



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO
SOCIAL

Departamento de Psicología

TRABAJO FINAL DE GRADO:

**TDAH, pautas de intervención para la escuela y
la familia.**

Presentado por Lidia Rut Asensio Santisteban para
optar al Grado de Educación Infantil por la
Universidad de Valladolid

Tutorizado por:

Moisés Otxoa Aizkorbe

RESUMEN

El presente Trabajo de Fin de Grado trata sobre las consecuencias del TDAH y cómo afectan estas consecuencias en el ámbito escolar y en el ámbito familiar. Es muy fácil encontrarse alumnos de dicha tipología en las aulas de infantil, por eso es imprescindible que los maestros sepan cómo abordar y qué pautas aplicar para poder ayudar para poder ayudar a esta clase de alumnos. Por otro lado, muchas familias de estos niños no saben cómo afrontar dicha situación, y es nuestro deber, como maestros, orientarles en todo lo necesario para una buena educación de sus hijos.

El TDAH es uno de los trastornos más comunes en las aulas de infantil y por eso es importante y necesario conocer y profundizar su terminología, etiología, en qué afecta, sus causas, diagnósticos o los posibles tratamientos.

En este trabajo se investigarán las causas posibles del TDAH, algunos falsos mitos sobre este trastorno, las necesidades educativas del alumnado que presenta TDAH y, sobre todo, darle la relevancia que debe tener, como cualquier otro trastorno. También se investigarán pautas de ayuda a las familias para que sus hijos tengan una educación de calidad y puedan estar en un aula ordinaria sin sentirse excluidos.

Lo que pretendo conseguir con este trabajo, es que se conozca más a fondo al TDAH y, lo que es más fundamental, saber cómo se tiene que actuar frente a estos niños, tanto en el ámbito educativo, como en el ámbito familiar, que son los principales focos de socialización para estos niños en la etapa de educación infantil.

ABSTRACT

This Final Degree Project deals with the causes of ADHD and how it affects the school environment and the family environment. It is very easy to find a child with this disorder in nursery classrooms, so it is essential that teachers know how to deal with this type of disorder with the appropriate guidelines in order to help this class of students. On the other hand, there are the families, many of whom do not know how to deal with this situation, and it is our duty as teachers to help them in everything necessary for a good education of their children.

ADHD is one of the disorders that is being seen the most in children's classrooms and that is why it is important and necessary to know its terminology, etiology, what it affects, its causes, diagnoses or possible treatments.

In this work, the causes of ADHD, some false myths about this disorder, the educational needs of students with ADHD and, above all, giving it the importance, it should have like any other disorder, will be investigated. Guidelines will also be investigated on how to help families so that their children have a quality education and can be in an ordinary classroom without feeling excluded.

What I intend to achieve with this work is to learn more about ADHD, and what is more fundamental, to know how to act against these children, both in the educational field and in the family, since that these two areas are the main foci of socialization for these children and the closest to him in the infant stage.

PALABRAS CLAVE

Trastorno de déficit de atención e hiperactividad, alumno con Necesidades Educativas Específicas, trastorno, familias, causas, ámbito educativo, niños.

KEYWORDS

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), student with Specific Educational Needs, disorder, families, causes, educational environment, children.

ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN.....	6
2.JUSTIFICACIÓN.....	8
3.OBJETIVOS.....	10
3.1 Objetivo principal:	10
3.2 Objetivos específicos:.....	10
4. MARCO TEÓRICO	11
4.1 DEFINICIÓN	11
4.2 CARACTERÍSTICAS.....	15
4.3 CAUSAS.....	16
4.4 TRATAMIENTO.....	18
4.5 FALSOS MITOS DEL TDAH Y SU REALIDAD.....	20
5. EL TDAH EN EL ÁMBITO ESCOLAR.....	22
5.1 Modificación de conducta de los niños con TDAH en la escuela.....	30
6. TDAH EN EL ÁMBITO FAMILIAR.....	31
6.1 Relaciones familiares.....	32
6.2 Estrés en los padres a la hora de educar a un hijo con TDAH	34
6.3 Pautas a las familias con hijos con TDAH.....	35
7.CONCLUSIÓN.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

“Prevenir el trastorno es difícil, ya que es fundamentalmente genético. Lo que sí que se puede prevenir son las actitudes sociales negativas, el temor de las familias, la autoestima del niño y la ignorancia del sistema educativo”.

Dr. Luis Rojas, 1943.

1.INTRODUCCIÓN

El trabajo que voy a presentar tiene relación con la experiencia que he vivido en mis prácticas de la Universidad y de los niños que he ido encontrándome a lo largo del camino. Me decanté por este tema porque por lo que he podido comprobar que no todos los profesionales (ni familiares) tienen la información precisa y necesaria para tratar a un niño con este trastorno. Por ello me centraré, sobre todo, en el ámbito escolar y familiar, en los cuales existe una falta de información acerca del TDAH.

A menudo, las personas que nos vamos encontrando a lo largo de la vida, tanto hombres como mujeres o niños, padecen algún tipo de discapacidad o trastorno, con mayor o menos afectación, con lo que, en ocasiones, las actividades de la vida práctica se les dificultan. Muchas de estas personas, a simple vista, no aparentan padecer ningún trastorno, pero en el fondo llevan una gran mochila, en la cual, van guardando en silencio todos los problemas que les dificultan la vida, y muchas veces ni siquiera llegan a ser tratados adecuadamente.

