



Universidad de Valladolid

CAMPUS DE SORIA

FACULTAD DE EDUCACIÓN

TRABAJO FINAL DE GRADO:

Efecto del TDAH en el ámbito académico y las relaciones sociales. Estudio de caso.

Presentado por Cristina Postigo Sanz para optar al Grado de Educación Infantil por la Universidad de Valladolid

Dirigida por Sonia Ortega

RESUMEN

El trabajo que se presenta a continuación, trata sobre cómo afecta el TDAH en el ámbito social y académico. El TDAH es uno de los trastornos que más auge está teniendo hoy en día, se ha convertido en uno de los más habituales en las aulas, por lo que es necesario saber cuál es su definición, etiología, en qué afecta, sus manifestaciones y los posibles tratamientos.

En primer lugar en el marco teórico se define la evolución terminológica del concepto del TDAH. Actualmente la definición aceptada es la recogida por la American Psychiatric Association la cual denomina este trastorno como “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad” puntualizando en los criterios de hiperactividad, impulsividad y falta de atención.

Después en la metodología, se ha utilizado un paradigma de investigación interpretativo desde una metodología cualitativa, orientado a la descripción e interpretación de los fenómenos educativos. Para ello se ha llevado a cabo un estudio de caso apoyado en unas entrevistas realizadas a los agentes que se considera que intervienen en el entorno del sujeto los que nos da la base para presentar la discusión.

Y por último, se concluye que el TDAH es un trastorno el cual repercute en todos los ámbitos que conforman al niño; destacando la importancia a nivel académico y social.

Lo que me gustaría conseguir con este trabajo, es saber más sobre el TDAH y lo que es más importante, conocer y así poder intervenir en este problema tanto en el ámbito educativo, como familiar y social. Para ello se realiza un estudio de caso de una persona que padece este trastorno.

Además con el objetivo de mostrar el efecto de este trastorno en los diferentes ámbitos, se han llevado a cabo varias entrevistas personales a figuras que intervienen en este proceso.

Gracias a la realización de estas entrevistas se ha podido observar que los tres agentes principales que intervienen tanto en el trastorno como en la vida del sujeto son: la familia, la escuela, y las relaciones sociales. Estos tres agentes van unidos y es necesario su apoyo para una mejora en el desarrollo tanto del trastorno, para que funcione y se lleve del mejor modo posible, como en la vida del sujeto para evitar que haya una elevada repercusión.

Por ello, se debe conseguir solucionar dichas situaciones de forma adecuada, ya que de lo que se trata es que tanto los niños/as como su familia, lleven una vida ordenada y normalizada.

ABSTRACT

The work presented below discusses how ADHD affects in the social and academic fields. ADHD is one of the disorders that is having most today has become one of the mostcommon in classrooms, so it is necessary to know what is its definition, etiology, what affects its manifestations and possible treatments.

First, in the theoretical framework, the terminological evolution of the concept of ADHD is defined. Currently the accepted definition is the one collected by the American Psychiatric Association which denominates this disorder as “attention deficiency hyperactivity disorder” punctuating the criteria of hyperactivity, impulsivity and lack of attention.

After in the methodology, a paradigm of interpretative research has been used from a qualitative methodology, oriented to the description and interpretation of educational phenomena. For this, a case study has been carried out based on interviews conducted with the agents considered to interfere in the environment of the subject, which gives us the basis to present the discussion.

And finally, it is concluded that ADHD is a disorder which affects all areas of the child; highlighting the importance at the academic and social level.

What I would like to achieve with this work, is to know more about ADHD and what is more important, to know and thus be able to intervene in this problem in the educational, family and social environment. For this, a case study of a person who suffer this disorder.

In addition, in order to show the effect of this disorder in different areas, several personal interviews have been carried out with figures involved in this process.

Through the realization of these interviews it has been observed that the three main agents that intervene both in the disorder and in the life of the subject are: family, school, and social relationships. These three agents work together, and it is necessary their support to improve the development of the disorder, to work and take the best possible way, as in life the subject to avoid having a high impact.

Therefore, it is necessary to solve these situations in an appropriate way, since what is involved is that both the children and their families lead an orderly and normalized life.

PALABRAS

TDAH, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, ámbito social, ámbito académico, ámbito familiar.

CLAVE KEYWORDS

ADHD, Attention Deficiency Hyperactivity Disorder, social field, academic field, familiar field.

ÍNDICE:

1. Introducción y Justificación
2. Objetivos
3. Fundamentación Teórica
 - 3.1 ¿Qué es el TDAH?
 - 3.2 Características del TDAH
 - 3.3 Causas del TDAH
 - 3.3.1 La química del cerebro
 - 3.3.3 La psicología del TDAH
 - 3.3.3. Otras causas
 - 3.4 TDAH en la escuela
 - 3.5 TDAH en la familia
 - 3.6 Tratamiento farmacológico del TDAH
4. Metodología
5. Resultados y discusión
6. Conclusiones
7. Referencias bibliográficas
8. Anexos

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN:

En el presente Trabajo de Fin de Grado (TFG) sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se va a tratar este trastorno enfocado tanto en el ámbito escolar como en el ámbito socio-familiar.

Se ha decidido realizar este trabajo debido al gran apogeo que está teniendo este trastorno en la última década, cada vez hay más niños/as que lo padecen, bien en edades tempranas o durante la adolescencia.

Además, también es de mi interés este tema por varias razones: en primer lugar desde un punto de vista profesional ya que he decidido dedicarme a la educación. Relacionándolo con el currículo de Educación Infantil y con las asignaturas estudiadas, el tema elegido en el presente trabajo se relaciona con las siguientes competencias:

Desarrollo de un compromiso ético en su configuración como profesional, compromiso que debe potenciar la idea de educación integral, con actitudes críticas y responsables; garantizando la igualdad efectiva de mujeres y hombres, la igualdad de oportunidades, la accesibilidad universal de las personas con discapacidad y los valores propios de una cultura de la paz y de los valores democráticos.

El desarrollo de este compromiso se concretará en:

- a. El fomento de valores democráticos, con especial incidencia en los de tolerancia, solidaridad, de justicia y de no violencia y en el conocimiento y valoración de los derechos humanos.
- b. El conocimiento de la realidad intercultural y el desarrollo de actitudes de respeto, tolerancia y solidaridad hacia los diferentes grupos sociales y culturales.

Dentro las competencias específicas:

- El conocimiento de medidas que garanticen y hagan efectivo el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad.
- El desarrollo de la capacidad de analizar críticamente y reflexionar sobre la necesidad de eliminar toda forma de discriminación, directa o indirecta, en particular la discriminación racial, la discriminación contra la mujer, la derivada de la orientación sexual o la causada por una discapacidad.

- Promover la capacidad de análisis y su aceptación sobre el cambio de las relaciones de género e intergeneracionales, multiculturalidad e interculturalidad, discriminación e inclusión social, y desarrollo sostenibles.
- Promover en el alumnado aprendizajes relacionados con la no discriminación y la igualdad de oportunidades. Fomentar el análisis de los contextos escolares en materia de accesibilidad.

Sería conveniente mostrar la importancia que tienen la familia y la escuela en el TDAH; y cuáles son las mejores maneras de abordarlo.

Y desde un punto de vista personal porque hay un caso cercano a mí y por ello me gustaría poseer más información.

Profundizar sobre qué es el trastorno, los subtipos que lo componen y las formas en las que éste se puede manifestar, así como los/as niños/as que lo padecen.

En la actualidad estamos conviviendo con una creciente diversidad en las aulas, por lo que es necesario que el sistema educativo actual reflexione y mejore las medidas ya existentes o realice cambios para poder responder con calidad e igualdad todas las necesidades que estos/as alumnos/as requieran.

Según el Boletín Oficial de Castilla y León a 19 de junio de 2017, se aprueba el II Plan de Atención a la Diversidad en la Educación de Castilla y León 2017-2022. La atención a la diversidad se establece en la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, como “un principio fundamental que debe regir toda la enseñanza, con el objetivo de proporcionar a todo el alumnado una educación adecuada a sus características y necesidades, y también como una necesidad que abarca a todas las etapas educativas y a todos los alumnos”(p. 23109).

En este sentido, la citada ley, se refiere en su Título II Equidad en la Educación a la compensación de desigualdades en educación derivadas de factores sociales, económicos, culturales, geográficos, étnicos o de cualquier otra índole, y de forma específica, al alumnado que requiere una atención educativa diferente a la ordinaria por presentar alguna necesidad específica de apoyo educativo con el objetivo de lograr su plena inclusión e integración.

Por lo que mediante una perspectiva educativa; desde la inclusión, es necesario ofrecer oportunidades reales de aprendizaje a todo el alumnado, en diferentes contextos educativos,

y en especial a la población escolar más vulnerable y con mayor riesgo de exclusión social y/o educativa.

Dentro del alumnado que presenta necesidades educativas específicas, nos encontramos con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Este trastorno tiene cada vez una mayor presencia en las aulas debido al aumento de diagnósticos realizados en los últimos años, por ello la nueva Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE) habla de él en el artículo 71, segundo apartado.

El capítulo I del Alumnado con necesidad específica de apoyo educativo del BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO en los apartados 1 y 2 del artículo 71 dice:

Corresponde a las Administraciones educativas asegurar los recursos necesarios para que los alumnos y alumnas que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, TDAH, por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo, o por condiciones personales o de historia escolar, puedan alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales y, en todo caso, los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado.

Esto se relaciona con la instrucción del 9 de Julio de 2015 de la Dirección General de Innovación Educativa y Formación del Profesorado, por la que se establece el procedimiento de recogida y tratamiento de los datos relativos al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo escolarizado en centros docentes de Castilla y León.

Con relación al TDAH se considera que pertenece al Alumnado con Necesidades Educativas Especiales (ACNEE) y se encuentran dentro del grupo de Trastornos Graves de Conducta.

La nueva Instrucción de 24 de Agosto de 2017 de la Dirección General de Innovación y Equidad Educativa por la que se modifica la Instrucción de 9 julio de 2015 de la Dirección General de Innovación Educativa y Formación del Profesorado, por la que se establece el procedimiento de recogida y tratamiento de los datos relativos al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo escolarizado en centros docentes de Castilla y León.

Se extrae del grupo de alumnos con necesidades educativas especiales a los alumnos con trastorno por déficit de atención (TDAH) creándose como un nuevo grupo del alumnado con necesidad específica de apoyo educativo”.

El TDAH aparece como un nuevo grupo: GRUPO TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) Alumnado con necesidades educativas específicas de apoyo educativo derivadas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

CIERRE

2. OBJETIVOS:

Se quiere remarcar lo importante que es y debería ser la unión escuela- familia para abordar este trastorno eficazmente.

Objetivo principal:

- Mostrar cómo afecta el TDAH tanto en las relaciones sociales como en el ámbito académico a través de un estudio de caso.

Objetivos específicos:

- Estimar la relación existente entre familia y escuela sobre el trabajo con niños y niñas con este trastorno.

- Analizar y conocer cuáles son los síntomas, características y manifestaciones del TDAH en la etapa de Educación Infantil.

- Identificar los diferentes tratamientos que se pueden aplicar en el niño.

- Mostrar algunas pautas que se deben seguir para tratar este trastorno y a los/as niños/as que lo padecen, desde un punto familiar y escolar.

3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:

En este apartado se va a tratar el concepto del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) abarcando todos los ámbitos que necesitemos para conocer el trastorno en profundidad; conocer a quién afecta este trastorno, cuáles son las causas, los síntomas, cómo ha evolucionado el concepto durante la historia, qué tipo de tratamientos existen.

Se recogen los diferentes conceptos o denominaciones que han hecho referencia al TDAH incluido el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (American Psychological Association, 2013) y una descripción de los síntomas vistos desde distintos autores que conllevó a los subtipos que se manejan hoy en día.

Después se realiza una descripción de los aspectos sociales y académicos que tienden a manifestar las personas que presentan este trastorno, teniendo en cuenta los diferentes trastornos comórbidos que se asocian al TDAH. Los cuáles tienen su incidencia en el diagnóstico y en el desarrollo de su vida académica, social y laboral.

3.1 ¿QUÉ ES EL TDAH?

