260).

Pero lo que nos gustaría destacar es que las personas que tienen este trastorno “saben muy bien qué tiene que hacer en la mayoría de las situaciones, su único problema es que no pueden hacerlo de una forma sistemática a menos que reciban el tratamiento adecuado. En ese caso, son incapaces con demasiada frecuencia de activarse a sí mismo en los momentos apropiados, de mantener la concentración y el esfuerzo necesarios o de hacer que su memoria de trabajo participe y controle sus acciones el tiempo suficiente como para hacer aquello que saben que necesitan hacer” (Brown, 2006, p.246).

Tener en cuenta que “si los síntomas no son muy relevantes y los problemas no son graves, se puede comenzar con otros procedimientos. Pero si la conducta de niño es anómala y muy alterada, la medicación puede ser la forma más rápida y eficaz de controlarla hasta que se pueda comenzar con otras formas de tratamiento” (De la Gándara et al., 2006, p.120).

El tiempo de duración del tratamiento no está estipulado, como ya hemos dicho cada persona es un mundo, “se sabe que se trata de un problema crónico, y que cada paciente tendrá una evolución diferente a lo largo de su vida, con lo cual, será el médico especialista el que decidirá la pauta de tratamiento y duración” (Ordóñez y Álvarez-Higuera, 2011, p. 94).

Importante destacar que “el tratamiento del TDAH ha de ser multidisciplinar: uso de medicación y apoyo psicosocial (en el colegio y con la familia)” (Ordóñez y Álvarez-Higuera, 2011, p. 93). Apoyando esta misma línea, decir que como ya hemos dicho no solo existe el tratamiento farmacológico, sino también debemos tener presente el tratamiento psicopedagógico “en las áreas escolares. El encargado de intervenir en estas áreas suele ser el psicopedagogo del colegio o el profesor de pedagogía terapéutica (PT) y su objetivo es centrarse en mejorar las habilidades académicas del niño” (Aguilar, 2014, p.146). Y además de estas dos existe un tercero, el tratamiento psicológico, el cual “se centra en los aspectos conductuales, sociales y emocionales. El psicólogo, junto con el centro educativo, es el encargado de abordar el entrenamiento familiar para intervenir el trastorno. Es el que interviene sobre las estrategias cognitivas para mejorar la integración social” (Aguilar, 2014, p.147).

4.10.1 Intervenciones no farmacológicas fundamentales

En apoyo a la medicación existen unas intervenciones no farmacológicas las cuales ayudan a obtener unos mejores resultados en el tratamiento, estas son: “intervenciones psicológicas, familiares, educativas y sociales” (De la Gándara et al., 2006, p.135).

Estas intervenciones tienen como objetivos:

- “Mejorar el conocimiento del trastorno.
- Informar, entrenar y participar estrategias de manejo, control y resolución de problemas.
- Facilitar la comunicación con el niño con TDAH.
- Evitar los trastornos asociados al TDAH, como negativismo desafiante, problemas emocionales y de aprendizaje.
- Tratamiento y reeducación de los problemas ya presentes.
- Mejorar las condiciones de vida del niño con TDAH y su familia, así como el pronóstico mediante una buena adaptación personal, social, académica y laboral” (De la Gándara, 2006, p.135).

4.11 Competencias de la carrera

Durante estos cuatro años he ido cursando asignaturas con las cuales he ido aprendiendo diferentes aspectos como por ejemplo, en que consiste dicho trastorno, métodos, técnicas, intervenciones, las cuales debo tener en cuenta a la hora de ponerlo en práctica con un niño en el aula.

He seleccionado las asignaturas que me han aportado aprendizajes significativos respecto al TDAH, tema tratado en este presente trabajo, y lo cual no debo olvidar a la hora de encontrarme en un aula con dicho caso:

- “*Psicología del desarrollo y Psicología del aprendizaje en contextos educativos*” en estas dos asignaturas tratamos diversos temas como son el cómo cambian las personas y por qué, las diferentes teorías de como aprenden los niños de las personas que les rodean ya sean por imitación o por modelado, desde el punto de vista de diferentes tutores. Tipos de castigos, tipos de motivación, importante a la hora de tratar con niños con dicho trastorno.
- “*Estructura familiar y estilos de vida*” aprendí lo importante que es la familia, el apoyarse unos a unos en el camino que han decidido caminar juntos. Respecto al tema tratado en el presente documento lo que estos niños necesitan de sus familias es el apoyo incondicional, paciencia pero sobre todo el cariño y la comprensión. Necesitan como hemos aprendido que los padres sean altamente comunicativos, y utilicen