Dentro del ámbito educativo, que es uno de los focos principales de este trabajo, en las aulas de infantil, los maestros tienen un trato directo con los alumnos, por lo tanto, adquieren un conocimiento muy amplio de los mismos. En cada curso académico, los maestros podemos observar que en todas las aulas existe algún alumno que tiene Necesidades Educativas Especiales o Específicas. Dentro de este colectivo, se pueden observar diferentes niños con diferentes discapacidades o trastornos, por multitud de causas, y todos merecen ser atendidos.

Entre estos alumnos se encuentran los niños que padecen TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad). Este trastorno es cada vez más común en las aulas, por lo tanto, se requiere una atención y apoyo especial por parte del profesorado y de los

profesionales, ya que tanto las familias como el niño, pueden presentar problemas y dificultades en su vida diaria.

Una buena dedicación, observación y atención son clave para estos niños y para estas familias ya que pueden facilitar y mejorar sus vidas, tanto en el ámbito social, como en mejorar la integración del niño en el aula.

En este Trabajo de Fin de Grado, he querido, por tanto, centrarme en el TDAH debido a que es un trastorno conocido, pero en mi opinión, poco tratado.

Además, la Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre (LOMLOE) reconoce el Trastorno de atención o aprendizaje como clasificación NEAE en el artículo 71:

“Las administraciones educativas dispondrán de los medios necesarios para que todo el alumnado alcance el máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional, así como los objetivos establecidos con carácter general en la presente Ley”. (LOMLOE, 2020, p.107.)

Por lo tanto, es uno de los principios regidos por la ley.

Según dice Bonet Camañes (2009) *“para conseguir mejoras consistentes, la intervención y tratamiento que deben recibir debe ser interdisciplinar. Se trata de una labor de equipo: padres, profesores, pedagogos psicólogos, médicos y el propio niño, donde cada uno tiene su propia parcela, labor cometida y donde la coordinación es fundamental”.*

El Déficit de Atención e Hiperactividad, es un trastorno que, como cualquier otro, tiene que ser atendido en las aulas. La investigación del TDAH está constantemente avanzando y los maestros tenemos un papel fundamental para abordar esta problemática con una buena actitud, además de obtener un mejor resultado en la educación de los

alumnos con este trastorno y, por otro lado, ser partícipes de una adecuada integración de estos niños, además de mantener una estrecha colaboración con las familias.

2.JUSTIFICACIÓN

El tema elegido para este Trabajo de Fin de Grado es, pautas de intervención del TDAH para el ámbito escolar y en el ámbito familiar. Se trata de un tema de plena actualidad, el cual he elegido, principalmente por el aumento de diagnósticos y su presencia habitual en las aulas.

Como ya he comentado el TDAH es un trastorno frecuente. El estudio epidemiológico en doble fase, psicométrica-clínica, de Rodríguez- Molinero y otros, del año 2009, comunicó una prevalencia del TDAH en Castilla y León de 6.6%, con una relación de género de 2:1 a favor de los varones, al tiempo que no se encontraron diferencias entre la población rural y urbana, ni entre primaria y secundaria. El trabajo de Cardo y colaboradores realizado en otra comunidad, ofrece resultados similares (Cardo, Severa y Llobera, 2007).

Los menores que presentan TDAH generan importantes interferencias en las actividades escolares, familiares, y sociales de la población afectada. Estas repercusiones son decisivas para el rendimiento académico (García-García y otros, 2008 y Rodríguez-Salinas, 2006). Asimismo, presentan con mayor frecuencia problemas de relación interpersonal incluido el acoso escolar (Strine y otros, 2006), trastornos relacionados con el uso de sustancias y mayor riesgo de accidentes y lesiones (Leibson y otros, 2001).

Por lo que es de gran importancia que los maestros tengan la información necesaria y las técnicas adecuadas para atender a las necesidades de los niños que presentan TDAH.

Se halla una gran disparidad de diferentes planteamientos entre distintos profesionales, en sus diferentes puntos de vista de entender en TDAH. Por un lado, hay profesionales que defienden la relación que tiene este trastorno con la genética, señalando datos científicos, y en el otro lado, hay profesionales que plantean que el TDAH, es una invención de la industria farmacéutica, y por consecuencia, que no existe (Guerrero, 2016).

He decido realizar este trabajo por el gran auge que está teniendo este trastorno en las últimas décadas, y cada vez hay más niños que lo padecen, desde las edades más tempranas o durante la adolescencia. También he elegido este tema desde un punto de vista profesional, ya que he decidido dedicarme a la educación y por lo tanto he querido indagar más acerca de este trastorno.

Trataré el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en Educación Infantil, investigando sobre el comportamiento de estos niños en la etapa de infantil, con el fin de actuar lo antes posible y conocer las causas y pautas precisas para su intervención lo antes posible. También se reflejarán en dicho trabajo las actitudes que deben tomar las familias con hijos que presenten este trastorno.

3.OBJETIVOS

Con este trabajo se pretende conjugar la relación de la familia y la escuela ya que, con una intervención conjunta, es más fácil ayudar a un niño que presente TDAH.

3.1 Objetivo principal:

-Plantear pautas de intervención del TDAH tanto en el ámbito escolar como en el ámbito familiar.

3.2 Objetivos específicos:

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

-Ayudar a las familias, como a los maestros, en la educación de sus hijos con este trastorno.

-Promover la relación entre la escuela y las familias sobre el trabajo con niños con este trastorno.