Los primeros estudios sobre el TDAH, aunque esa denominación es posterior, aparecen a mediados del siglo XVIII donde se comenzó a estructurar el conocimiento y los casos de niños/as con impulsividad, actividad motora excesiva, desinhibición conductual y agresividad, asociados a dificultades en el normal desarrollo (Lange , Reichl, Lange ,Tucha y Tucha, 2010).

Inicialmente se parte desde un enfoque médico, apareciendo posteriormente aproximaciones conductuales y cognitivas, que han enriquecido la comprensión de este trastorno. De manera que a partir de los años 60 se hizo más hincapié en los aspectos más comportamentales.

Rafael Guerrero (2016) en su obra *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad* afirma lo siguiente desde las palabras de Alexander Crichton:

En 1798 el médico escocés, Sir Alexander Crichton, escribió el libro *Una investigación sobre la naturaleza y el origen de la enajenación mental*, donde describió las características de lo que entendemos actualmente como TDAH predominantemente inatento, denominándolo Mental Restlessness (Agitación o Inquietud Mental), haciendo referencia a un estado inquieto y a la incapacidad para atender con constancia. Esta incapacidad proviene de una sensibilidad mórbida de los nervios, lo que supondría que la afectación nacería con el individuo o sería producida por enfermedades accidentales (p.39).

Años más tarde, en 1844, el psiquiatra, Heinrich Hoffmann, escritor e ilustrador de cuentos, escribió la obra titulada “Der Struwwelpeter” (Pedro el Melenas) un conjunto de diez cuentos

sobre diversos problemas psiquiátricos de la infancia y la adolescencia. Destaca la historia que habla de las dificultades de atención e hiperactividad de un niño y lo llama *Felipe el Nervioso*. En él, el autor ilustra un conflicto familiar desarrollado durante una cena cuya que realizó de los comportamientos manifestados por el niño se encuentran reflejados algunos de los síntomas que hoy en día se contemplan como parte del cuadro de diagnóstico de TDAH (Lange et al., 2010).

Todas estas investigaciones iban acompañadas de una amplia evolución terminológica, donde se encuentran conceptos como: agitación o inquietud mental, síndrome hiperkinético u otros.

Aunque ya se había hablado de la hiperactividad en la infancia como se refiere durante el siglo XIX, López & Galán (2011) en su artículo *El alumnado con TDAH (hiperactividad) como colectivo en riesgo de exclusión social* muestran que:

Fue el pediatra George Still en 1902 el que describe sistemáticamente las características de este trastorno; empleando el nombre de Hipercesnia. En ese año recogió unos casos de comportamiento impulsivo en la publicación de una serie de artículos en la revista *The Lancet*, Still describe a 43 niños/as con síntomas similares a lo que hoy en día se diagnosticaría como TDAH del tipo combinado. Se caracterizaban por ser frecuentemente violentos/as, inquietos/as, revoltosos/as con comportamientos desafiantes, no dejaban de moverse constantemente y lo tocaban todo, eran desconsiderados/as con los demás y no parecían preocupados/as por las consecuencias de sus acciones. Tenían un carácter escandaloso y obstinado, agresividad, grandes problemas atencionales y conductas opositoras (p.37).

Entonces Still pasó a denominar esta patología como “defecto mórbido de control moral” o “Desorden del control moral”, destacado por la falta de inhibición, cuya atención se veía supeditada a aquellos estímulos que proporcionaban de manera inmediata una gratificación (Galea, Sciberras y Galea, 2014). Entre estos casos se destaca la desigualdad en cuanto al sexo, siendo el grupo masculino superior al femenino.

Años más tarde en 1917, surgió una epidemia de encefalitis en Estados Unidos, las personas que sobrevivían mostraban unas secuelas con características parecidas a las del TDAH, lo que representó una diferenciación que supuso un punto de inicio muy importante en la elaboración de posteriores conceptos. Por ello, Still se reafirmó y alegó que podría formar parte del daño cerebral (Lange et al., 2010).

Ya entonces, supuso que esta especie de desviación social era una enfermedad neurológica que no se debía a una mala crianza o a una bajeza moral, sino que más bien era producto de una herencia biológica o de una lesión en el momento del nacimiento. Pero no es hasta 1950 cuando se reconoce a estas personas con el nombre de “disfunción cerebral mínima”.

Las investigaciones indicaban que estos síntomas también se manifestaban en niños/as que no tenían evidencias de haber sufrido un daño cerebral, por lo que se pensó que era más bien, una disfunción general. Es a partir de los años 60 cuando se da una mayor importancia a esta nueva definición de “disfunción cerebral mínima”, en 1966 Clements la definió como un trastorno de conducta y de aprendizaje que experimentaban niños/as con una inteligencia normal y que aparece asociado con disfunciones del sistema nervioso central (Garrido, 2014, p.14).

Podemos observar que en un inicio las investigaciones partían de un modelo médico al que se le añadieron diversas aproximaciones evolutivas, sociales, cognitivas y conductuales.

El período comprendido entre los años 1950 y 1970 es considerado como “la edad de oro de la hiperactividad” (Barkley, 1998) citado en González & Villamizar, (2010, p.28).

Se convirtió en el síntoma más importante, y se presentó como un trastorno comportamental, en concordancia con la visión conductista del momento. Gracias a esta separación de los síntomas, se enfatizó el concepto de hiperactividad; y esta concepción dio paso a una nueva definición. Werry en 1968 definió la hiperactividad como una excesiva actividad motora comparando a estos/as niños/as con otros de su misma edad, sexo y características socioeconómicas y culturales.

Posteriormente, en ese mismo año aparece por primera vez en el DSM II (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)//Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (segunda edición) el TDAH con el nombre de “Reacción Hiperkinética de la Infancia”. Este trastorno aparece junto con la discapacidad intelectual, los trastornos de la comunicación, el trastorno del espectro autista, trastorno específico del aprendizaje, trastornos motores y otros trastornos del desarrollo neurológico.

Después de la denominación del DSM II acerca del TDAH es en la década de los 70, cuando comienzan a coger más fuerza los aspectos cognitivos, como la dificultad de mantener la atención y la impulsividad, frente a la hiperactividad. Gracias a las investigaciones llevadas a cabo por Virginia Douglas en 1972 se dieron evidencias de que la deficiencia encontrada en estos niños/as no se debían al excesivo grado de actividad motora, sino a una

incapacidad para lograr mantener una atención sostenida, inhibir respuestas impulsivas, modular los niveles de alerta para hacer frente a las demandas del medio y la búsqueda de una gratificación inmediata (Barkley, 1999).

Es en esta época en la que el trastorno se difunde tanto en el entorno escolar como socialmente, con lo que se crea una nueva perspectiva que hace determinar un nuevo enfoque que se recoge en el DSM-III de 1980. La American Psychiatric Association en esta nueva edición en la que asume este trastorno denominándolo “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad” puntualizando los criterios propios de este trastorno como son la hiperactividad, la impulsividad y falta de atención (Castillo, 2015).

Algunos de los nuevos requisitos para asociar este trastorno de una forma adecuada fueron: los síntomas deben aparecer antes de los 7 años de edad con una continuidad de al menos 6 meses de duración. Además en el DSM-III se contempló un nuevo subtipo de trastorno atencional, el Déficit de Atención sin Hiperactividad.

En el DSM IV-TR, siguiente edición del manual el trastorno tiene el mismo nombre pero se incluye en los trastornos de la infancia y la adolescencia, dentro del grupo: “Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador” (p.31). A partir de este momento las investigaciones comienzan a centrarse en buscar una relación entre la impulsividad y la hiperactividad propia de los niños con TDAH, concediendo un papel trascendental a la atención.

Es entonces cuando en 1992 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica la Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental (CIE-10) y el TDAH se reconoce como una entidad clínica y se recoge en el grupo de trastornos de comportamiento y de las emociones, apareciendo dentro del subgrupo de trastornos hipercinéticos.

Actualmente en el DSM 5 la terminología es Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad añadiendo algunas modificaciones en relación al anterior manual.

Según Barkley (2011) los estudios actuales nos evidencian que el término TDAH se queda corto y va más allá de las características de inatención, hiperactividad e impulsividad:

El TDAH supone un déficit en el autocontrol o, lo que algunos profesionales llaman, funciones ejecutivas, esenciales para planificar, organizar y llevar a cabo conductas humanas complejas durante largos períodos de tiempo. Es decir, en los niños con TDAH

la parte ejecutiva del cerebro, que supuestamente organiza y controla la conducta ayudando al niño/a a planificar las acciones futuras y seguir con el plan establecido, funciona de manera poco eficaz. (Barkley, 2011, p. 165).

3.2 CARACTERÍSTICAS DEL TDAH

Como se ha revisado en apartados anteriores, los síntomas del TDAH han ido evolucionando a lo largo del tiempo, a continuación se presentan las manifestaciones principales, los subtipos y los criterios diagnósticos que se manejan actualmente.

Dentro del TDAH se encuentran tres manifestaciones principales: Excesiva actividad motora, (o Hiperactividad), déficit de atención e impulsividad.

Siguiendo esta línea el DSM-5 muestra los criterios diagnósticos del TDAH en función a estos tres síntomas o manifestaciones. Por un lado se encuentra la falta de atención mientras que por otro encontramos conjuntamente la impulsividad y la hiperactividad.

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con la función o el desarrollo, caracterizado por (1) (inatención) y/o (2) (impulsividad e hiperactividad).

1. Inatención: 6 o más de los siguientes síntomas, o al menos 5 para mayores de 16 años, con persistencia durante al menos 6 meses hasta un grado inconsistente con el nivel de desarrollo y que impacta negativamente en las actividades sociales y académicas/ ocupacionales.

- A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo.
- A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades.
- A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.

- A menudo es descuidado en las actividades diarias.

1. Hiperactividad e impulsividad: 6 o más de los siguientes síntomas, o al menos 5 para mayores de 16 años, con persistencia durante al menos 6 meses hasta un grado inconsistente con el nivel de desarrollo y que impacta negativamente en las actividades sociales y académicas/ocupacionales.

- A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.
- A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.
- A menudo habla en exceso.
- A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.

B. Algunos síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad estaban presentes antes de los 12 años de edad.

C. Algunos síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo, en casa, escuela o trabajo; con amigos o familiares; en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren o reducen la calidad de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente motivados por esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (trastornos del estado de ánimo, ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, abuso de sustancias o síndrome de abstinencia).

Esto no quiere decir que los/as niños/as que padecen este trastorno necesariamente tengan que cumplir las características de cada subtipo, ya que hay muchos/as que sólo se encuentran dentro de uno de ellos.

En función del cumplimiento de estos criterios diagnósticos se hace una diferenciación de los subtipos dentro del TDAH: existen tres; Subtipo Inatento, Subtipo Impulsivo y Subtipo Combinado. APA (2013). Los cuales se describen a continuación:

Subtipo predominante inatento: predomina el Déficit de Atención es el más frecuente entre las mujeres y tiene un gran impacto a nivel académico. Este subtipo está representado por un alto grado de distracción debido a cambios en el foco de atención hacia estímulos más relevantes.

A los/as niños/as con déficit de atención les cuesta mantener la atención, al menos el tiempo que se requiere, por ello lo más costoso para ellos/as es mantenerla durante largos periodos de tiempo. Se trata de niños/as que parecen no escuchar cuando se les habla directamente, les cuesta ponerse en marcha y, pueden ser algo descuidados/as con sus cosas.

Subtipo predominante hiperactivo e impulsivo: predominio de un exceso de actividad motora, tienen casi imposibilidad de permanecer quieto, es decir, la necesidad de moverse continuamente.

Subtipo combinado (presenta síntomas atencionales e hiperactivos-impulsivos). Presentan aspectos de los dos casos anteriores GUÍA TDAH ARPANIH (s.f., p.8).