razonamientos para obtener la conformidad del niño y sobre todo que sean quienes refuercen el comportamiento del niño evitando del castigo. Y no debemos olvidar que la familia es quien actúa de modelo para los hijos, quienes van incorporando a su personalidad aquellas pautas y conductas que perciben en los demás, sobre todo en los más cercanos. Y como último apunte y no menos importante, es la relación y colaboración familia-escuela, fruto de esta relación pueden obtenerse resultados muy positivos, además de garantizar la estabilidad y el equilibrio de una formación adecuada de niños y adolescentes. Y este último aspecto está relacionado con lo estudiado en la asignatura de “*Orientación y tutoría con el alumnado y familias*” en la cual aprendimos que el tutor es el eje de articulación entre las relaciones e interacciones educativas y de formación en su grupo – clase. Tanto la tutoría como la orientación por parte del tutor hacia sus alumnos y respectivas familias, son dos elementos educativos inherentes a la función de todo docente. Y son quienes ayudan y acompañan al alumno en su desarrollo psicoeducativo y aprendizaje académico y social.

- “*Infancia y hábitos de vida saludables*” en estas asignatura aprendimos entre otras muchos aspectos, características importantes sobre el trastorno del TDAH, como puede ser: patrón persistente de desatención y/o hiperactividad impulsividad (característica esencial); interrumpen frecuentemente las tareas que están realizando para atender a ruidos o hechos triviales que son normalmente ignorados por los demás; inquietud por lo que no logran permanecer sentados en su asiento; olvidadizos; trabajo realizado sucio y descuidado y realizado sin reflexión.
- “*Intervención educativa en dificultades de aprendizaje y trastornos del desarrollo*” con ella aprendimos lo que significa la atención a la diversidad, cuyo objetivo es gracias a un trabajo en equipo dar a todos los alumnos las mismas oportunidades. Además de las diferentes dificultades en el aprendizaje que pueden darse en dicho trastorno del TDAH, entre otros trastornos, como pueden ser dificultades en el lenguaje oral y escrito, en matemáticas,... etc. Profundizamos en características concretas que presenta la dificultad, que pasos a seguir a la hora de observar y evaluar y más adelante como poder intervenir para paliar y superar esos pequeños problemas que les dificultan el proceso de aprendizaje.
- “*Fundamentos y estrategias en el aprendizaje de la matemática*” de todo lo que he estudiado en esta asignatura me quedo con los talleres y actividades manipulativas, que ayuda a los niños a aprender conceptos matemáticos de una manera más dinámica, atractiva y divertida, como pueden ser actividades utilizando su propio cuerpo, sensoriales...

etc. Una manera de trabajar que debería aplicarse siempre con los niños con TDAH para hacerles más fácil su proceso de aprendizaje.

- “*Observación sistemática y análisis de contextos educativos*” en esta asignatura aprendí métodos, modelos, técnicas, instrumentos de observación, además de maneras de observar y analizar conductas o comportamientos en una situación determinada. Observar equivale a conocer, obteniendo con ello información objetiva para después tratarla, pero debemos tener en cuenta que debemos observar sin perdernos de vista a nosotros mismos. Por ello me parece una asignatura base, en cuanto al tema tratado en este trabajo, ya que la observación es la base de cualquier diagnóstico. Aprendimos qué observar y cómo hacerlo y con ello diferentes registros para ir anotando lo observado. La conclusión que interiorice con esta asignatura es que tenemos que ver más allá de lo que nuestros ojos pueden observar y debemos observar sin discriminar ya que observando los defectos encontramos las virtudes. También aprendimos y practicamos métodos de relajación como por ejemplo MINDFULNESS.
- “*Fundamentos y didáctica de la Educación Corporal Infantil*” aquí hemos tratado todo lo relacionado con el cuerpo y el movimiento. La importancia de aprender conceptos utilizando el propio cuerpo del niño. De las diferentes experiencias motrices enriquecedoras estudiado a lo largo de la asignatura, quiero destacar las cuñas motrices, mini actividad que sirve de mucha utilidad para niños con TDAH, ya que son actividades motrices de corta duración, por lo que se usan como corte publicitario después de una densa actividad intelectual, justo lo que necesitan para descargar energía y poder volver a centrar al máximo su atención.