4. MARCO TEÓRICO

En este apartado se va a hablar sobre el concepto del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) tocando todos los ámbitos necesarios para conocer más a fondo este trastorno. El TDAH es el nombre que recibe este trastorno neurológico del comportamiento que afecta tanto a los más pequeños, como a los adultos.

Se trata de un tema de actualidad y de gran importancia, pero no es un trastorno nuevo, sino que es conocido desde hace años. En este documento se recogen las distintas ideas o conceptos que han hecho referencia al TDAH incluido en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Como señala la Fundación Cantabria (2009) el TDAH tiene un origen neurológico, el cual afecta al desarrollo de las funciones ejecutivas.

4.1 DEFINICIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se define en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) como un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por un patrón persistente de déficit de atención y/o hiperactividad que es desadaptativo para el paciente, está presente antes de los 12 años e interfiere en sus actividades diarias.

HISTORIA:

También hay que destacar que el TDAH ha sido definido por múltiples autores, siendo así más completo y actualizado con el paso del tiempo. Para conocer mejor este trastorno, es necesario conocer las distintas visiones de diferentes autores a lo largo de los años.

Uno de los primeros autores en tocar el tema de la atención, fue Crichton (1978), quien describe las alteraciones y la incapacidad de atención ya que tenía lugar en el S. XVIII.

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.

Años más tarde, una de las primeras descripciones del comportamiento de niños hiperactivos la realizó el psiquiatra, Heinrich Hoffmann, en 1844, un escritor e ilustrador de cuentos. Un poco más tarde, Bourneville, 1887, realiza una descripción de los niños que padecían una inquietud psíquica y física que era bastante elevada, además de un leve retraso mental, se trataba de niños inestables.

Y en 1901, J. Demoor señala la presencia de niños muy hábiles, que precisan moverse constantemente y que se asocian a una clara dificultad emocional.

Por otro lado, Tredgold (1908) usa la referencia “imbéciles morales” para señalar a niños y adolescentes que presentaban conductas desafiantes, conductas inadecuadas comportamientos impulsivos. En 1917, R. Lafora nombró características clínicas de los niños con este patrón de comportamiento, entre ellas: nerviosismo, interdisciplinariedad, constante actividad, desatención y niños sin déficit cognitivo ni sensorial. (Fernández Jaén, 2012).

Tras la Primera Guerra Mundial, en los Estados Unidos en 1917 se observaron síntomas similares a los escritos por Still en 1902, en personas y niños que habían

contraído la enfermedad de encefalitis, producida por una epidemia. Es Hohman quien en 1922 observa este comportamiento como secuela de la encefalitis. En ese momento se denominó “Síndrome de inestabilidad psicomotriz” (Frutos, 2020).

En 1931 Shilder observa una clara relación entre la presencia de hipercinesia en pacientes que experimentaron sufrimiento perinatal. Señalando de alguna manera la base “orgánica” de la patología. (Fernández Jaén, 2012).

Casi 20 años después de esta última observación, Strauss y Kephart en 1955 hablaron del término “Síndrome del Daño Cerebral Infantil” en el que se observaba un claro empeoramiento en la atención y memoria de los niños que lo padecían, además de hiperactividad e irritabilidad.

El período comprendido entre los años 1950 y 1970 es considerado como “la edad de oro de la hiperactividad” según Barkley (2018). Se empieza a considerar la hiperactividad como síntoma principal de este trastorno aplazando la impulsividad y el déficit de atención. En ese mismo momento la denominación cambia para llamarse “síndrome hipercinético” recogido por la Asociación Americana de Psiquiatría en 1968 en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-II), en el cual este trastorno ya se refleja como “síndrome hipercinético en la infancia” que incluía a pacientes con signos neurológicos menores, problemas de conducta y problemas de aprendizaje (Soutullo y Diez, 2007; Frutos, 2020).

Esta denominación no cambió hasta 1972, en la cual Virginia Douglas incluye el concepto del déficit de atención, un cambio muy significativo en la denominación del TDAH, ya que esta autora argumentó que la sintomatología más básica no era la hiperactividad, sino la incapacidad para mantener la atención y la impulsividad, cambiando así el concepto a TDA.

Douglas reguló criterios diagnósticos, los cuales incluían la inquietud motora, dificultad de prestar atención, incapacidad para permanecer quietos o sentados dificultad para controlar impulsos. Además, estos síntomas debían darse tanto en el ámbito familiar como en el escolar (Siegenthales y Marco, 2011). Llega entonces el DSM III (1980) en el cual se denomina a este trastorno como “Trastorno por déficit de atención” en el cual se sostenía que las características principales eran la inatención e impulsividad postergando de esta manera la hiperactividad y denominándola como un subtipo dentro del trastorno.

Históricamente se publicó en la revista británica “Lancet” un artículo de George Still (2001), quien realizó la primera descripción científica de conductas impulsivas y agresivas, de lo que denominaba “defectos del control moral”.

La OMS en 1992, publicó el (CIE-10) en el cual se recoge la clasificación internacional de enfermedades, y el TDAH quedó clasificado dentro del grupo de trastornos de comportamiento y de emociones.

En 1994, se introducen en el DSM-IV tres subtipos que aún se mantienen (presentación combinada, presentación predominante con falta de atención, presentación predominante hiperactivo/impulsiva). (Fernández, Piñón Blanco y Vázquez-Justo, 2017)

Actualmente está muy generalizada la aceptación de la implicación de las funciones ejecutivas en el TDAH. Aquellas funciones implicadas en los procesos de orden superior, tales como la memoria operativa, planificación, autorregulación y secuenciación de la conducta, inhibición de respuestas y flexibilidad cognitiva (Tannock, 1998). Siendo la definición del TDAH como un déficit en el control inhibitorio de Barkley (1997) una de las más aceptadas.