En cuanto a los criterios a los que se está haciendo referencia, al igual que el concepto del TDAH ha ido evolucionando, también lo han hecho estos criterios, las modificaciones del DSM-IV al DSM-5 son las siguientes (CITPA 2016):

1. Se incluyeron ejemplos para facilitar el reconocimiento de los síntomas en diferentes etapas de la vida, no solo en la infancia, sino también a adultos; que pueden ser diagnosticados y tratados formalmente.
2. Se han limitado a 5 los síntomas en la edad adulta, en lugar de los 6 que se exigen para la infancia, tanto en déficit de atención como en hiperactividad-impulsividad.
3. Para el diagnóstico del TDAH en adultos, los profesionales clínicos examinan la infancia media (12 años de edad) y adolescencia para trazar el momento de aparición de los síntomas, sin llegar hasta la niñez temprana (7 años de edad).

4. Los 3 subtipos de TDAH han sido reemplazados por Presentaciones que se corresponden con los subtipos anteriores: Presentación Inatento, hiperactivo-impulsivo o combinado. Se reconoce que las “presentaciones clínicas” pueden variar en la misma persona en el transcurso de su vida.
5. Un individuo con TDAH puede padecer TDAH en grado leve, moderado o severo. Esto se basa en el número de síntomas que la persona experimenta.
6. Un cambio significativo, es que la versión DSM-V incluye el diagnóstico de comorbilidad (o asociación) del TDAH con el espectro autista.
7. Se ha incluido el TDAH dentro del capítulo de “Trastornos del neurodesarrollo”.

Estas manifestaciones principales se han evidenciado a lo largo del tiempo en diversas investigaciones en las que destacan las de Barkley. Este autor refiere que es importante tener en cuenta que los niños/as que padecen TDAH no tienen problemas para filtrar la información y discernir entre lo que es importante y lo que no (Barkley, 1995).

Así mismo numerosos estudios han demostrado que los/as niños/as con TDAH se mueven mucho más que los/as que no lo padecen en circunstancias similares, pero el problema reside en que las personas hiperactivas no controlan su nivel de actividad física para cumplir con las exigencias de la situación en la que se encuentren (Barkley, 1990).

En cuanto a la concepción de la impulsividad; Barkley (1995) refiere que consiste en dar una respuesta excesivamente rápida ante un estímulo. Esta impulsividad se ve reflejada en las dificultades que tienen los niños/as para esperar por algo (turnos en los juegos, la cola para salir del aula...) Los niños y niñas con TDAH muestran problemas para pensar antes de actuar, además les cuesta retener una respuesta inicial ante una situación.

Esta impulsividad queda reflejada en algunos estudios realizados, como por ejemplo el caso de la doctora Susan Campbell en 1982.

La doctora seleccionó un grupo de control con niños de educación infantil y otro grupo con niños de educación infantil hiperactivos, y les dio a los niños una galleta y un vaso de leche, explicándoles que debían comer la galleta cuando el investigador tocara una campana. Los niños hiperactivos actuaron impulsivamente comiéndose la galleta antes de que sonara la

campana, mientras que los demás niños supieron esperar. Susan Campbell citado en Hernando (2015).

3.3 CAUSAS DEL TDAH

Todavía no se sabe con exactitud cuál o cuáles son las causas del TDAH, pero existen algunas teorías que intentan aclarar su origen.

No se puede decir que exista una sola causa para el TDAH; este trastorno abarca diversas causas, y, a lo largo de la historia se han realizado muchas especulaciones sobre la procedencia de este trastorno.

Hoy en día, las causas no están del todo claras, pero parece evidente que se trata de un trastorno multifactorial con una base neurobiológica y con cierta predisposición genética ligada con los factores ambientales y hereditarios (López, 2014).

Puede darse por diferentes causas, individuales o compartidas, dentro de una misma persona: origen genético, factores ambientales, lesiones en el Sistema Nervioso Central (SNC) o la base Neuroanatómica o neuroquímica. Se van a explicar brevemente algunas de las causas del TDAH siguiendo a Hernando (2015).

3.3.1. LA QUÍMICA DEL CEREBRO

Hoy en día no se conocen las causas bioquímicas del TDAH, pero desde un punto de vista neuroquímico; se da por válida la idea de la existencia de una disfunción de los impulsos nerviosos en algunos circuitos mediados por la dopamina y la noradrenalina (Artigas-Pallarés, 2004). Hay una deficiencia en la producción regulada de esos circuitos de transmisores cerebrales. Esta deficiencia hace más difícil que el organismo mantenga el umbral de estimulación adecuado de las neuronas. El problema de esta teoría es que se desconocen cuáles son las anomalías de los neurotransmisores que causan este trastorno.

Tratándose de la genética, que juega un papel fundamental en este trastorno, se ha encontrado genes implicados en diversos estudios. Los genes asociados con las manifestaciones del TDAH son los que codifican los transportadores y receptores de la dopamina y el gen transportador de la noradrenalina (Acosta, 2007).

A pesar de la asociación significativa con el TDAH, las magnitudes de efecto son pequeñas por lo que la probabilidad de desarrollar este trastorno probablemente dependa de varios genes y puede que existan combinaciones distintas (Fundación Cadah, 2012).

Según la Revista de Neurología (2007) los genes más frecuentes asociados con el TDAH son:

En la siguiente tabla (tabla 1) se muestran los genes estudiados con más frecuencia que se incluyen en el sistema catecolaminérgico: el receptor 4 de dopamina (DRD4), el receptor 5 de dopamina (DRD5) y el transportador de dopamina (DTA). Han suscitado un especial interés el receptor 4 y el transportador de dopamina; La tabla II muestra los genes más frecuentes en el sistema dopaminérgico asociados con el TDAH [30-45].

Tabla 1. Genes más frecuentes en el sistema dopaminérgico asociados con el TDAH.

Marcador	Nombre	Tipo de Estudio	Resultados Positivos	Resultados negativos
DRD4-7	Receptor 4 de dopamina	Familias, casos y controles Metaanálisis	[30-34]	[35,36]
DRD5-148 bp	Receptor 5 de dopamina	Familias, casos y controles Metaanálisis	[37-39]	[40,41]
DTA-10	Transportador de dopamina	Familias, casos y controles Metaanálisis	[42-44]	[45]

El escaso número de estudios extensos en el genoma humano en búsqueda de marcadores que muestren ligamiento con susceptibilidad para el TDAH ha mostrado resultados no concluyentes.

No hay que olvidar que las tendencias genéticas no son determinantes, sino que interaccionan con el ambiente y es éste el que condiciona el pronóstico que puedan tener los síntomas. Se ha comprobado que existe un desequilibrio en las sustancias químicas cerebrales que se encargan de transmitir los mensajes (neurotransmisores) en las zonas cerebrales donde se regula la atención, el movimiento y el proceso de autocontrol/inhibición.

La dopamina es un neurotransmisor inhibitorio que modula las funciones cerebrales que se encuentran implicadas en el TDAH y la noradrenalina es otro neurotransmisor que participa en varios procesos cognitivos que no funcionan correctamente en los sujetos con TDAH. (Acosta, 2007, p.12-13).

3.3.2. LA PSICOLOGÍA DEL TDAH

Dependiendo de la corriente psicológica que mayor éxito esté teniendo en el momento, la psicología ha puesto énfasis en uno u otros síntomas del TDAH. Por ejemplo, la corriente psicoanalista, con Sigmund Freud como fundador, defendió que la existencia del TDAH en una persona era debida a la presencia de traumas emocionales infantiles no resueltos. Sin embargo, el conductismo, se centró en la hiperactividad como rasgo principal.

Actualmente destacan tres propuestas importantes de diferentes autores:

- a. **Explicaciones conductuales.** Estas explicaciones atribuyen el papel principal del trastorno a la actividad motora excesiva. Algunos de los científicos que han apoyado esta teoría son Strauss y Lethine (1947), Clements y Peters, (1962) y Werry (1968) entre otros. Estas explicaciones defienden la existencia de un fallo en el sistema de autorregulación que origina las conductas propias de las personas con TDAH.
- b. **Explicaciones cognitivas.** Principalmente el papel de la desinhibición conductual es un síntoma troncal del trastorno. (Quay, 1997; Bronowski, 1977; Goldman-Rakic, 1995; Damasio, 1995).
- c. **Explicaciones eclécticas.** Son explicaciones que no se posicionan en ninguna teoría actual, sino que crean guías de intervención y programas terapéuticos utilizando todo lo que puede ser útil para tratar a las personas con TDAH. (Acosta, 2007, p.13-14).

3.3.3. OTRAS CAUSAS

Los factores de riesgo pueden ser: en algunas ocasiones debido a problemas durante el embarazo, complicaciones en el parto, bajo peso al nacer o prematuridad, daño cerebral dentro del útero, consumo de drogas, alcohol o tabaco durante la gestación.

Los autores Barkley, Biederman y Pauls (2010) indican que “los factores socio -ambientales pueden influir en la mayor gravedad de los síntomas, es un peor pronóstico del TDAH en

el aumento del riesgo de presentar trastornos o problemas asociados, pero estos factores raramente se pueden considerar como la causa que genera el trastorno” (p.24).

En cuanto a otras causas del TDAH, algunos autores como Polaino (1981), argumentaban que la hiperactividad era el resultado de un aprendizaje por imitación entre padres/madres e hijos/as.

Por otro lado, basándose en los estudios comentados hay numerosas fuentes y guías que confirman que la genética está íntimamente relacionada con el padecer o no este trastorno. Según la Guía para Padres y Educadores de Fundaicyl (2009) aseguran que el TDAH se trata de un trastorno fundamentalmente genético, ya que se han demostrado factores de origen hereditario en un 70-80% de los casos. Además, otras de las causas posibles puede ser la gran adversidad psicosocial y los factores de riesgo durante el embarazo.

La Guía TDAH ARPANIH (Asociación Riojana de padres de niños hiperactivos) dice que podrían agruparse algunas de las causas de este trastorno de la siguiente manera:

Causa Herencia/Genética: se ha observado en un elevado número de casos que los padres biológicos también manifestaron el trastorno en su infancia o siguen manifestándolo de forma residual.

Soutullo y Diez (2008) dicen que “el coeficiente de heredabilidad del TDAH es de 0,76, lo que significa que si el niño tiene TDAH el 76 % se explica por causa genética. A pesar de sus cifras, no existe una acción genética directa, por lo que un padre/madre tenga TDAH no determina con exactitud que sus hijos/as vayan a desarrollarlo, tan solo que existe una probabilidad mayor, como ocurre con otras patologías psiquiátricas”.

Se admite que el origen del TDAH puede ser debido a la confluencia de problemas bioquímicos, neuropsicológicos y de comportamiento, que de una manera individual no podrían explicar totalmente todos los síntomas del trastorno, pero sí podrían hacerlo conjuntamente.

Es necesario conocer a cuántos niños y niñas afecta el TDAH, en la actualidad, el TDAH es uno de los trastornos del neurodesarrollo más generalizados entre la población infantil y juvenil a nivel internacional. Es una patología psiquiátrica que padece un 5% de la población infantil. Se trata de uno de los trastornos más importantes dentro de la Psiquiatría Infanto-Juvenil, constituyendo cerca del 50% de su población clínica. Este trastorno afecta a más 5%

de los niños y niñas en el mundo y a más de un 6% en España. Es el trastorno con mayor incidencia en la población infantil (American Psychiatric Association, 2014, p. 61).

Es más frecuente que se presente en los niños que en las niñas; por cada dos niños con TDAH hay una niña que lo padece (Polanczyk, Willcutt, Salum, Kieling y Rohde, 2012). El TDAH es crónico y comienza a revelarse antes de los 7 años. Se estima que más del 80% de los/as niños/as continuarán presentando problemas en la adolescencia, y entre el 30-65%, en la edad adulta.

El TDAH tiende a ser diagnosticado y tratado insuficientemente. En los países en donde se aplican con mayor frecuencia tratamientos para el TDAH, las tasas de prescripción médicas sólo representan entre el 3 y el 7% de los/as niños/as que se cree que padecen este trastorno, e incluso menos del 4% estimado de los adultos que sufren TDAH (Feaadah, s.f).

3.4 EL TDAH EN LA ESCUELA

Como se ha comentado anteriormente los/as niños/as con TDAH presentan unos síntomas comunes, que en el colegio podrían ser detectados por el profesorado mediante la observación en el aula. A continuación se quiere mostrar cómo se manifiesta el TDAH en Educación Infantil.