5. METODOLOGÍA LLEVADA A CABO

El trabajo de investigación, lo hemos llevado a cabo a través de una metodología incidental, ya que hemos dado libertad para que colaboraran todos aquellos docentes que estuvieran interesados en colaborar. Los pasos que hemos dado son los siguientes:

Primero estratificamos la ciudad, para ello buscamos un mapa de los colegios de Valladolid, elegimos los colegios públicos y concertados de la capital de dicha ciudad, los cuales tengan Educación Infantil (3, 4 y 5 años) y Educación Primaria (de primero a sexto de primaria), en total 72 colegios. Seguido de esto, hacemos una lista con los colegios que se encuentran al norte (La Victoria y Rondilla), sur (Zona sur y Pinar de Antequera), este (Pilarica, Pajarillos y Delicias) y oeste (Parquesol y Huerta del Rey) sin olvidarnos de los colegios situados en el centro de Valladolid, tanto los situados al norte, como los situados al sur.

Ordenados, según la zona, los centros escolares que nos van a ayudar en nuestra investigación, buscamos en la página del directorio de centros de Castilla y León su dirección de correo electrónico y teléfono, para ponernos en contacto con ellos y poderles hacer llegar nuestra carta de presentación y más adelante el documento del cuestionario o la página web para hacer el cuestionario vía online. En el caso que el centro no quisiera hacerlo vía online, concretaríamos un día para aproximarnos al centro y realizarlo personalmente.

Finalizado el plazo de recogida de información, mandamos una nota de agradecimiento a cada uno de los centros, agradeciendo el interés mostrado y avisándoles que les llamaremos para resolver posibles dudas o aclaraciones.

De todos aquellos centros que no hemos obtenido respuesta les llamamos uno por uno, para ver si habían recibido el correo correctamente, en caso de haber recibido correo pero no han colaborado, insistirles en que sería de gran ayuda un poco de colaboración, y si no quieren colaborar preguntar los motivos por el cual han tomado dicha decisión.

Una vez que hemos terminado de llamar a los centros, con ayuda del programa Excel, sacamos los resultados. Cada pregunta tiene su gráfico con el tanto por ciento de personas que han respondido sí, a veces o no, y en algunas el tanto por ciento de personas que no han elegido ninguna de las opciones dadas.

En la carta de presentación enviada al centro como primer contacto con ellos, explicamos cual es el fin de nuestra investigación, desde que departamento lo estábamos llevando a cabo además de otra serie de datos importantes como a quién va dirigida la encuesta, que se iba a realizar respetando el anonimato, y que una vez que hubiéramos obtenido los resultados se los haríamos llegar a cada uno de los centros que han colaborado.

La encuesta sobre el TDAH consta de 19 preguntas la mayoría con respuesta sí y no y el resto con respuesta de sí, a veces, no. Ésta va dirigida a los tutores de tercero de Infantil, primero y segundo de Primaria.

6. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN REAL Y RESULTADOS

Valorando el tanto por ciento de respuestas, podemos concluir a priori que el profesorado si ha recibido información sobre cómo actuar en el aula con niños con TDAH, sin embargo consideran que no tiene los conocimientos ni materiales suficientes para abordar a este tipo de niños.

En tanto en cuanto hemos podido sacar las medidas de respuesta (ver tabla 1 y 2):

PREGUNTA	SI	NO	NO CONTESTAN
1. ¿Tiene niños con TDAH en clase?	39%	61%	–
2. ¿Ha recibido información sobre la medicación para niños con TDAH?	56%	44%	–
3. ¿Tiene conocimiento sobre técnicas de autocontrol y relajación?	39%	61%	–
4. ¿Existe en el centro algún protocolo de actuación?	50%	47%	3%
5. ¿Se pone en marcha el protocolo?	50%	28%	22%
6. ¿Ha recibido información sobre cómo actuar en el aula con niños con TDAH?	67%	22%	11%
7. ¿En clase existen gráficos visibles de las normas de comportamiento dentro del aula?	45%	44%	11%
8. ¿Todos los niños, sin excepción, son protagonistas de alguna tarea del aula o a lo largo del curso?	70%	19%	11%
9. ¿Considera que tiene material suficiente para abordar a los niños con TDAH?	33%	53%	14%
10. ¿Considera que tiene conocimientos suficientes para abordar a los niños con TDAH?	17%	69%	14%
11. ¿Son más frecuentes las reuniones con las familias de estos niños que con las del resto de niños de la clase?	72%	11%	17%
12. ¿Tiene que revisar más las tareas de los niños con TDAH que las del resto de niños de la clase?	78%	5%	17%

PREGUNTA	SI	A VECES	NO
13. ¿Se siente apoyado/a por el equipo de orientación?	50%	36%	14%
14. ¿Cree que los niños que tienen TDAH plantean problemas en clase?	33%	56%	11%
15. ¿Existe un equipo de apoyo para los niños con TDAH en su centro?	34%	8%	58%
16. ¿Considera que los niños con TDAH deberían ir a un colegio específico?	6%	25%	69%