4.2 CARACTERÍSTICAS

Cuando, a través de la observación, llegamos a la conclusión de que estos alumnos presentan TDAH, solemos basarnos principalmente en las siguientes características:

Hiperactividad: la cual está relacionada con las dificultades de aprendizaje.

Se suelen dar el siguiente tipo de manifestaciones/conductas:

- Ser inquietos desde el punto de vista motor, sobre todo, en manos y pies.
- Hablan mucho y sin control.
- Suelen estar en continuo movimiento.
- Poseen dificultades en los juegos estáticos.
- Con frecuencia se muestran acelerados.
- Siempre están activos y acelerados.

Dificultad de atención: los niños que sufren este trastorno tienen dificultades de atención ya que no está totalmente desarrollada. Para considerar que el niño presenta déficit de atención deben darse, al menos, seis de los siguientes síntomas durante un periodo mínimo de seis meses:

- Poseen dificultades de escucha.
- No acaban las tareas y les cuesta seguir las instrucciones indicadas.
- Tienen dificultades a la hora de prestar la atención en tareas escolares.
- Poseen dificultades para mantener la atención en un juego o en una actividad que se alarga en el tiempo.
- Les cuesta organizar cualquier tipo de tarea o actividad.

- Si tienen que realizar una tarea en la que se trata de una tarea mental alargada en el tiempo, les resulta difícil desarrollarla.
- A menudo pierden los materiales necesarios para desarrollar sus tareas.
- Poseen la capacidad de distraerse ante cualquier estímulo.

Impulsividad: Se trata de alumnos que contestan a las preguntas que se les hacen antes de finalizarlas. Muestran dificultad de escucha en los turnos dentro de una actividad grupal y dificultades a la hora de aceptar las reglas. Estos niños frecuentemente, interrumpen en actividades que están realizando otros compañeros. El 80% de los alumnos que tienen TDAH tienen problemas de conducta, sobre todo en el horario escolar, estos niños tienen una falta de madurez porque suelen elegir amigos más jóvenes que ellos, sus dibujos son muy simples y tienden con frecuencia al llanto fácil.

Debemos destacar que estos síntomas tienen que haber aparecido antes de los siete años de edad.

4.3 CAUSAS

A pesar de las múltiples investigaciones sobre las causas del TDAH, la verdad es que todavía no se saben con exactitud cuáles son, pero sí que existen algunas teorías que intentan aclarar su origen. Por ejemplo, según Martínez (2010), clasifica las causas de este trastorno en tres grupos:

A). Causas Biológicas

- 1. Factores hereditarios:** Antiguamente no había recursos para saber si los niños eran hiperactivos, por lo que es complicado saber si este trastorno se podría transmitir de padres a hijos. Sin embargo, investigaciones actuales parecen detectar correlaciones entre padres e hijos hiperactivos.

2. **Factores neurológicos:** En distintos estudios científicos se han hallado diferencias entre los transmisores químicos; dopamina y noradrenalina. De forma que los niños hiperactivos adopten una actitud de hipervigilancia donde reaccionan de manera más exagerada a estímulos sensoriales.
3. **Problemas durante el embarazo y el parto:** Aquellas madres que hayan sufrido un estrés psicológico inductor de la hiperactividad o que hayan tomado algunas sustancias nocivas, (como pueden ser el alcohol, tabaco...) pueden provocar un efecto inadecuado para el niño. También, la hiperactividad está relacionada con daños cerebrales durante el parto, como podría ser la falta de oxígeno.

B). Causas externas

1. **La alimentación:** Varios estudios afirman que una alimentación negativa puede producir hiperactividad. Parece que algunos alimentos aumentan la hiperactividad, por eso hay dietas que no permiten que se ingieran alimentos que contengan azúcares refinados y conservantes, para no excitar al niño.
2. **La intoxicación por plomo:** Diferentes estudios han llegado a la conclusión de que la hiperactividad podría estar relacionado con altos porcentajes de plomo en la sangre, debido a las emisiones de los coches y fábricas, ya que estos contaminan los alimentos que luego comemos.

C). Factores ambientales

1. **Nivel socioeconómico:** Los problemas económicos pueden causar discusiones entre las familias debido a que los padres sufren bastante estrés por diversos motivos. Las familias que tienen bajos recursos económicos y que presentan problemas de inestabilidad correlacionan con mayor porcentaje de niños con dificultades en el desarrollo.

- 2. Las relaciones familiares:** Las familias que no tienen una buena comunicación, confianza y relación entre ellas, tienen más posibilidades de que sus hijos presenten este trastorno. Además, los niños que son adoptados tienen más posibilidades de presentar TDAH por no estar cómodos con sus familias adoptivas o porque tienen estrés y no llegan a adaptarse al entorno familiar.

Hace tiempo, numerosos expertos consideraban que este trastorno era de origen genético, pero se ha podido ver con estudios más recientes, que han considerado que el entorno familiar y social son los que pueden impulsar a desarrollar algunos síntomas del TDAH.

4.4 TRATAMIENTO

En la actualidad, la mayoría de expertos y manuales están de acuerdo en la importancia de que el tratamiento del TDAH sea individualizado, teniendo en cuenta tanto al alumno como al entorno que le rodea (Soutullo y Díez Suárez, 2007).