Comienza en esta etapa; la familia y el profesorado sospechan que “pasa algo” desde edades muy tempranas. Es el profesorado que, al poder comparar con otros niños/as de la misma edad, pueden intuir la existencia del trastorno (ARPANIH, s.f, p.11).

Aunque se puede observar la presencia de alguno de estos síntomas desde los 4 años de edad; es alrededor de los 6-7 años (comienzo de la etapa de Educación Primaria) cuando se empieza a barajar el diagnóstico con más frecuencia. Esto es debido a que en esta edad el aumento de exigencias escolares y sociales provoca que las dificultades del niño/a con TDAH sean más evidentes y los síntomas “se vean” con más claridad.

Se entiende como dificultades de aprendizaje cuando existe un nivel de rendimiento escolar inferior al esperado según la edad y el grado de desarrollo del niño/a.

Estos/as niños/as presentan unas dificultades que hacen que su rendimiento sea menor en relación con la capacidad intelectual, y a su vez sea menor que el del resto sus compañeros/as.

Es posible que se describan algunas conductas, que son comunes en los/as niños/as con TDAH, a continuación se muestran algunas de ellas. Según la Guía ARPANIH (p.14-15).

- Muestran dificultad para mantener la atención durante un periodo de tiempo determinado.
- Tienen un juego social pobre y preferencias por los juegos deportivos sobre los educativos.
- Poseen una actividad desorganizada, suelen tener problemas a la hora de seleccionar qué información es más importante.
- Alto nivel de energía y actividad unido a una inquietud elevada.
- Se distraen con facilidad y reclaman continuamente atención.
- Dificultades en el lenguaje y dificultades al memorizar (Les cuesta volver para recuperar lo memorizado).
- Les cuesta comprender las órdenes, ya que si son demasiadas no logran retenerlas.
- Escaso control sobre su propio cuerpo, y déficit a la hora de interiorizar el lenguaje o darse instrucciones a sí mismos/as.
- Poseen dificultades en la motricidad fina y en el desarrollo gráfico.
- Suelen ser inmaduros/as emocionalmente y poseen una baja autoestima.
- Dificultades en la relación con otros niños/as (discusiones, peleas...)

No es necesario que estas conductas estén presentes, ni que todos/as los/as niños/as presenten los mismos síntomas, tampoco con la misma intensidad.

Barkley (1995) confirma que hay una estimación de entre el 60-80 % de estos/as niños/as que tienen el rendimiento escolar afectado, y esto es debido principalmente a la dificultad para mantener la atención, con sus constantes cambios que se asocian con una memoria afectada y por ello les resulta muy difícil adquirir hábitos y destrezas cognitivas.

Por ello uno de los objetivos de este trabajo es conocer el efecto del TDAH en la escuela, concretamente en el ámbito académico, ya que como veremos a continuación, aparte de conformar uno de los ambientes del entorno habitual del niño/a, el padecer este trastorno provoca que sufran dificultades para lograr un adecuado desarrollo escolar.

Las dificultades de aprendizaje más comunes suelen encontrarse en la lectura, el cálculo y la escritura, algo íntimamente relacionado con los Trastornos Específicos del Lenguaje (TEL).

A continuación, se quieren mostrar algunas de estas dificultades durante su etapa académica, dependiendo de en qué edad se encuentren y lo que más les pueda repercutir. Siguiendo la línea de Hernando (2015).

- **Dificultades debido a la falta de autocontrol e impulsividad:** en los/as niños/as más pequeños, de 3 a 10 años se refleja una excesiva actividad motora, que requiere movimiento. No permanecen mucho tiempo sentados/as, sin ninguna mala intención interrumpen y molestan a sus compañeros/as, corren por el aula o pasillos cuando deberían estar quietos/as en la fila. Y no son conscientes de las consecuencias que pueden tener debido a estos comportamientos.

- **Dificultades debido a la falta de atención y una escasa memoria:** gracias a esta atención, se puede distinguir entre la información que es importante y la que no lo es, realizar actividades sin ningún tipo de distracción; también ayuda a mantener un estado de alerta; debido a la falta de atención es difícil que estos/as niños/as las cumplan y tienen comportamientos como: les cuesta mantener la atención en actividades tranquilas y monótonas, escuchar mientras se están dando las explicaciones, aunque al principio se preste atención, a medida que va avanzando, esta atención se disipa. No suelen terminar las tareas escolares, sobre todo las individualizadas y que requieren que estén solos/as en sus sillas, esto también es debido a una falta de control del tiempo y a que tienden a distraerse fácilmente. Presentan dificultades, como ya hemos comentado, para volver a recordar algo que ya han aprendido, al igual que para consolidar aprendizajes, en función de cómo hayan sido estas explicaciones, dependerá mucho si lo han aprendido de un modo teórico o de un modo experimental.

- **Dificultades relacionadas con el miedo al fracaso y la necesidad de recibir un reconocimiento:** estos/as niños y niñas destacan por su inmadurez emocional, lo que provoca conductas como: tratan de llamar la atención haciendo tonterías o desobedeciendo al profesor/a convirtiéndose así en los protagonistas. Temen fracasar, por lo que a veces se niegan a mostrar sus trabajos o mienten y no reconocen que los tienen hechos, por ello, tienen un problema para auto motivarse, para analizar

y mostrar sus sentimientos. A veces se encuentran en unos estados de ánimo negativos como la ansiedad o la frustración de los que es difícil que salgan.

- **Dificultades debido a la organización y planificación:** este tipo de dificultades se ven más incrementadas con la edad, sobre todo en la Etapa de Secundaria, manifestándose en conductas como: olvidan con frecuencia traer las tareas, materiales o libros, sus cosas en general están muy desordenadas. No suelen apuntar las tareas o materiales que deben traer para el día siguiente, también tienen dificultad a la hora de realizar los exámenes bien porque se saltan preguntas debido al déficit de atención o tienen problemas para terminarlos.

En la misma línea, existe un reciente estudio realizado por Soroa, Gorostiaga y Balluerka (citado en Domínguez 2017) analiza el conocimiento docente sobre el TDAH con una muestra de 1278 profesionales de la educación. Los resultados confirman que el desconocimiento es bastante elevado, en las dimensiones información general (56%) y etiología (36,77%).

Para lograr un desarrollo adecuado en todos los aspectos que estos/as niños/as requieran es necesario que los/as profesores/as estén preparados/as, y conozcan la manera de atender estas necesidades. Aumentar el conocimiento que tienen los docentes sobre el TDAH tendría un efecto positivo tanto para los/as alumnos/as afectados/as como para ellos/as mismos/as.

Además de conocerlo se debería enfocar los esfuerzos en dar respuesta a los problemas que surgen continuamente en las aulas. La educación debe responder a las necesidades de estos/as alumnos/as, saber cuáles son los métodos adecuados y las formas de trabajo que beneficiarán el ambiente en el aula y a su vez el ritmo de aprendizaje del grupo de clase.

A continuación se quieren mostrar una serie de recomendaciones o pautas con el fin de favorecer el proceso de aprendizaje del niño/a con TDAH, según Fundaicyl (1993), Hernando (2015) y otros manuales o guías del TDAH proponen las siguientes:

- Es necesario que se produzca contacto ocular o proximidad física con el/la niño/a afectado/a asegurando así su atención.

- Se darán las instrucciones de una en una, serán concretas y cortas, utilizando un lenguaje positivo y de fácil comprensión y una vez que se cumplan serán premiadas de inmediato.
- Se les repetirán las normas todas las veces que sea necesario, asegurándonos de que están siendo comprendidas.
- Para que se sientan más seguros/as se les podrían dar horarios y rutinas bien marcados.
- Fragmentar las tareas que sean largas y alternar las actividades que contengan alta carga lectiva con otras que tengan menos.
- Al elegir los materiales sería conveniente utilizar colores o imágenes que les ayuden recordar las normas.
- Las explicaciones deben ser motivadoras y que conecten con los intereses del niño/a, haciendo así que sean lo más partícipes posibles.
- Para evitar el movimiento excesivo y mantener su atención se les puede dar responsabilidades dentro del aula, así estarán más motivados/as.
- Es aconsejable que los/as docentes tengan una supervisión y refuerzo continuados, para un mejor desarrollo del niño/a.

Junto con estas pautas, sería recomendable hacer también una intervención ambiental, es decir, por ejemplo dentro del aula, una adecuada estructura y disposición ayudará a estos/as niños/as; la distribución de los asientos será una disposición por filas, situando al niño/a con TDAH próximo/a al profesor/a, alejándolos/as de cualquier distracción y acercándolos/as a compañeros que sean de referencia.

Las clases que sean abiertas al exterior también ayudarán a estos/as niños/as y facilitarán su atención y concentración con las tareas escolares. Como ya se ha comentado antes, es muy importante la presentación de las tareas, y si fuese necesario hacerles adaptaciones curriculares, o adaptaciones en los materiales académicos.

Es muy importante también que los/as profesores/as cambien el método de evaluación, así como el formato de examen y la asignación del tiempo; con estos/as niños/as hay que valorar y dar una mayor importancia al esfuerzo que ellos/as hacen, así como sus progresos y la duración en la que los hagan. (Fundacyl, 1993).

Sin olvidarnos de ello, se va a hablar de las habilidades sociales de los/as niños/as con TDAH, experimentan dificultades interpersonales y de baja competencia social a pesar de

que se esfuerzan por ser aceptados/as. El 74% de los/as niños/as con TDAH de subtipo combinado son rechazados/as por sus compañeros/as; el estado de rechazo suele ser frecuente y constante (Pardos, Fernández-Jaén y Fernández- Mayoralas, 2009).

Según la Revista Neurológica (2009) las causas de este rechazo pueden agruparse en dos conjuntos:

- Conductas molestas (desorganizadas, antisociales y agresivas).
- Características de personalidad (mal carácter, egoísta, mal compañero/a, prepotente).

Debido a estas conductas se presentan unos patrones de comportamiento asociados a un funcionamiento social inadecuado, que afecta a la calidad de las interacciones personales: las agresiones verbales y físicas, los comportamientos negativos al entrar en nuevos grupos o en clase. Son ruidosos/as, molestos/as, se saltan las reglas, discuten; son comportamientos asociados con el rechazo de pares.

Por su sintomatología los/as niños/as con TDAH muestran mayores tasas de este tipo de comportamientos; conductas desorganizadas, agresivas, imprevisibles, oposicionistas, fuera de lugar, ruidosas y cometen actos inesperados e inapropiados.

Además, estos/as niños/as se muestran menos adaptativos a la hora de cambiar sus patrones de comunicación en función de las demandas de la tarea, y su estilo de respuesta tiene efectos negativos en el comportamiento de los pares (Pardos et al., 2009).

Las dificultades interpersonales de estos/as niños/as aparecen también en las relaciones con los padres y madres y con los/as profesores/as.

Los/as profesores/as que en clase pasan más tiempo interactuando con los/as alumnos/as con TDAH que con el resto de alumnos/as, tienden a mostrarse más controladores y a responder con mayor número de conductas negativas.

Existen unos programas de entrenamiento en habilidades sociales que están destinados a entrenar capacidades decisivas en la aceptación y el rechazo social (cooperación, participación, comunicación etc.) a través de tres etapas: instrucciones teóricas, prácticas con pares y retroalimentación. Tales programas tienen una alta eficacia en niños/as sin TDAH se habla de un 70-80%, mientras que en los/as niños/as con TDAH sólo funciona en el 40-50% de los casos (Pardos et al., 2009).

El entrenamiento en habilidades sociales como único tratamiento no basta para mejorar el estatus social de estos/as niños/as. Si bien en una gran parte de los comportamientos disruptivos, agresivos e inatentos mejoran con el tratamiento farmacológico y/o combinado, es estos/as niños/as persiste la dificultad para regular su comportamiento en función de las demandas situacionales:

- Les cuesta usar las pistas ambientales para guiarse en su funcionamiento social según lo entrenado y tienden a comportarse siempre igual en diferentes contextos y circunstancias.
- El rechazo social puede mantenerse mediante procesos grupales recíprocos entre niños/as rechazados/as y sus pares como son la estereotipización y el sesgo reputacional.