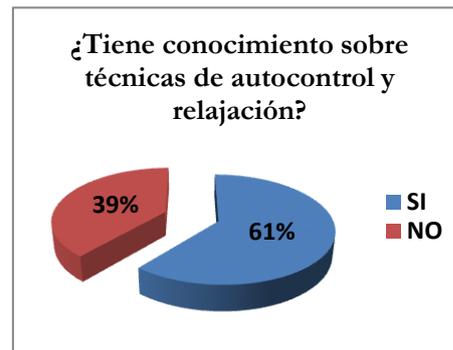
Como ya hemos dicho anteriormente a priori podemos constatar que las respuestas en porcentajes dicen lo siguiente respecto a los diferentes centros:



Ante la **pregunta 1**, podemos observar que un 61% de los encuestados tiene algún niño en clase que presenta el trastorno de TDAH, sin embargo un 31% no tiene ningún niño diagnosticado.



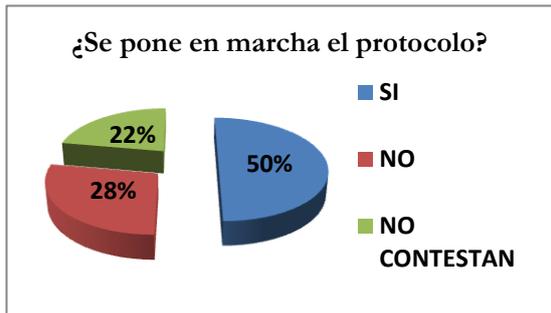
Ante la **pregunta 2**, comprobamos que un 56% de los participantes si han recibido información sobre la medicación, pero un 44% no ha recibido ningún tipo de información respecto a este tema.



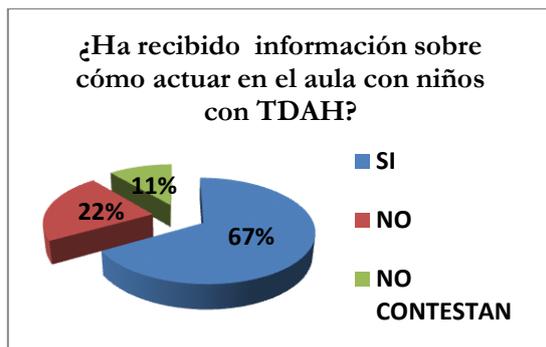
Ante la **pregunta 3**, vemos como un 61% de los colaboradores si tiene conocimiento sobre técnicas de autocontrol y relajación, sin embargo un 39% no tiene conocimiento sobre ello.



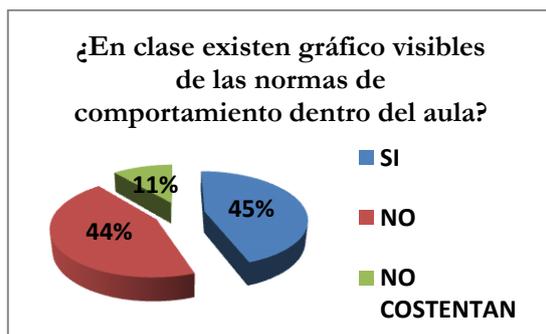
Ante la **pregunta 4**, percibimos cómo la mitad de los docentes dicen que si existe un protocolo de actuación en el centro; un 47% apunta que no hay; y un 3% no ha contestan a esta pregunta.



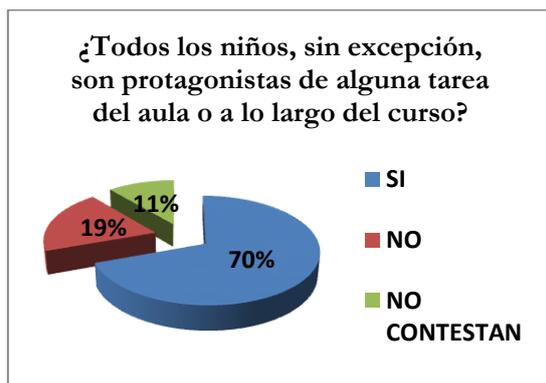
Ante la **pregunta 5**, observamos que un 50% de los encuestados indican que se pone en marcha el protocolo; un 28% dice que no se pone en marcha; y un 22% no han contestan a esta pregunta



Ante la **pregunta 6**, comprobamos que un 67% de los participantes si han recibido información sobre cómo actuar en el aula con niños con TDAH; un 22% dice que no ha recibido información de este tipo; y un 11% no ha contestado a esta pregunta.