El tratamiento debe ser realizado en el ámbito sanitario, pero siempre trabajar en conjunto con el ámbito escolar y familiar (Meca, 2017).

Podemos encontrar diferentes tipos de tratamientos:

1. Tratamiento farmacológico: Este tratamiento se debe llevar a cabo por un especialista en los diferentes tipos de fármacos, los cuales actúan sobre los neurotransmisores (dopamina y noradrenalina). Su principal objetivo es mejorar la calidad de vida del afectado. Las medicaciones aprobadas en España para los niños y adolescentes son: los estimulantes (metilfenidato y lisdizandetamina) y los no estimulantes (atomoxetina).

Para seleccionar el tipo de fármaco es imprescindible tener en consideración:

- Los síntomas del trastorno presentes en el paciente.

- Una actitud favorable, tanto en las familias, como el paciente hacia los fármacos.
- La duración del efecto del fármaco.
- Que su administración sea fácil.

Al ingerir este tipo de fármacos hay que tener en cuenta que pueden producir efectos secundarios, como, por ejemplo, el aumento de la respiración, dificultad para dormir, pérdida del apetito, etc.

2.Tratamiento psicopedagógico: Este tratamiento hace referencia a mejorar las habilidades académicas del niño y a superar las dificultades de aprendizaje que se puedan presentar, mejorar la conducta, la motivación del niño, etc. Se podría llevar a cabo en el aula con una formación hacia el profesorado, además de las correspondientes intervenciones psicopedagógicas de los especialistas con el alumno que presenta TDAH.

3.Tratamiento psicológico: El objetivo principal que tiene este tratamiento es el de ayudar a las familias de los niños con TDAH a afrontar de una manera adecuada dicha situación y manejar correctamente el impacto de los síntomas que puedan manifestar. Este tratamiento debe llevarse a cabo nada más ejecutado el diagnóstico. Se trata de un tratamiento individualizado, teniendo en cuenta las características individuales de cada caso en particular. Según la guía de práctica clínica acerca del TDAH en niños y adolescentes hay dos terapias que han demostrado evidencias científicas para el TDAH:

- La terapia conductual: consiste en analizar la conducta del paciente y después de haberla analizado se plantea al paciente y a las familias qué es lo que se pretende conseguir y mejorar, llevando a cabo unos objetivos y elaborando un plan de acción para poder conseguirlo, siguiendo las técnicas más adecuadas de la modificación de conducta y el análisis operacional.

- La cognitiva: es una de las más eficaces y también la más común, se utiliza sobre todo en pacientes con edades más tempranas. Esta terapia consiste en localizar los procesos como la atención, la memoria, etc., que están dando problemas y se intenta solucionar a través de otros elementos más adecuados como pueden ser las técnicas del autocontrol, autoinstrucciones, reestructuración cognitiva...

También se trabaja con las familias.

4.Tratamiento multimodal: este tratamiento se considera el más recomendable por los expertos, ya que combina lo farmacológico con la intervención psicológica, escolar y familiar. Los objetivos principales de este tratamiento son la promoción del desarrollo del niño y la reducción de las dificultades secundarias al trastorno.

Soutullo, mantiene que el tratamiento del TDAH debe incluir 4 partes:

- Entrenamiento a los padres.
- Intervención directa con el afectado.
- Tratamiento médico con la medicación que ayude a mejorar los déficits en neurotransmisores en algunas zonas del cerebro.
- Apoyo y adaptación escolar.

4.5 FALSOS MITOS DEL TDAH Y SU REALIDAD

Para tener un adecuado conocimiento sobre este trastorno y su correcta evolución, es importante conocer los mitos que suelen asociarse a esta patología y que inducen a errores. Estas falsas afirmaciones surgen día a día en base al desconocimiento que se tiene del TDAH y de la falta de información que hay.

Brown, en su obra “Trastorno por Déficit de Atención” enumera una serie de mitos contraponiéndolos a la realidad:

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

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

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

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

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

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

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

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

5. EL TDAH EN EL ÁMBITO ESCOLAR

La mayoría de los niños que presentan este trastorno tienen dificultades en la escuela o con las relaciones que se establecen con sus iguales. A menudo presentan actividades incompletas, poco organizadas y con errores, interrumpen la clase y se distraen con facilidad. Estos problemas que tienen hacia el aprendizaje, junto con el

fracaso escolar, son motivos por el cual un 30% de los alumnos que tienen TDAH repiten algún curso o no llegan a terminar sus estudios.

Los niños con este trastorno presentan unos síntomas comunes que en la escuela podrían ser detectados por los profesores mediante la técnica de observación directa en el aula. A continuación, se muestra cómo se manifiesta el TDAH en Educación Infantil:

La familia junto con el profesorado sospecha que “pasa algo” en las edades más tempranas del niño, entonces es el profesorado el que, al comparar al niño con los demás niños de la clase, intuye que puede tener este trastorno por su actitud. Se puede detectar la presencia de alguno de estos síntomas que he mencionado antes desde los 4 años de edad, pero es alrededor de los 6 años (comienzo de la etapa de Educación Primaria) cuando se empieza a considerar el diagnóstico con más frecuencia debido a que en esta edad el aumento de carga y exigencia escolar y social provoca que las dificultades del niño con TDAH sean más perceptibles y los síntomas se aprecien con más claridad.