De un modo general, se quieren mostrar algunas estrategias que son eficaces para estos/as niños/as: una intervención individualizada es necesario para ellos/as junto con métodos de manejo conductual, estrategias de comunicación y un entrenamiento cognitivo. Hay que tener en cuenta que el papel del profesorado es fundamental para todos los niños y niñas, pero ellos/as requieren un mayor apoyo y ayuda y si esto no se da, puede que llegue a perjudicarles.

Hay que recordar que el TDAH no es causa, sino uno de los factores que agudizarán más los problemas específicos del aprendizaje en las personas que lo padecen (Martínez y Conde, 2009). Por otro lado, actualmente otra definición que se podría dar para el TDAH podría ser; que el déficit de atención es el trastorno que afecta a la escuela que no logra adaptarse al niño/a.

Como conclusión, se ha demostrado que un diagnóstico temprano así como un tratamiento adecuado favorece a tener una evolución positiva del trastorno (López, 2014).

3.5 TDAH EN LA FAMILIA

El papel de los padres y madres es fundamental en el desarrollo de los niños y niñas con TDAH, como se ha comentado anteriormente, es necesario que tengan más paciencia, supervisen las tareas y cubran las necesidades que requieran. Según la Guía Práctica de Educadores para el/la alumno/a con TDAH (Mena, Pujol, Palau, 2006).

Uno de los temas que más preocupa a los padres/madres de niños/as con TDAH radica en su evolución escolar, tanto por el miedo razonable de un menor rendimiento académico,

debido a sus dificultades atencionales, como por los problemas conductuales que pueden aparecer por las deficiencias que presentan en su autocontrol.

Es necesario que en la familia haya unas normas claras y definidas, así como unas rutinas que ayudarán a un correcto desarrollo de estos/as niños/as. Igual de importante es, como ya se ha dicho antes, que los niños y niñas comprendan estas normas.

Que exista un ambiente relajado, organizado y cálido les favorecerá, que les animen hará que progresen emocionalmente, también necesitan que les contengan sin llegar a una sobreprotección excesiva.

Para evitar problemas conductuales futuros, es necesario que los padres comprendan las causas cuando tengan un comportamiento anómalo. Deben prestar atención y premiar las conductas apropiadas.

Usar el sistema de recompensas, saber gestionar el tiempo de descanso y un reforzamiento social ayudarán a identificar las situaciones del problema y los factores precipitantes, modificando así poco a poco la conducta.

El correcto manejo de problemas futuros ayudará a los padres y madres, para ello deben aprender a dar órdenes, aplicar el sistema de fichas, controlar comportamientos en situaciones-lugares públicos.

Por otro lado, hablando de las habilidades sociales de estos/as niños/as en casa, las díadas formadas por un/una niño/a con TDAH emprenden un mayor número de conductas negativas que las compuestas por niños/as que no lo padecen. En situación de juego libre con los padres y madres, los/as niños/as con TDAH se muestran más negativos e independientes con sus madres y padres que los/as niños/as que no lo tienen. Así, los padres y madres de estos/as niños/as tienen un estilo educativo más directo e intrusivo que los padres y madres con hijos/as sin este trastorno.

Los padres y madres de estos/as niños/as se muestran menos confiados/as e involucrados/as en la relación, despliegan menos conductas calurosas y tienden a usar con mayor frecuencia el castigo corporal (Fundación Adana, 2006).

3.6 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TDAH

Es importante mencionar también el tratamiento que suelen recibir estos/as niños/as ya que es uno de los pilares fundamentales del TDAH, ya que con un tratamiento y un seguimiento adecuado, la vida del niño, la de su familia y la de su entorno escolar es más fácil y llevadera.

Siguiendo al autor Artigas-Pallarés (2003) el tratamiento farmacológico para el TDAH cobra sentido puesto que los síntomas en están causados por un defecto en unas sustancias químicas llamadas neurotransmisores, concretamente la dopamina y la noradrenalina. Estos mensajeros químicos son esenciales para que los circuitos cerebrales encargados de mantener la atención, organizar, planificar las acciones y controlar los impulsos, funcionen correctamente.

En la misma línea este autor de una forma algo esquemática; comenta que los medicamentos utilizados para el tratamiento del TDAH, lo que hacen es aumentar la dopamina y la noradrenalina cerebral necesarias para un correcto funcionamiento de las áreas cerebrales implicadas. Lo que permite al niño utilizar sus facultades naturales para focalizar la atención, mantener la concentración, pensar antes de actuar, escuchar, atender y aprender, aunque la tarea les resulte tediosa.

Existen dos grandes tipos de medicación según el subtipo: por un lado se trata de los fármacos estimulantes; (se considera que actúan sobre la dopamina cerebral). Por otro lado se encuentran los fármacos no estimulantes; (se considera que actúan sobre la noradrenalina). Afecta en aquellas zonas del cerebro que funcionan por debajo de lo normal en los/as niños/as con TDAH (área prefrontal).

El tratamiento farmacológico en el TDAH, debe ser individualizado y adaptado a las características de cada niño/a o adolescente.

Además este autor defiende la importancia de una revisión periódica del tratamiento y la adaptación a los cambios que se producen en las diferentes etapas evolutivas de la vida. La dosis de medicamentos para el TDAH se calcula de forma diferente en función del tipo de fármaco que se seleccione.

Puesto que la mayoría de los efectos secundarios aparecen al inicio del tratamiento o al aumentar las dosis, siempre se insiste en que el tratamiento farmacológico para el TDAH se tiene que comenzar de forma gradual.

4. METODOLOGÍA:

Para la realización del presente Trabajo de Fin de Grado (TFG) se ha seguido un paradigma de investigación interpretativo desde una metodología cualitativa, el cual se orienta a la descripción e interpretación de los fenómenos educativos y se interesa por el estudio de los significados e intenciones de las acciones desde la perspectiva de los propios agentes, que se enfrentan a los problemas de una determinada forma y buscan las soluciones (Stake 1998).

Esta propuesta ha generado una multiplicidad de enfoques no necesariamente coincidentes entre los diversos autores. Este trabajo se realiza desde un estudio de caso.

Las fases en la realización del estudio de casos son similares, en términos generales a la metodología cualitativa, es decir, planificación, recogida de datos, análisis e interpretación de la información y elaboración del informe de investigación. (Pérez, p.36).

Con respecto al criterio que se ha elegido para la selección de este caso y las influencias contextuales, se debe a que es un caso de gran interés profesional y personal. Por lo que he estado en contacto con el sujeto durante toda la evolución de su trastorno, en función que el sujeto ha ido madurando.

En cuanto al sujeto se le diagnosticó TDAH cuando tenía 4 años, la profesora de la etapa de Educación Infantil dio la voz de alarma a la familia ya que veía que la niña tenía una deficiencia visual, pero además de ello veía que no actuaba como el resto de sus compañeros/as. No prestaba atención a las explicaciones, la forma de relacionarse con el resto de niños/as no era la adecuada, etc.

Por ello la familia decidió llevarla a una especialista, en este caso a una neuropediatra, la cual le hizo los test pertinentes y siguiendo los criterios diagnósticos del DSM pudo diagnosticar el TDAH de subtipo inatento.

Fue un diagnóstico precoz, lo que ha ayudado a que el sujeto haya llevado el desarrollo del trastorno de una forma adecuada. Desde este momento se comenzó a tratar el TDAH, en el entorno escolar avisando al profesorado del diagnóstico para poder realizar con el sujeto las medidas del protocolo del TDAH.

También comenzó a acudir al psicólogo del colegio y a la orientadora, que a su vez daban pautas a la familia para poder sobrellevarlo de forma correcta.

Con referencia a la neuropediatra, junto con la familia se decidió dar a la niña medicación como ayuda junto con el resto de agentes para ayudar al sujeto a mejorar el déficit de atención.

Durante su etapa escolar, el momento más difícil fue el paso a la ESO, ya que las exigencias aumentaban. En esta etapa el sujeto tuvo que repetir un curso, cosa que a largo plazo le ha ayudado. Actualmente se encuentra cursando el tercer curso de la ESO en un Programa de Mejora del Aprendizaje y del Rendimiento (PMAR) el cual sustituye al antiguo programa de diversificación curricular.

El objetivo principal del TFG es ver cómo ha afectado el TDAH, en el sujeto al que se ha hecho referencia en el párrafo anterior, en el ámbito académico y social.

La estructura que se ha utilizado para realizar este trabajo, comienza con una revisión bibliográfica del trastorno, recogida esa información en el marco teórico haciendo referencia al origen del TDAH, los síntomas que lo conforman, las manifestaciones, etc.

Se ha continuado mostrando las características de este trastorno y el efecto del mismo en la escuela y la familia, así como los tratamientos que se le han facilitado al sujeto estudiado.

Tras hacer una revisión bibliográfica es un trastorno que afecta en todos los ámbitos que conforma el sujeto, los principales agentes que intervienen en este proceso son: la familia, la escuela y las relaciones sociales.

Para ello se ha utilizado la técnica de la entrevista como recurso de recopilación de información, se ha realizado una entrevista al propio sujeto de estudio (Anexo 1) para saber cómo ha vivido en primera persona este trastorno.

Se ha realizado otra entrevista al tutor (Anexo 2) que ha estado con ella durante tres años consecutivos, y así poder ver cómo ha afectado el TDAH en el ámbito académico, cuáles han sido sus resultados, cómo ha visto la relación con sus compañeros/as y cómo ha evolucionado a lo largo del tiempo.

Otra entrevista ha sido realizada a un familiar(Anexo 3) que convive con el sujeto para que de una visión de cómo se comporta el sujeto en el entorno familiar, también para que cuente

cómo ha sido llevado este trastorno en la familia, y cómo ha visto como madre el efecto del TDAH sobre el sujeto en todos sus ámbitos.

Por último se ha realizado otra entrevista a la neuropediatra que sigue su caso (Anexo 4), la cual ha dado información sobre el diagnóstico del sujeto, el uso de medicación y el seguimiento a largo plazo del desarrollo del TDAH.

Las entrevistas nos dan la base de la estructura de análisis del estudio, en primer lugar a nivel académico, ya que como futura docente debería saber cuáles son las medidas y protocolos que se deben utilizar con niños y niñas con este trastorno. También saber cuál es el efecto que este trastorno provoca en este ámbito y poder actuar de modo adecuado.

Y en segundo lugar a nivel social, ya que el TDAH también afecta en este ámbito, provocando una deficiencia a la hora de las relaciones sociales, para tener un grupo de amigos/as.

Por último se han estructurado unas preguntas comunes en las entrevistas que enlazan lo académico y lo social de forma conjunta, ya que son dos ámbitos relacionados de modo que el TDAH afecta en uno de los dos y el otro se ve afectado también.

En resumen lo que se pretende con este apartado es recoger las respuestas de los diferentes participantes entorno a las preguntas comunes con el fin de obtener información de los distintos apartados que se quieren estudiar para conseguir una visión global. Además se suman algunas respuestas de preguntas específicas para añadir información relevante.

Los materiales, recursos y técnicas, elegidos para la realización de este trabajo han sido las entrevistas. También la revisión bibliográfica para poseer información sobre el TDAH.

Esta fase interactiva finaliza con el análisis y la interpretación de los datos recogidos durante el proceso de investigación.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

En el presente apartado se va a mostrar cuáles han sido los resultados obtenidos de la investigación planteada. Para presentar los resultados la estructura utilizada es la explicada en la metodología.

Para analizar los datos obtenidos en las entrevistas, se van a dividir en tres categorías distintas: por un lado se presenta lo relacionado con el ámbito académico, después con lo social, y por último aspectos de forma conjunta.

En primer lugar se ha relacionado con el ámbito académico varias preguntas, la primera de ellas: ¿Cómo afecta el TDAH en el desarrollo académico?

La respuesta a esta pregunta con respecto a los tres entrevistados; familiar, tutor y el sujeto ha sido coincidente en que el TDAH dificulta el desarrollo académico del sujeto.

El sujeto ha comentado que el padecer este trastorno ha supuesto una dificultad a la hora de cumplir con las exigencias que se requerían en cada curso. Conforme esas exigencias iban aumentando con el cambio de etapas, para el sujeto era más difícil llegar a los objetivos propuestos, lo que provocaba en ella un sentimiento de inferioridad con respecto sus compañeros.