Ante la **pregunta 7**, vemos que un 45% de los colaboradores apuntan que si existen gráficos visibles de las normas de comportamiento en el aula; un 44% dicen que no existen esos gráficos visibles en el aula; y un 11% no ha contestado a esta pregunta.



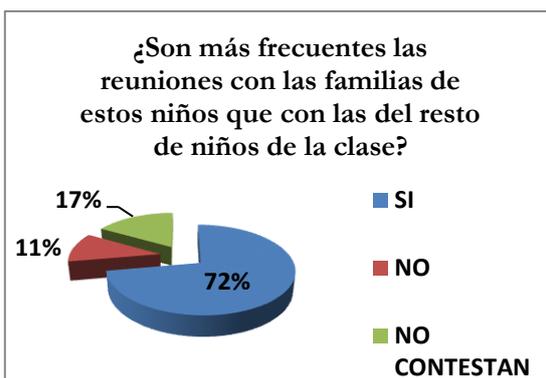
Ante la **pregunta 8**, percibimos que un 70% de los docentes a lo largo del curso todos los niños son protagonistas de alguna tarea del aula; un 19% dicen que no; y un 11% no ha contestado a esta pregunta.



Ante la **pregunta 9**, observamos que un 33% de los encuestados consideran que sí que tienen el material suficiente para abordar a estos niños; un 53% apunta que no dispone del material suficiente; y un 14% no ha contestado a esta pregunta.



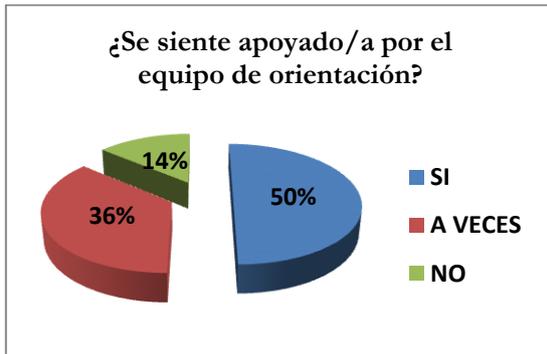
Ante la **pregunta 10**, comprobamos un 17% de los participantes consideran que sí que tienen los conocimientos suficientes para abordar a estos niños; un 69% dice que no dispone de los conocimientos suficientes; y un 14% no ha respondido a esta pregunta.



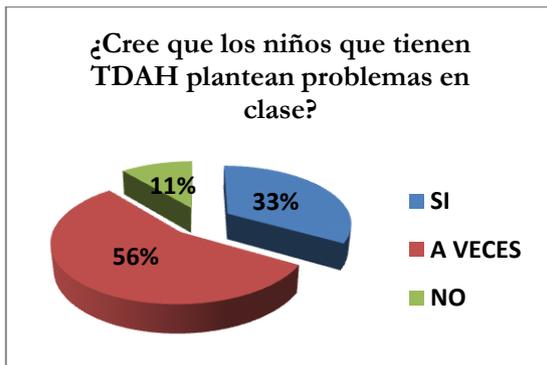
Ante la **pregunta 11**, vemos como un 72% de los colaboradores señala que sí son más frecuentes las reuniones con las familias de estos niños; un 11% dice que no; y un 17% no ha contestado a esta pregunta.



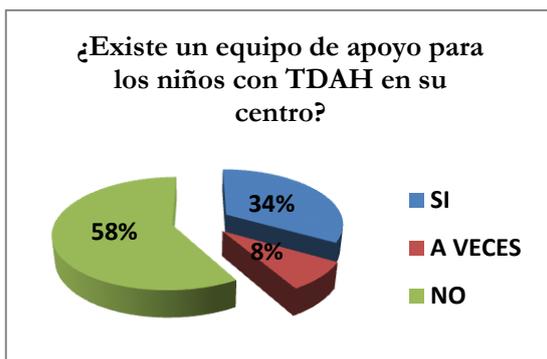
Ante la **pregunta 12**, percibimos que un 78% de los docentes apuntan que sí que tienen que revisar más las tareas de estos niños; un 5% dice que no; y un 17% no ha respondido a esta pregunta.