Algunas de las conductas que presentan en común los niños con TDAH son las siguientes:

- No es capaz de prestar atención a los pequeños detalles o comete errores por descuido en los trabajos escolares.
- Le cuesta permanecer concentrado en tareas o juegos.
- Parece no escuchar, incluso cuando se le habla directamente.
- Tiene dificultades para seguir instrucciones y no logra terminar las tareas o los trabajos escolares.
- Tiene problemas para organizar tareas y actividades.
- Evita o le disgustan las actividades que requieren un esfuerzo mental de concentración.
- Pierde los elementos necesarios para las tareas o las actividades, por ejemplo, juguetes, lápices, pinturas, etc.

- Se distrae fácilmente.
- Tiene un juego social pobre y presenta preferencia por los juegos deportivos sobre los educativos.
- Tienen un alto nivel de energía unido a una inquietud elevada.
- Presentan dificultades en el lenguaje y dificultad al memorizar.
- Le cuesta comprender las órdenes, ya que si son muchas no logra retenerlas.
- Suelen ser inmaduros y tienen una autoestima bastante baja.
- Dificultades a la hora de relacionarse con sus iguales.

No todas estas conductas están siempre presentes, se pueden manifestar alguna de ellas tanto en la escuela como en casa, ni todos los niños tienen que tener los mismos síntomas, además, la intensidad de presenciar alguna de estas conductas puede variar de unos niños a otros.

Barkley (1995) confirma que hay una estimación de entre el 60 y el 80 % de estos niños que tienen el rendimiento escolar afectado, y esto es debido 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 esto, uno de los aspectos a tener en cuenta al realizar este trabajo ha sido conocer los efectos del TDAH en la escuela, ya que, como veremos a continuación, va a sufrir una serie de dificultades que impiden que desarrolle su etapa escolar de una manera adecuada.

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

A continuación, se van a mostrar algunas de estas dificultades durante la etapa, dependiendo de la edad en la que 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 niños de menos edad (3 a 10 años) se puede presenciar una excesiva actividad motora, es decir, se mueven mucho. No permanecen mucho tiempo sentados, interrumpen y molestan a sus compañeros y corren por el aula o los pasillos cuando deberían de estar quietos en la fila como sus compañeros. Estos niños no son conscientes de las consecuencias que puedan acarrear dichos comportamientos.
- **Dificultades debido a la falta de atención y una escasa memoria:** cuando prestamos atención podemos distinguir la información que es importante de la que no lo es y además realizar actividades sin ningún tipo de distracción. Los niños con TDAH tienen comportamientos como, por ejemplo: les cuesta mantener la atención en actividades tranquilas y monótonas y escuchar mientras se están dando las explicaciones. A veces, al principio, pueden prestar atención, pero a medida que va avanzando la explicación esta se disipa. No suelen terminar las tareas escolares sobre todo las individuales y las que requieren que estén solos en sus pupitres, esto también es debido a una falta de control del tiempo y a que tienden a distraerse fácilmente.
- **Dificultades relacionadas con el miedo al fracaso y la necesidad de recibir un reconocimiento:** estos niños destacan por su inmadurez emocional, lo que provoca conductas tales como llamar la atención haciendo bobadas o desobedeciendo al profesor porque así ellos se convierten 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. A veces presentan estados de ánimo bastante negativos que los lleva a desarrollar ansiedad o frustración.

- **Dificultades debido a la organización y planificación:** este tipo de dificultades se ven más incrementadas con la edad, sobre todo en secundaria. Se plasman en conductas como: olvidar con frecuencia llevar los deberes, materiales o libros y, por lo general, está todo desordenado. No suelen apuntar los deberes o materiales que deben traer para el día siguiente y también tienen dificultades a la hora de realizar los exámenes porque se saltan preguntas debido al déficit de atención o presentan problemas para terminarlos.

Para poder conseguir un buen desarrollo en todos los aspectos, estos niños precisan de profesores preparados y formados que puedan atender a sus necesidades. Por esta razón es prioritario aumentar el conocimiento que tienen los docentes sobre el TDAH ya que tendría un efecto positivo tanto para los alumnos que presentan este trastorno como para ellos mismos como profesionales.

A continuación, se muestra una serie de pautas con el fin de favorecer el proceso de aprendizaje del niño con TDAH, según Fundaicyl (1993), Hernando (2015) y otros manuales o guías del TDAH proponen lo siguiente:

- Es necesario que se produzca contacto visual o proximidad física con el niño afectado asegurando así su atención.
- Dar 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.

- Repetir las normas todas las veces que sea necesario asegurándonos de que están siendo comprendidas.
- Para que se sientan más seguros, establecer horarios y rutinas que estén bien marcados y sean estables.
- Fragmentar las tareas que sean largas y alternar las actividades que contengan alta carga lectiva con otras de menos duración.
- Al elegir los materiales sería conveniente utilizar colores o imágenes que les ayuden a recordar las normas.
- Las explicaciones deben ser motivadoras y que conecten con los intereses del niño 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 y podrán cambiar de actividad con mayor asiduidad.

- Es aconsejable que los docentes tengan una supervisión y refuerzo continuados para un mejor desarrollo del niño.

Junto con estas pautas sería recomendable una correcta distribución del aula con una adecuada estructura y con una correcta distribución del aula donde los asientos estén por filas situando al niño con TDAH cerca del profesor y alejándolos de cualquier distracción (ventana, compañeros más habladores,) o poniéndolos cerca de los compañeros que sean más tranquilos.

Como ya he comentado antes es muy importante la forma de presentación de las actividades, así que sería recomendable realizar adaptaciones curriculares o adaptaciones en los materiales académicos. Es recomendable también que los profesores cambien su

método de evaluación, así como el formato del examen y la duración de la prueba con estos niños valorando el esfuerzo que realizan, así como sus progresos. (Fundacyl, 1993).