A su vez en ocasiones siente fracaso ya que ella se esfuerza mucho y, dedica preparación y horas de estudio pero no es suficiente y no consigue llegar a cumplir con lo que se requiere. Le cuesta concentrarse y prestar atención lo que provoca que tenga que dedicar más tiempo que los demás y eso también es costoso para ella, aunque con la ayuda de la medicación este proceso es algo menos complicado.

En la entrevista realizada al familiar cree que el ámbito académico es uno de los más afectados por este trastorno, en el caso de su hija comienza a verse afectado en la etapa de Educación Infantil ya que aunque estaba al mismo nivel que sus compañeros tenía algunas dificultades para realizar algunas tareas. Poco a poco iba progresando hasta llegar al tercer curso de primaria en el que necesita realizar un esfuerzo mayor para resolver las tareas de matemáticas y desde entonces todo ha ido en declive.

En esta misma línea el tutor contesta: “cuando hemos utilizado el protocolo TDAH con tu hermana, como por ejemplo partirla las preguntas en los exámenes, o cuando han hecho trabajo de power point por grupos, en vez de hacer exámenes la respuesta ha sido positiva” Lo que ha provocado que el sujeto haya ido evolucionando conforme ha ido recibiendo apoyo gracias a las medidas y el protocolo utilizado en algunos cursos por el profesorado para atender a las necesidades educativas especiales que requiere, y así tener un correcto tratamiento del TDAH.

Se ha realizado otra pregunta relacionada con este ámbito, que es ¿cómo ha afectado o que ha supuesto que el sujeto haya repetido un curso?, han respondido los mismos entrevistado que en la anterior, y los tres coinciden en que ha sido algo positivo.

El tutor comenta que ha ayudado para que el sujeto tenga más confianza en ella misma y es muy favorable que en la actualidad este cursando el tercer curso de la ESO sujeta a un Programa de Mejora del Rendimiento de Aprendizaje (PMAR) en el cual tiene una atención más individualizada y unos/as compañeros/as con el mismo nivel que ella por lo que está más motivada y el efecto del trastorno se ha reducido, aunque sigue presente.

En cuanto al familiar cree que el tener que repetir curso no le afectó demasiado, tuvo una respuesta mejor de la esperada e incluso positiva. Respecto al rendimiento académico, considera que no hubo demasiadas variaciones con respecto al curso anterior aunque lo que si se ha conseguido gracias a ello es que eso le diese una seguridad y confianza para resolver con más facilidad el curso siguiente.

Hoy en día se encuentra en el tercer curso de la ESO como se ha comentado anteriormente en PMAR, a lo que la familiar refiere que el efecto del TDAH no es tan está tan presente como en etapas anteriores, a ello se le suma las distintas ayudas proporcionadas al sujeto.

Con referencia a la repetición de curso el sujeto comenta: “al principio me puse un poco triste pero me enteré del tutor que me había tocado y me encontré algo mejor, hay un profesor que me ha marcado, se ha preocupado por mí como ningún otro hasta el momento y me dio la confianza que necesitaba, gracias a él he mejorado tanto a nivel académico como social, personal y emocional, es una persona a la que tengo mucho cariño”.

Gracias a esto el sujeto se encuentra más cómoda y contenta, la actitud y compromiso del tutor hacen que los resultados en ella mejoren.

Por otro lado, la otra categoría sobre la que se sigue esta investigación es el ámbito social, es decir, las relaciones y habilidades sociales de los/as niños/as con TDAH, si se ven afectadas y cómo. En este apartado se ha lanzado una pregunta, la cual ha suscitado la misma respuesta para los cuatro entrevistados. La pregunta es ¿cómo ha afectado el TDAH en el ámbito social?, todos han contestado que se ha visto repercutido por el trastorno.

La importancia que tiene el estar bien con los compañeros/as de clase, sentirse querida, cómoda, que sienta que encaja y forma parte de un grupo, es muy alta ya que es algo que afecta a estos/as niños/as.

Quizás en este sentido hay dos personas que lo han llevado un poco peor; el sujeto y el familiar. La madre comenta en su entrevista que siempre le ha costado mucho relacionarse con sus compañeros/as, puede ser porque durante la etapa de Educación Infantil el sujeto pegaba a los niños y niñas de la clase lo que hacía que luego no quisieran estar con ella. Como madre comenta que veía un rechazo hacia su hija, también eso provocaba que el sujeto tuviese dificultades a la hora de relacionarse y hacer amigos/as, no ha tenido un grupo fijo de amigos/as hasta la actualidad, aunque en ocasiones se disuelva. Cuenta que en este sentido el trastorno ha tenido una influencia y repercusión bastantes altas y dice que personalmente a ella como madre le ha afectado mucho ya que ha habido ocasiones en las que ha visto a su hija sola y sufriendo en silencio, por lo que esto provocaba una tristeza tanto en el sujeto como en la familia.

Acerca de esta pregunta el tutor opina que el clima de amistades es uno de los pilares fundamentales, refiere que para poder aprender bien deben encontrarse cómodos/as en las relaciones con los pares. También comenta que estos/as niños/as en ocasiones pueden sentir rechazo lo que provoca sentimientos de inseguridad que no les permiten establecer o iniciar relaciones sociales con los demás.

En referencia a la visión que tiene el sujeto sobre la influencia del TDAH en sus relaciones sociales ha comentado que desde la etapa de Educación Infantil ha tenido dificultades. Concretamente recuerda llevar a cabo conductas impulsivas (como pegar a sus compañeros/as o hacerse pis encima), y conductas agresivas “cuando mis compañeros/as no querían jugar conmigo, les amenazaba diciéndoles que les iba a pegar” que más tarde provocaban actitudes de rechazo en sus iguales.

En cuanto a la categoría sobre los efectos del TDAH en el ámbito académico y social de una manera conjunta, se han obtenido las diferentes respuestas.

Se ha visto que las relaciones sociales afectan al desarrollo académico en estos/as niños/as, el tutor refiere que ha observado (tras estar tres años consecutivos con ella) que formar parte del programa de PMAR ha favorecido el establecimiento de nuevas relaciones. El comenzar en un grupo nuevo en el que hay niños y niñas con las mismas necesidades ha permitido una adaptación social mejor a las etapas anteriores. Esto a su vez ha permitido que se sienta más competente, motivada y segura en el ámbito académico.

De igual manera, la madre está de acuerdo en que el programa de PMAR ha proporcionado apoyo y una atención individualizada que ha promovido el ámbito socio-académico. También

refiere que el hecho de acudir a una clase con alumnos/as que se encuentran en una situación similar ha provocado que se sienta más útil e incluso protagonista ya que ha estado ayudando a compañeros/as que lo necesitaban.

Así lo refiere el sujeto, que se ha sentido identificada con sus compañeros/as, algo que hasta el momento no se había producido. Esto le ha permitido sentirse querida, entendida y apoyada, por lo que ha conseguido fomentar las habilidades sociales. Por tanto la mejor adaptación en el aula ha favorecido el establecimiento de relaciones.

Por otra parte se considera relevante la influencia del ámbito familiar en el ámbito académico. Los cuatro entrevistados coinciden en que el apoyo familiar es fundamental para un adecuado desarrollo tanto a nivel social como escolar, todos ellos conforman un equipo en el que cada uno tiene su papel. Deben trabajar unidos/as siguiendo la misma línea ya que de lo contrario puede llegar a ser algo negativo para el sujeto.

En resumen todos han coincidido en que sí, efectivamente el TDAH afecta tanto en las relaciones sociales como en el ámbito académico. Además han coincidido que emocionalmente este trastorno ha provocado una autoestima baja en el sujeto debido a la frustración que ha sentido en algunas ocasiones al ver los resultados y calificaciones obtenidas de las pruebas escolares y a la dificultad para establecer relaciones sociales.

6. CONCLUSIONES:

A lo largo de todo el Trabajo Fin de Grado se trata una temática que es de plena actualidad en la Educación.

Ha resultado interesante tratar el TDAH, ya que por lo que he podido comprobar, es un problema que se encuentra diariamente en las aulas y como futura docente es necesario poseer y saber aplicar la información obtenida.

En relación con asignaturas impartidas durante la formación universitaria del grado de Educación Infantil que he realizado en la Universidad, la asignatura Estructura Familiar y Estilos de vida muestra cómo puede llegar a repercutir el ámbito familiar y las relaciones que se producen en él por lo que lo podemos relacionar con el presente TFG, otra asignatura que es interesante es Intervención Educativa en Dificultades de Aprendizaje y Trastornos del Desarrollo, en ella se muestran varios trastornos, de qué tratan, y como el TDAH se encuentra dentro de ellos, es una de las razones también por las que he decidido realizar el

presente trabajo. Otra asignatura que se relaciona con el TFG es la de Educación para la Paz y la Igualdad ya que cómo indica sus nombre hay que educar en paz e igualdad, cosa que parece interesante ya que se trata de integrar e incluir a las personas que tengan o no distintos trastorno o dificultades.

Al tener la oportunidad de tratar e intimar una situación con alguien que padece TDAH he podido percibir cuales son los síntomas que este trastorno manifiesta.

Algo que se sugiere es la necesidad de observar y dar la voz de alarma a los/as niños/as en edad escolar que presenten alguno de los síntomas del TDAH ya que un diagnóstico precoz ayudará al niño/a y su familia a llevar de una mejor forma este trastorno.

En cuanto a lo que el marco teórico refiere, se puede observar que es un trastorno que posee varios subtipos, uno de los que más está afectando en la las aulas de hoy en día, a cuántos niños/as afecta la importancia que tiene en cada ámbito.

Tras las entrevistas realizadas se ha concluido en que debe haber una unión entre el profesorado y la familia, trabajar conjuntamente, hasta que el problema se haya solucionado o mejorado.

Se ha comprobado que el TDAH es un trastorno que tiene una repercusión en todos los ámbitos que conforman el desarrollo de la persona; destacando la importancia a nivel académico y social. Las respuestas obtenidas de las entrevistas han coincidido en que uno de los procesos más duros y en los que más sufren estos/as niños/as es la realización de exámenes, trabajos u otros, ya que hacen que se frustren debido a que realizan un esfuerzo muy grande en la preparación y finalmente no obtienen los resultados esperados.

En cuanto al ámbito social, también se ve afectado, sobre todo porque estos/as niños/as tienden a tener una baja autoestima, cosa que les frena a la hora de hacer amigos/as, también en el caso estudiado se ha producido un rechazo en sus compañeros/as de clase lo que ha provocado en ella cierta inseguridad y que sea más introvertida.

Haciendo referencia a lo comentado en las entrevistas debido a la extensión de mi trabajo no se ha hecho un mayor hincapié pero creo que es necesario trabajar en el ámbito emocional. Algo que también les cuesta tanto mostrar cómo, saber gestionar e incluso entender las emociones.

Por último destacar, que trabajando en equipo y de forma ordenada, el avance es posible.

El hecho de realizar un estudio de caso ha sido porque tanto emocional como profesionalmente es algo que me interesa, ya que el sujeto estudiado en la investigación es mi hermana y por ello he querido poseer más información para mi futura labor docente.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Acosta, M. T. (2007). Aspectos genéticos y moleculares en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: búsqueda de los genes implicados en el diagnóstico clínico. *Rev Neurol*, 44(Supl 2), S37-41.

Artigas-Pallarés, J. (2004). Nuevas opciones terapéuticas en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*, 38(supl 1), S117-S123.

Barkley, R. A. (1999). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.

Barkley, R. A. (2008). El manejo del TDAH en el aula: estrategias para el éxito. El TDAH como trastorno de las funciones ejecutivas: aplicaciones para su manejo en el aula. In *Hiperactivos: estrategias y técnicas para ayudarlos en casa y en la escuela* (pp. 38-83). LoQueNoExiste.

(CITPA 2016, Centro Interdisciplinario para la Atención del TDAH y Problemas de Aprendizaje S.C)

CADAH, F. (2012). TDAH en el aula, guía para docentes.