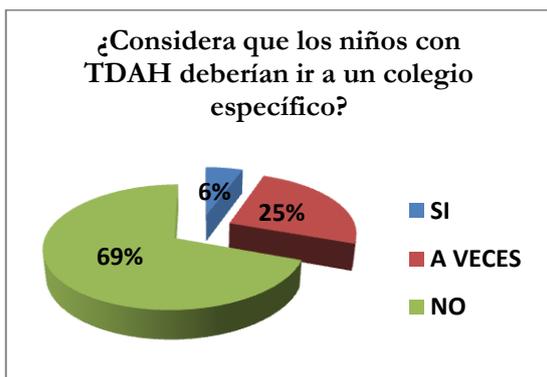
Ante la **pregunta 13**, observamos que un 50% de los encuestados si se sienten apoyados por el equipo de orientación; un 36% apunta que no se sienten apoyados; y un 14% no ha contestado a esta pregunta.



Ante la **pregunta 14**, comprobamos que un 33% de los participantes creen que los niños con TDAH si plantean problemas en clase; un 56% dice que a veces; y un 11% dicen que no.



Ante la **pregunta 15**, vemos que un 34% de los colaboradores señalan que si existe un equipo de apoyo para estos niños en su centro; un 58% dice que a veces; y un 8% dicen que no.



Ante la **pregunta 16**, percibimos que un 6% de los docentes considera que los niños con TDAH si deberían ir a un colegio específico; un 25% señala que a veces; un 69% dicen que no.

7. CONCLUSIONES

Las conclusiones que hemos sacado a partir de los resultados obtenidos en este trabajo de investigación que hemos llevado a cabo con el fin de estudiar cual es la realidad de la práctica diaria en los centros escolares, ha sido principalmente y como ya hemos comentado en el punto anterior que más de la mitad de los docentes apuntan que sí han recibido información sobre cómo actuar en el aula con niños con TDAH, pero que no disponen de los suficientes conocimientos ni materiales para abordar a estos niños. Sin embargo más de la mitad de los participantes si han recibido información sobre la medicación que pueden tomar estos niños.

Según los datos obtenidos la mayoría del docente consideran que las reuniones con las familias de estos niños son más frecuentes que con el resto de familias, ya que la relación familia-escuela en este caso es muy importante, a la vez que es importante la implicación tanto por parte del maestro como por parte de la familia para obtener unos buenos resultado en el proceso de enseñanza-aprendizaje del alumno. Y la mayoría de ellos señalan que tiene que revisar más las tareas de los niños con TDAH que las del resto de niños de la clase, ya que estos niños necesitan que alguien esté pendiente de ellos, recordándoles de manera constante que tareas, pasos o normas deben cumplir en las diferentes situaciones a lo largo de la mañana.

En relación a la normas, es muy importante que estos niños tengan a la vista los gráficos de las normas de comportamiento que se les pide, para que siempre lo tengan presente y evitar así que se les olvide.

Otra conclusión que hemos podido percibir de estas respuestas, es que saben más o se han interesado más por el tema aquellos maestros que tienen un niño TDAH en clase. En esta misma línea comprobamos que aquellos profesores del mismo centro que no tienen niños en clase con dicho trastorno, no saben la existencia de un protocolo, de un equipo de apoyo para estos niños o de si se pone en marcha en caso de que se diagnostique un niño con este trastorno.

Nos ha sorprendido que más de la mitad de profesores hacen participes a todos los niños, sin ninguna excepción, para que sean protagonistas de alguna tarea a lo largo del curso, ya que estos niños que al parecer no escuchan, no cumplen las normas, y se muestran mal educado o desobedientes, suelen estar castigados más a menudo y estas tareas interesantes para ellos no pueden realizarlas por no haber obedecido las indicaciones de su profesor.

Nos ha llamado la atención ese 6% de docentes que consideran que un niño con TDAH sí que debería ir a un colegio específico, ya un niño con este trastorno perfectamente puede desenvolverse en un aula ordinaria, simplemente en algunas situaciones del día necesita más atención que el resto. Y siguiendo esto, aunque un 36% piensan que sí y un 56% piensan que a veces un niño con TDAH plantea problemas, queremos señalar que cualquier niño en algún momento de su proceso de enseñanza-aprendizaje puede plantearnos problemas en el aula, los cuales debemos tener encuesta y

adaptar todo aquello que sea necesario para poder darles a todos el mismo número de oportunidades.

Para finalizar este punto, voy hacer una conclusión desde mi punto de vista, como persona y alumna con TDAH. Este proyecto me ha servido para darme cuenta de la concienciación que hay sobre este tema, ya que la mayoría de los profesores son conscientes de que este trastorno existe, pero en realidad lo que se necesita es motivar a esos maestros para que profundicen más en los conceptos, técnicas,...etc. Tampoco saben la variedad de materiales y técnicas que existen para ayudar a estos niños, las cuales podrían incorporar en su metodología diaria, facilitando así el aprendizaje de todos. Creo que deberíamos fomentar esa implicación por parte de los docentes para que busquen herramientas y cursos que les permitan interactuar con alumnos, como yo, sin ningún tipo de deficiencia respecto al resto del alumnado.