No tenemos que olvidar las relaciones sociales de los niños con TDAH en la escuela ya que, a veces, presentan dificultades interpersonales con una baja competencia social, a pesar de que se esfuerzan por ser aceptados. Las causas de este posible rechazo pueden agruparse en dos:

- Conductas molestas (agresivas, antisociales y desorganizadas).
- Características de la personalidad (mal carácter, prepotencia, poco compañerismo, etc.)

Algunos de estos niños se manifiestan con agresiones verbales y físicas, comportamientos negativos al entrar en nuevo grupo o en el aula. Estos niños suelen ser ruidosos, molestos, se saltan las reglas, discuten, etc. Por su sintomatología los niños con TDAH muestran mayores tasas de este tipo de comportamientos que se manifiestan en conductas desorganizadas, agresivas, imprevisibles, opositoras, fuera de lugar, ruidosas y cometen actos inesperados e inapropiados.

Las dificultades interpersonales de estos niños aparecen también en las relaciones con los padres y con los maestros.

Existen programas de entrenamiento sobre habilidades sociales que están destinados a entrenar capacidades decisivas en la aceptación y evitativas del rechazo social (cooperación, participación, comunicación etc.) a través de tres etapas: instrucciones teóricas, prácticas con padres y retroalimentación. Estos programas tienen una alta eficacia en niños que no presentan TDAH con un porcentaje del 70-80%,

mientras que los niños con TDAH sólo funcionan en el 40- 50% de los casos (Pardos 2009).

Por tanto, aunque necesario, el entrenamiento en habilidades sociales como único tratamiento no es suficiente para mejorar las relaciones sociales de estos niños. Una gran parte de los comportamientos disruptivos, agresivos, etc., mejoran con los tratamientos farmacológicos o combinados, pero en estos niños, aún así, es posible que persista la dificultad para regular su comportamiento en función de las demandas situacionales, como, por ejemplo:

- 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 rechazados con sus iguales como son la estereotipación y el sesgo reputacional.

En general, se quieren mostrar algunas estrategias que son eficaces para estos niños mediante una intervención individualizada ya que es necesario para ellos, junto con los métodos de forma conductual, estrategias de comunicación y un entrenamiento cognitivo. Hay que tener en cuenta que el papel del profesorado es fundamental para todos, pero los alumnos con TDAH requieren un mayor apoyo, y si esto no se da, puede llegar a perjudicarles.

A modo de conclusión, se podría decir que se ha demostrado que realizar un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado a este trastorno favorece una evolución positiva del mismo (López, 2014).

5.1 Modificación de conducta de los niños con TDAH en la escuela

Algunas de las estrategias que pueden ser eficaces para utilizar en el aula con los alumnos que presentan TDAH, son las técnicas cognitivo-conductuales basadas en las emociones, pensamientos y comportamientos del niño. Algunas de estas técnicas son las siguientes:

1. Establecer límites claros y consistentes: los niños con TDAH responden bien a los límites claros y consistentes. Establecer reglas claras y explicar las consecuencias de no seguirlas puede ayudar a los niños a entender los límites.
2. Establecer objetivos realistas: establecer objetivos realistas para el comportamiento en la escuela es importante. Establecer metas demasiado altas puede ser frustrante y causar un comportamiento problemático.
3. Establecer estrategias: establecer estrategias para ayudar al niño a controlar sus impulsos y comportamientos puede ser útil. Estas estrategias pueden incluir el uso de conteo, el uso de una agenda escolar, la realización de actividades para relajar el cuerpo y la mente y el uso de un diario de comportamiento o una tabla de recompensas.
4. Implementar el refuerzo positivo: el refuerzo positivo es una excelente forma de motivar el comportamiento deseado. Alabar al niño en público, ofrecerle recompensas por el comportamiento deseado y elogiarlo cuando muestre comportamiento apropiado puede ayudar a promover el comportamiento deseado.
5. Establecer un sistema de apoyo: establecer un sistema de apoyo para el niño con TDAH puede ayudar a asegurar el éxito. Esto incluye asegurar que el niño reciba el apoyo necesario para el éxito académico, proporcionarle un tutor académico, y

establecer una red de apoyo compuesta por padres, maestros y otros profesionales de la salud.

6. Usar el tiempo fuera: el tiempo fuera es una forma de disciplina positiva que puede ayudar a los niños a calmarse y controlar sus impulsos. Esto generalmente implica sentarse a solas en un lugar silencioso y relajado durante un período de tiempo específico.
7. Usar la economía de fichas: la economía de fichas es una estrategia de refuerzo positivo en la que el niño recibe fichas por el comportamiento deseado. Estas fichas pueden intercambiarse por recompensas. Esta estrategia puede ayudar a promover el comportamiento deseado.

Para que estas técnicas sean eficaces es imprescindible que el maestro las explique con un lenguaje claro y sencillo para que el niño lo entienda, estableciendo unos objetivos que se puedan llevar a cabo y dirigirse al alumno para que entienda el comportamiento que está teniendo y cómo van a beneficiar estas técnicas tanto a él como al buen clima en el aula.

6. TDAH EN EL ÁMBITO FAMILIAR

Las familias de niños que presentan TDAH a veces se frustran por no saber gestionar de forma adecuada el comportamiento con ellos pudiendo ser muy complicada dicha interacción ya que muchas veces el desconocimiento que tienen sobre el trastorno no les permite actuar de forma más ajustada.