DSM-IV-TR (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales. Barcelona. Masson

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5), Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

-Fundacyl (2009). Guía para padres y profesionales de la educación y de la medicina sobre el TDAH. Valladolid

F CASTAÑÓN - historiadelmedicamento.es

Galea, C., Sciberras, C., y Galea, M. (2014). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: an overview. *Malta College of Family Doctors*; 3, 16-21

- Garrido-Pulido, V. (2013). El TDAH en la Edad Escolar: Programa de Intervención en el Aula para alumnos con TDAH Y Orientaciones para las Familias y Docentes.
- Guerrero, R. (2016). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Barcelona, Planeta*.
- González, M. I. N., & Villamizar, D. A. G. (2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de Historia de la Psicología, 31(4)*, 23-36.
- Hernando Arrabal, A. (2015). El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en Educación Infantil. Intervención para la mejora de las habilidades atencionales.
- López, J., & Galán, R. (2011). El alumnado con TDAH (hiperactividad) como colectivo en riesgo de exclusión social: propuestas de acción y de mejora. *Revista Ruedes, 2*, 37-59.
- Moreno García, I. (2013). Acercamiento al TDAH. Eliminando mitos y aproximando evidencias. En M. Á. Martínez Martín (coord.), *Todo sobre el TDAH: Guía para la vida diaria, avances y mejoras como labor de equipo* (pp. 25-48). Tarragona: Altaria.
- López Torrecilla, T. (2014). Los alumnos con TDAH, intervención en el ámbito educativo, familiar y social.
- López, J. F. G. (2006). Yo soy de dos y estoy en cada uno de los dos por completo: de San Agustín al gato de Schröndinber o las dos caras de la persona interactiva (TDAH). In *Creatividad, ingenio e hiperconcentración: las ventajas de ser hiperactivo (TDAH)* (pp. 9-46). Ediciones Aljibe.
- Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 2(4)*, 241-255.
- Rivera, F. B. (2016). La elevada prevalencia del TDAH: posibles causas y repercusiones socioeducativas. *Psicología educativa, 22(2)*, 81-85.
- Suárez Conde, O. (2017). *TDAH y procesos cognitivos PASS* (Doctoral dissertation, Psicología evolutiva e comunicación).

8. ANEXOS:

ANEXO 1

La primera entrevista realizada es a la neuropediatra que lleva el caso del sujeto analizado, a continuación se mostrarán una serie de preguntas que se le han realizado.

1. ¿Cuál es el diagnóstico de Beatriz?

Es un trastorno englobado dentro de lo que son las funciones ejecutivas cerebrales; en estas funciones ejecutivas, está el trastorno de atención, está el trastorno que siempre hemos conocido más que es el TDAH, que es el trastorno con déficit de atención e hiperactividad pero poco a poco durante estos últimos años, los estudios de los neuropsicólogos y de los psiquiatras han ido haciendo un cambio completo de la visión de lo que era el TDAH; que antes eran solamente el niño que no atendía y que se movía o que era impulsivo, en cuanto a conducta y ahora se hay tres subtipos del TDAH; el subtipo inatento, el subtipo combinado y a veces el impulsivo pero sin hiperactividad, impulsivo en cuanto a actos o respuestas pero no impulsividad motriz, por decirlo de alguna manera. Beatriz tiene un trastorno de predominio inatento pero en algunas respuestas, cuando le haces preguntas tanto académicas como de su vida cotidiana es un tanto impulsiva a la hora de contestar porque no hace una reflexión previa, no hace esa planificación que hacemos inconscientemente todos de ¿qué me has preguntado? y ¿qué tengo que contestar? Entonces contestas impulsivamente, que muchas veces aciertas pero otras veces cometes errores, que dentro del sistema ejecutivo también tenemos esa facultad de lo que es la reflexión o la flexibilidad cognitiva... si yo cometo un error y veo que no he obtenido el objetivo que yo buscaba, tengo que parar , echar marcha atrás y hacer otro tipo de organización para obtener mi respuesta, puesto que he cometido un error, entonces el hacer esta especie de reflexión o de flexibilidad de vamos a ver, he cometido un error, voy a buscar otro camino también es muy propio de las funciones ejecutivas; la flexibilidad cognitiva, que vamos madurando conforme nos vamos haciendo mayores. Entonces ella sería una niña con TDAH pero de predominio inatento con ciertas respuestas impulsivas, pero no conductas y además añade los trastornos de aprendizaje que se ven como comorbilidad en el TDAH, en algunas tareas es más, ella tiene mejores respuestas, pero le cuesta más.

2. ¿Cuándo se lo diagnosticaron?

Se lo diagnosticué creo que cuando tenía 4-5 años aunque la edad de los códigos de diagnóstico con absoluta fiabilidad es a partir 6 años, hay niños que ya previamente con edades más tempranas si los comparas con otro grupo de niños de su misma edad ves que hay niños/as inatentos, que en las etapas de Educación Infantil se ve que tienen un trastorno.

¿En qué te basaste para diagnosticarlo?

Hay una serie de criterios, de falta de atención, impulsividad e hiperactividad, pero hay unos trastornos comórbidos acompañantes, que solo se estima si existen o no. Se suman los criterios que están en el DSM y test que pueden hacerse y ves si hay una repercusión en ellos/as, ya que hay niños/as que son inatentos/as y no tienen ninguna repercusión. El trastorno se llama así porque tiene una repercusión en la persona que lo padece, tienes unas ciertas características que te afectan en los estudios, en las conductas, etc.

3. Importancia del ámbito escolar y familiar en este Trastorno

Es muy importante porque no es solo un problema ni del médico ni de la familia ni del colegio, es un problema de equipo, cada uno tiene su papel, aunque la familia tiene un papel muy importante, se ven implicados/as en este proceso a veces es necesario algunas veces ayuda externa de profesionales ya que al ser tu hijo/a hay cosas que ves pero otras que no puedes verlas. Ayuda mucho que te den unas pautas desde fuera y al niño/a que sea otra persona la que le dice las cosas es más efectivo a que se lo diga un familiar.

4. ¿Qué opinión tienes acerca del uso de la medicación para el tratamiento de este trastorno? ¿Cómo afecta esta medicación?

Hay niños/as que les va muy bien la medicación, hay niños/as que no necesitan ser medicados/as, depende todo de la repercusión que tenga en ellos/as este trastorno y de si ya se han puesto pautas educativas en marcha, si va a recibir apoyo cognitivo y pedagógico en el colegio y el apoyo familiar. A veces se valora si toda esta puesta en marcha de estos recursos da respuesta en el niño/a o si por el contrario le produce fatiga o rechazo, o si buscan alguna salida que provoca alguna conducta inadecuada, por ello a veces vale la pena esa ayuda de la medicación que es un complemento, ayuda a mantener la concentración y atención. No es algo que cure este trastorno, es una ayuda, por ello hay familias que lo rechazan.

En este caso, se le proporciona el medicamento a la sujeto ya que tiene un déficit de atención, tiene poca capacidad de concentración, el motivo de dárselo es para mejorarla ya que además tiene un apoyo y un trabajo desde todos los ámbitos.

Hay temporadas en las que tiene mayor concentración otras que la tiene más baja, de menos motivación, más cansancio, el apetito es menor. Es un proceso largo y es necesario tener un apoyo emocional tanto para ellos/as como para la familia.

En el cambio de la adolescencia creo que la medicación ha sido estable, es el sujeto la que ha cambiado, para bien, ha mejorado.

5. ¿Deben los niños con TDAH ir a colegios especiales?

Depende de la capacidad intelectual o de las habilidades que tenga cada uno/a, el ir a estos colegios es porque en la escuela normalizada por llamarla de alguna manera no tienen los recursos suficientes para tratar estas necesidades. Es mejor que acudan a estas escuelas y en ellas se integren a estos/as alumnas y se formen para dar respuesta a estas necesidades, no es necesario que en el caso de este trastorno haya que acudir a centros especializados.

6. Para que tenga un desarrollo integral, personal emocional y social como cualquier otro niño/a, ¿qué crees que se puede hacer?

Muchas cosas ya se van haciendo desde hace un tiempo, aunque quizás es ahora en la adolescencia es buscar con ella y con el apoyo de algún profesional o de familiar se debe buscar cuáles son las cualidades que tiene y donde se desenvolvería mejor, encontrar con ella cuáles son las cosas que más le motivan y seguir por ahí sus estudios o formación. Y sobre todo hay que tener mucha paciencia, dar tiempo a que esa persona se vaya haciendo una idea y se vayan entendiendo a ellos/as mismos/as.

7. ¿Tiene cura el TDAH?

No tiene cura, pero en más del 60% de las personas mejora a lo largo de la vida, ya que se han puesto medidas la intensidad de esa falta de atención ya no te repercute tanto buscas un apoyo y ayuda en personas que están a tu lado, además intentas focalizar tu vida en cosas que te gustan, que te motivan, donde te sientes más útil.

Quizás en las edades escolares es cuando más complicada o de mayor conflicto es más difícil dar una línea de salida.

8. ¿Cómo has visto la evolución del sujeto desde que la conociste hasta la actualidad?

Positiva, ha habido una época quizás en la pre adolescencia ha habido un poquito de bache, ha bajado su autoestima emocionalmente, en cuanto al aprendizaje, su ritmo de ir aprendiendo ha ido progresando siempre, pero en actualidad ha dado un salto de madurez, razona ciertos temas de una forma más madura.

ANEXO 2

- **¿A qué edad se empiezan a manifestar los síntomas del TDAH en tu hija?
¿Cómo lo descubres?**

A los tres años, noto que retrocede, por ejemplo: tenía un control de esfínteres que de nuevo vuelve a no tenerlo. Es incapaz de sentarse a hacer una ficha, le cuesta mucho, el sufrimiento que le suponía hacer un puzle, lo intentaba con mucho tesón pero era incapaz y sufría al hacerlo. Además su profesora me indica que la lleve al oftalmólogo porque cree que tiene deficiencia visual y algo más pero que ella no sabe diagnosticar. Por lo que decido ponerme en contacto con el gabinete del colegio y la neuropediatra.

- **¿Cómo afecta ese diagnóstico a la familia?**

Al principio fue difícil de asimilar y con bastante miedo por no saber cómo actuar, y por mi parte, al ser la madre, me produjo mucho sufrimiento porque veía que mi hija en muchas ocasiones sufría en silencio, ya que no sabe exteriorizarlo.

- **¿Qué pautas sigues o que haces una vez que ya sabes lo que le pasa a tu hija?**

Seguir las recomendaciones que me dan la neuropediatra, la psicóloga y el gabinete de orientación del colegio al que va mi hija. Ponerle pictogramas para dar las órdenes, y a la hora de hacer los deberes estimar los tiempos, poner gomets para motivarla e incentivarla cuando progresaba tanto en el comportamiento como en las tareas.

- **¿En qué ámbito o ámbitos crees que ha afectado más este trastorno a tu hija?**

En general en todos los ámbitos, pero más acentuado en el ámbito académico y social. Le ha costado mucho relacionarse con sus compañeros/as de clase, sentía rechazo, dificultad a la hora de hacer amigos/as, no ha tenido un grupo fijo hasta la actualidad, cosa que a mí como madre me ha preocupado muchísimo, porque la he visto en muchos momentos sola, y como he dicho anteriormente, sufriendo en silencio.

- **¿Cómo ha sido su evolución escolar, y cómo ha afectado el TDAH en este ámbito?**

En la etapa de Educación Infantil, estaba al mismo nivel que sus compañeros aunque tenía pequeñas dificultades para realizar ciertas tareas. Poco a poco iba progresando hasta llegar al tercer curso de primaria en el que necesita realizar mucho esfuerzo para resolver las tareas de matemáticas, y desde ahí fue en picado.

La peor etapa ha sido los tres cursos de la ESO, ya que a partir del primer curso todo se le iba complicando más y requería más esfuerzo y concentración, cosa que ella no sabía gestionar. En el segundo curso, sus profesores decidieron junto con la familia que tenía que repetir puesto que no llegaba a cumplir las exigencias pautadas.

- **¿Cómo crees que afectó a tu hija la repetición de este curso?**

Creo que no le afectó demasiado, tuvo una respuesta mejor de la esperada, positiva, e hizo nuevos/as amigos/as y dejó atrás compañeros/as que en algún momento habían sido nocivos/as emocionalmente para ella. En cuanto a lo académico creo que no hubo muchas variaciones con respecto al curso anterior.