Me ha resultado un trabajo interesante y enriquecedor en todos los sentidos, ya que he podido observar de cerca cual es la realidad en la que vivimos hoy en día, la cual me gustaría que cambiara en un futuro no muy lejano. Me he sentido muy identificada en los libros que he leído para elaborar la fundamentación teórica. Por lo tanto después de este pequeño proyecto, la nostalgia de esos recuerdos que han vuelto a mi cabeza de mi experiencia escolar tanto buenos como no tan buenos, y esa experiencia personal en todos los ámbitos no solo en el de la educación, afirmo que me gustaría seguir adelante con el tema y buscar nuevos caminos y ayudar a profesores que un día como hoy pueden encontrarse agobiados por no tener conocimientos suficientes del tema y no saber muy bien como poder llegar a controlar la situación. Y acompañar a estos pequeños y a la vez grandes luchadores en esta experiencia única y conmovedora.

8. LIMITACIONES Y LINEAS FUTURAS

En el presente trabajo podemos constatar que hemos contado con una serie de **limitaciones** a la hora de llevarlo a cabo. Al disponer de poco tiempo para la evaluación, además de las limitaciones que hemos tenido en cuestión temporal, nos hemos visto forzados hacer un análisis descriptivo de la muestra y de los resultados.

Las limitaciones que nos hemos encontrado han sido:

- Como ya hemos dicho una de ellas ha sido la escasez de tiempo, lo que no nos ha permitido poder realizar relaciones entre centros.
- La falta de colaboración por parte de los docentes, pero no creemos que haya sido por nuestra distribución e insistencia. Pero a pesar de ello, hemos conseguido que 16 colegios colaboraran, obtenido así una muestra de 36 encuestas.

Y a pesar de que nos parece un tema vigente e importante dentro del aula, por los resultados podemos inferir que quizás esta falta de colaboración haya sido por falta de materiales, conocimientos, formación,...etc.

Respecto a las **líneas futuras**, sin olvidar que nos parece un tema muy importante a día de hoy, el cual está presente en muchas de las aulas, nos gustaría proponer algunas propuestas de mejora, con el fin de conseguir una buena formación, como son:

- En un futuro sería importante realizar estudios que muestren las diferencias entre centros, profesores, alumnos y entre docentes hombres y docentes mujeres.
- Otras propuesta de mejora con la que creemos que se obtendrían resultado favorables en el proceso de enseñanza-aprendizaje, es realizar las intervenciones de los profesores terapeutas dentro del aula con todos los niños, evitando sacar a ese niño del aula, ya que de esta manera todos se benefician y evitamos las etiquetas.
- Y como propuesta final, propondría más cursos de formación sobre en qué consiste el trastorno, de intervención para aprender a cómo actuar con estos niños dentro del aula, charlas impartidas por personas afectadas con dicho trastorno en las que cuenten su experiencia personal y proponga propuestas de mejora que ellos consideren que podrían ayudar a mejorar.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fundaicyl, ayuda a la infancia.* (2006). Recuperado de: <http://www.fundaicyl.org/>
- De la Gándara, J., García, X.R. & Pozo, J.V. (2006). *Despistado acelerado e inquieto ¿Es hiperactivo?*. Barcelona: Planeta Prácticos.
- Castells, P. (2006). *Nunca quieto, siempre distraído ¿Tendrá TDAH? (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad)*. Madrid: Espasa Calpe, S.A.
- Casajús, A.M. (2009). *Didáctica escolar para alumnos con TDAH (trastorno de déficit de atención con hiperactividad)*. Barcelona: Horsori Editorial, S.L.
- Brown, T.E. (2006). *Trastorno por Déficit de Atención. Una mente desenfocada en niños y adultos*. Barcelona: MASSON, S.A.
- Guinot, J. (2013). *Mitos y realidades sobre el TDAH. Hiperactividad y déficit de atención*. Tarragona: Publicaciones Altaria, S.L.
- Ordóñez, M.J. & Álvarez-Higuera, R. (2011). *No estáis solos. Un testimonio esperanzador sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Barcelona: Scyla Editores, S.A.
- Aguilar, C. (2014). *TDAH y dificultades del aprendizaje. Guía para padres y educadoras*. Valencia: EDITILDE, S.L.
- Orjales, I. (2002). *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE, S. L.
- Junta de Castilla y León, Consejería de Educación. (2015). *Directorio de Centros de Castilla y León*. Recuperado de: <http://directorio.educa.jcyl.es/es/mapa>
- Shire Pharmaceuticals Ibérica S.L. (2015). *Tdahytu*. Recuperado de: <http://www.tdahytu.es/>
- AGEAC, Asociación Geofilosófica de Estudios Antropológicos y Culturales (2016). *Albert Einstein*. Recuperado de: <http://ageac.org/mensajes-para-la-reflexion/albert-einstein/>
- Frases educativas (2016). *Frases educativas de George Evans*. Recuperado de: <https://fraseseducativas.wordpress.com/2016/05/18/frase-educativa-de-george-evans/>