- **A raíz de estos cambios, ¿Cómo ves la actitud de tu hija, cambia y mejora o por el contrario le dañifica?**

Creo que ha cambiado e incluso mejorado a raíz de entrar en un programa de PMAR, porque tiene una atención más individualizada y se ha encontrado con compañeros/as con necesidades similares a las suyas e incluso ella se ha sentido protagonista y muy útil ya que ha estado ayudando a otros alumnos/as que lo necesitan más que ella.

Además se ha formado un grupo que no es solo a nivel escolar, sino también personal, lo que le ha ayudado a ser más segura, ser más extrovertida, abrirse con ciertas compañeras y sentirse más querida.

- **¿Por qué es frecuente el sentimiento de fracaso en los niños con TDAH?**

Porque les cuesta mucho esfuerzo y no llegan a superarlos objetivos que deberían cumplir, cosa que hace que se desmotiven. Por ejemplo en el caso de mi hija, el nivel de preparación para un examen no se corresponde con la calificación obtenida, por lo que ellos/as se sienten mal cuando ven que utilizan tanto esfuerzo para aprobar y en ocasiones no lo consiguen. Al margen del tema académico, en este caso, también ha experimentado ese sentimiento de fracaso cuando ella intentaba integrarse en un grupo mientras sus compañeras la rechazaban sin ella darse cuenta. Al contar a la familia situaciones o comentarios que habían pasado era cuando se daba cuenta de lo que le estaba pasando y es entonces cuando se sentía mal.

- **¿Cómo se puede mejorar la autoestima de los niños con TDAH?**

En primer lugar, creo que la familia debe asimilar lo que es este trastorno para así poder afrontarlo. En segundo lugar, es muy importante reforzar los progresos que vaya haciendo y ser positivos, aunque es igual de importante enseñarle a afrontar los fracasos y a superarlos.

Hay que ser permisivos y con una paciencia infinita ya que hay que repetirles varias veces las cosas, pero también hay que ponerles límites.

Para mejorar su autoestima es necesario premiarles o decir lo bien que lo han hecho cuando hayan conseguido los objetivos propuestos, hay que motivarles continuamente y en ocasiones hacer un pequeño chantaje para conseguir lo que se quiere.

- **Importancia del ámbito familiar y escolar en este trastorno**

Creo que la familia debe estar lo más unida posible de lo contrario cualquier comportamiento inadecuado repercutirá emocionalmente en ellos/as. Deben implicarse todos los miembros de la familia manteniendo toda la misma línea en cuanto a la disciplina, ya que de lo contrario podría llegar a ser frustrante para ella.

A nivel escolar en el caso de mi hija solo se le ha prestado atención necesaria, en mi opinión en algunos cursos. Creo que es necesario que se aplique el protocolo de TDAH e incluso contar con profesionales formados para ello, porque considero que son niños y niñas que no necesitan ir a un centro con necesidades educativas especiales.

ANEXO 3

Se le ha realizado una entrevista al propio sujeto del estudio de caso.

1. ¿Recuerdas algo de tu estancia en la guardería? ¿Cómo te llevabas con los/as compañeros/as? ¿Y con la profesora?

Sí, lo que más recuerdo es que nos metían a mí y a otros dos niños en una habitación oscura, encerrados hasta que dejásemos de llorar; en incluso más... la razón por la que nos metían ahí no la recuerdo, pero imagino que sería por pegar, mal comportamiento o no se... Bien, siempre estábamos todos juntos, había una niña que se llamaba Raquel, que era con la que más estaba.

Tenía dos profesoras, mientras nosotros estábamos dentro las oíamos hablar detrás de la puerta, las dos nos encerraban por igual.

2. En la etapa de Educación Infantil, ¿qué recuerdas? Momentos tanto buenos como malos.

Me gustaba mucho más el colegio que la guardería en la que estuve, recuerdo que pegaba a mis compañeros... me meaba encima, la profesora solía dejarme levantada en una esquina creo que me dejaban castigada por pegar.

3. Por aquel entonces, ¿tenías amigos/as o que hacías para que tus compañeros quisiesen jugar contigo?

Pegaba a mis compañeros porque me decían que no querían ser mis amigos/as. Tenía dos compañeros, un niño y una niña con los que me llevaba muy bien.

Había unos deberes que nos mandaban para el fin de semana los cuales me costaban mucho, tenía que repetirlos porque me salían mal, y lo odiaba.

Cuando hacíamos excursiones me lo pasaba bien, estaba con mis compañeros, más a gusto que en clase.

4. ¿Te costaba relacionarte con tus compañeros/as? ¿Y con tu profesora? ¿La recuerdas?, ¿te reñía y castigaba con frecuencia?

No me costaba relacionarme, para que jugaran conmigo les “amenazaba”: si no querían les decía que les iba a pegar. Recuerdo a mi profesora con cariño, me reñía y chillaba pero creo que con razón, porque yo me portaba mal y pegaba a mis compañeros.

5. ¿Cómo crees que eras cuando eras niña?

Creo que era una niña alegre, muy movida, simpática, un poco torpe, miedosa, destacaba en la etapa de infantil. Era participativa, hablaba mucho tanto con los compañeros como con mi profesora, a veces interrumpía la clase.

6. ¿Notaste algún cambio en tu paso a Primaria? Tanto a nivel escolar, refiriéndome a estudios, como a nivel personal, amigos/as, profesores/as...

Había más responsabilidad en cuanto a los estudios, la personalidad... comenzó a parecerme difíciles las matemáticas. Mi profesora nueva era distinta, se preocupaba más por mí, ya que lo necesitaba, me costaba más hacer los deberes.

La relación con mis compañeros/as era mejor, era más abierta, ya no pegaba a nadie, por ello mejoró mi relación, estaba con más personas con las que jugaba.

7. Al mostrar tus trabajos en clase tanto en la Etapa anterior como en la de Primaria, ¿qué sientes? ¿cómo te sientes?

Recuerdo una vez que una profesora me mandó hacer un dibujo en la pizarra ya que al ver el mío en mis deberes no se creía que lo hubiese hecho yo, ahí me sentí muy mal.

8. En la etapa de Secundaria ya comenzaban los exámenes, el estudio un poco más diario y a la vez más complejo, nuevos profesores y profesoras, nuevos compañeros/as... ¿cómo afrontas este nuevo cambio? ¿es fácil tu adaptación?

Al comenzar esta etapa para mí fue como un enorme tortazo en la cara, porque era todo más difícil, era un cambio muy grande, nueva gente, nuevos profesores.

A esto se le añadía que mi hermana se fue a estudiar fuera, lo que provocaba que yo estuviese triste y un poco peor tanto en clase como en casa. Para mí es un gran apoyo.

Las matemáticas siempre han sido un pequeño problema para mí, y en estos cursos comenzaron a parecerme muy difíciles, al igual que las exposiciones orales, al ser más compañeros en clase me daba más vergüenza.

9. ¿Qué ha supuesto para ti repetir? ¿Y qué te hayan ofrecido realizar 3º de ESO en PMAR?

En cuanto a profesores conocí a un profesor que me ha marcado, se ha preocupado por mí como ningún otro hasta el momento y me dio la confianza que necesitaba, gracias a él he mejorado tanto a nivel académico como social, personal y emocional, es una persona a la que tengo mucho cariño.

Lo más importante para mí es que en el segundo curso de Eso, conocí a mi mejor amiga, una chica muy parecida a mí, a la que también le costaba relacionarse y en la que vi un apoyo, que hoy en día sigue estando.

Este curso fue un poco duro para mí ya que tuvimos algún problema familiar.

10. ¿Cómo ha afectado esto en tu rendimiento académico? ¿Y social y emocionalmente?

Al principio me lo tomé muy mal, porque me iba a separar de mi mejor amiga, me daba miedo estar en una nueva clase donde no iba a conocer a nadie. Pero luego me di cuenta de que no era tan malo, y conocí a gente con la que salgo actualmente.

Mejoré académicamente, estaba contenta porque ya sabía cómo tenía que hacer las cosas, me sentía más segura. Saqué mejores notas, cosa que me motivó mucho.

ANEXO 4

Se ha realizado una entrevista al tutor que ha compartido con el sujeto tres cursos académicos.

1. ¿Cómo puede un profesor reforzar la integración de un alumno con TDAH en la clase?

Haciéndole participe a la clase de que entienda lo que es un problema de TDAH, es fundamental, en las clases de tutoría deben entender cómo gestionar la relación con ellos/as ya que es más el entorno el que tiene que adaptarse y no ellos/as.

2. ¿Deben los niños con TDAH ir a colegios especiales?

No, porque además es negar al resto de la clase la existencia de este trastorno y a su vez evitas una convivencia que más adelante puede ser muy difícil.

3. ¿Qué cualidades positivas tienen los niños con TDAH?

Lo que hacen sale de dentro, no tienen filtro, lo que te indica que si hacen cosas malas es porque no saben gestionar lo que tienen dentro y si hacen cosas buenas van por el buen camino. No tienen malas intenciones porque no saben gestionar ese sentimiento o esa capacidad para vengarse.

4. ¿Por qué se detecta tarde en España el TDAH, los docentes?

Quizás por cómo es el español, es decir, por la idiosincrasia, debido a que se exige ser extrovertido, participativo, etc. y a ellos/as les cuesta más.

5. ¿Qué papel juega el psicólogo en el tratamiento del TDAH?

Fundamental, porque creo que es el que tiene que marcar unas pautas y relacionarlas con el profesorado, y con ello ponerse en contacto para ir hablando y evaluando si funcionan o no esas pautas, eso sería lo ideal.

6. ¿La medicación para el TDAH es segura para los niños/as o por lo menos efectiva?

Hasta que se da con la dosis, que yo entiendo que se tiene que dar un proceso, es difícil para la persona que lo sufre, pero en el momento que se acierta, en el caso del sujeto funciona muy bien, junto con la ayuda de otros agentes.

7. ¿Crees que ha tenido un rechazo por parte de sus compañeros/as?

Es un círculo que comienza con, me cuesta relacionarme con los demás y el resto no me entiende y con lo cual no profundizan y no se acercan por lo que yo tampoco me acerco

Creo que habría que tratar el TDAH igual que el bullying, debería haber alumnos/as que estén con ellos/as en el patio, te presento a mis amigos/as. Deberían ser unos tutores, guías o ayudantes

8. ¿Crees que hay un tratamiento ideal para el TDAH?

No, lo comparo con hacer dieta, no a todo el mundo le es efectivo la misma dieta ya que cada uno/a tiene un cuerpo distinto. Puede servir un plan general, pero no se puede aplicar lo mismo a todos/as los/as niños/as. Hay que realizar protocolos generales pero reservando ciertos puntos que sean individuales.

9. ¿Qué cosas crees que influyen en este trastorno?

El ambiente familiar, el clima de amistades, para mí son fundamentales. Y el entorno escolar, para poder aprender deben estar bien, a gusto y cómodos.

10. ¿Por qué es frecuente el sentimiento de fracaso en los niños con TDAH?

Por el agravio comparativo, porque a todos/as nos gusta encajar y la pregunta que se hace ese niño/a es ¿cómo estando las mismas horas en clase y teniendo clases particulares no llego a conseguir lo mismo que mis compañeros/as? También depende de las asignaturas, ya que por ejemplo en Educación Física soy capaz de entender que corro menos que otro/a pero la mente no se ve ni las capacidades se ven tienden a tener mejores calificaciones y encontrarse más cómodos en ese espacio.

11. ¿Cómo se puede mejorar la autoestima de los niños con TDAH?

Con refuerzo positivo lo primero y muy importante opto por engañarles, en clase quieren hacer las mismas actividades que los demás y le gusta encajar. Haciendo ejercicios con ellos/as peor que no valoren que no son muy diferentes al resto de sus compañeros/as y puedan llegar a lo que quieren conseguir, con las mismas oportunidades.

12. ¿Cuál ha sido la evolución del sujeto durante el tiempo que has estado con ella?

Creo que ha evolucionado porque ha cambiado el entorno de amigos/as y ha cambiado las relaciones con ellos/as y porque al encontrarse ahora en el programa en el que está, PMAR, hace que ella se encuentre bien, que ya ve que encaja dentro de un grupo. También los cambios en el entorno familiar y la actitud del profesorado, requieren cierto cariño pero p