10. ANEXOS

10.1 Carta de presentación



Universidad de Valladolid

Nerea Rogado Merino

Estudiante del Grado en Educación Infantil

Facultad de Educación y Trabajo Social

Universidad de Valladolid

Curso 2015- 2016

Estimado director/a:

Mi nombre es Nerea Rogado Merino, soy una estudiante de último curso del Grado en Educación Infantil en la Universidad de Valladolid. Con motivo del Trabajo del Fin de Grado estoy realizando una investigación, sobre el abordaje del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), en los centros escolares de Valladolid. Ahora mismo estoy ocupando estos próximos 10 días para recopilar la información de todos los centros de Valladolid y agradecería que tuvieran unos minutos para responder a unas breves preguntas. Dicha encuesta está destinada a los tutores de Educación Infantil y 1º y 2 de Educación Primaria.

Me gustaría saber si prefieren responder al cuestionario vía online, en cuyo caso enviaría el mismo para que lo completen y lo puedan reenviar a la dirección que les indique, o si prefieren que una tarde me aproxime al centro y completarlo personalmente.

Una vez obtenidos los resultados de esta investigación nos acercaremos al centro para explicar los resultados de la misma.

Esta investigación me la está supervisando la Doctora María Jesús Irurtia Muñiz, Profesora Titular del Departamento de Psicología de la Universidad de Valladolid.

A la espera de su respuesta y agradeciendo de antemano su colaboración reciban un afectuoso saludo,

Fdo.: Nerea Rogado

10.2 Cuestionario sobre el TDAH



Universidad de Valladolid

ENCUESTA SOBRE TDAH

- Por favor, lea cada enunciado y valore cada ítem señalando con una **X** la respuesta que mejor se ajuste a su criterio. No existen respuestas correctas o incorrectas. Esta es una encuesta anónima, conteste tan sinceramente como pueda.

ÍTEMS	VALORACIÓN		
	SI	NO	
¿Tiene algún niño en clase con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)?			
En caso afirmativo:			
¿Cuántos?			
¿Cuántos están diagnosticados?			
¿Conoce si tienen medicación?			
¿Ha recibido información sobre la medicación para los niños con TDAH?			
¿Tiene conocimiento sobre técnicas de autocontrol y relajación?			
¿Existe en el centro algún protocolo de actuación?			
En caso afirmativo:			
¿Se pone en marcha el protocolo?			
¿Ha recibido información sobre cómo actuar en el aula con niños con TDAH?			
¿En clase existen gráficos visibles de las normas de comportamiento dentro del aula?			
¿Todos los niños, sin excepción, son protagonistas de alguna tarea del aula o a lo largo del curso?			
¿Considera que tiene material suficiente para abordar a los niños con TDAH?			
¿Considera que tiene conocimientos suficientes para abordar a los niños con TDAH?			
En el caso de que tenga niños en clase con TDAH:			
¿Son más frecuentes las reuniones con las familias de estos niños que con las del resto de niños de la clase?			
¿Tiene que revisar más las tareas de los niños con TDAH que las del resto de niños de la clase?			
¿Se siente apoyado/a por el equipo de orientación?	SI	A VECES	NO
¿Cree que los niños que tienen TDAH plantean problemas en clase?			
¿Existe un equipo de apoyo para los niños con TDAH en su centro?			
¿Considera que los niños con TDAH deberían ir a un colegio específico?			
Muchas Gracias por su colaboración			

10.3 Nota de agradecimiento

Buenas, de parte de Nerea Rogado Merino y de la investigación que estamos llevando a cabo dentro del departamento de psicología de la Universidad de Valladolid, agradecemos el interés mostrado y les recordamos que el miércoles acaba el plazo de recogida de información, a partir del cual nos pondremos en contacto con ustedes para resolver cualquier duda o aclaración.

Nuevamente muchas gracias.

Atentamente, Nerea Rogado Merino.