La familia es el primer agente de socialización del niño y por ello es un apoyo fundamental para él, pero es aún más importante para estos niños, ya que suelen necesitar

a alguien de confianza que les ayude y les proteja de manera incondicional cuando surgen actividades que no las van a poder afrontar ellos solos.

Uno de los temas que más preocupa a los padres de niños 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.

Roselló (2003) nos señala el papel básico de la familia en este trastorno ya que el TDAH no se desarrolla en el vacío, sino en un contexto familiar determinado, en el que todos los miembros interactúan y se influyen mutuamente y en el que los padres ejercen un papel fundamental, ya que de ellos dependen gran cantidad de decisiones e influencias que marcarán el desarrollo del niño.

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

6.1 Relaciones Familiares

Las interrelaciones en familias con un hijo con TDAH presentan mayores probabilidades de interacciones negativas entre los miembros: a las dificultades ya comentadas con el propio niño se pueden añadir problemas de relación con los hermanos, tensiones e incluso rupturas de la pareja. De todas formas, la respuesta ante un hijo con TDAH no es una respuesta homogénea, pero es cierto que no toda familia con un hijo con este trastorno sea una familia que se actúa ante diferentes situaciones que se puedan presentar.

Cabe destacar que diferentes estudios sobre el niño con TDAH y la relación con sus hermanos, evidencian que éstos mantienen una relación más problemática, menos íntima, con menor grado de compañerismo y con más resentimiento con su hermano que presenta este trastorno.

Algunas familias de niños con TDAH, contrariamente a lo esperado, han logrado el apoyo y la aceptación de su familia extensa. Así, los hallazgos de Morande y Lázaro (1992) nos muestran que, aunque en las familias de TDAH se puede producir una mayor desorganización familiar y una mayor incidencia de conflictos, también hay niños hiperactivos que se encuentran bien ajustados en su familia y se desarrollan en ella sin demasiados problemas.

Weiler (2000) realizó un estudio para analizar los procesos interactivos que se producen entre las conductas problemáticas que presenta un niño con TDAH y las características de bienestar familiar. Seleccionó una muestra de 52 familias controlando la administración de medicación y la comorbilidad.

En su estudio encontró que las dificultades familiares más frecuentes en núcleos de convivencia con niños con TDAH eran: dificultades en la resolución de problemas, en la comunicación, en la claridad de los roles, y en las relaciones afectivas; lo cual producía un nivel de funcionamiento familiar poco satisfactorio.

Como conclusión, los niños con TDAH, sobre todo aquellos que tienen asociado también problemas conductuales, pueden ocasionar problemas de relación familiar, tanto con los padres como los hermanos y la familia extensa.

6.2 Estrés en los padres a la hora de educar a un hijo con TDAH

El estrés es una reacción del individuo ante una situación que le provoca un sentimiento de tensión, que en el caso del estrés de crianza está ocasionada por el reto de la paternidad.

Abidin (1990) partiendo de un enfoque ecológico y sistémico de las relaciones familiares, considera que la tensión parental ocasionada por la crianza se produce en función de ciertas características del niño y de ciertas características de los padres.

Las características de los niños asociadas al estrés parental que se incluyen en su modelo son el temperamento (humor, habilidad de adaptación a cambios, nivel de distraibilidad e hiperactividad y demandas que ocasiona), el grado en que los hijos cumplen las expectativas que los padres tenían sobre él y el nivel de refuerzos que el niño ofrece a sus padres.

Por otra parte, hay ciertos aspectos de los padres que también pueden influir en el estrés de la crianza como son: las características de personalidad de los padres, los problemas psicopatológicos como depresión o toxicomanías, las habilidades de manejo del niño o la relación conyugal. El estrés parental a su vez puede estar moderado por otras variables como el apoyo social que recibe de su entorno (familia extensa, amigos).

Los padres que muestran mayor nivel de estrés parental perciben a sus hijos como más difíciles, muestran patrones de disciplina más ineficaces e interacciones paternofiliales más disfuncionales, esto a su vez conlleva la presencia de mayores dificultades en el hijo.

Los niños con TDAH se pueden considerar más difíciles por su temperamento, nacen con una predisposición biológica de presentar dificultades en la atención y

necesitan más estimulación que otros niños de su edad, estas características hacen más difícil la crianza a sus padres y aumentan la posibilidad de provocar estrés parental.

Así, numerosas investigaciones demuestran que los padres de niños diagnosticados de TDAH tienen alto riesgo de tensión parental, lo que Freixa (1993) denomina “estrés paranormativo”, es decir, aquellos acontecimientos no normativos a los que la familia de estos niños tiene que enfrentarse y que no se producen en la crianza de un niño normal.

Los padres de niños con TDAH poseen responsabilidades parentales adicionales en la crianza, deben tratar con muchas personas que no entienden el problema y tienen que acomodarse a las necesidades especiales de estos niños como el etiquetado, la medicación, los registros, las tareas, etc. El estrés ocasionado por la crianza de los niños con TDAH afecta a las relaciones familiares, insatisfacción parental, etc.

6.3 Pautas a las familias con hijos con TDAH

La Fundación de Ayuda a la Infancia de Castilla y León (Fundacyl) enumera una serie de recomendaciones y pautas recomendables para las familias que tengan hijos con TDAH para que su crianza sea más favorable y el entorno familiar sea más positivo.

A continuación, se muestran las pautas recomendables:

- Prestar atención al niño escuchándole y hablándole con paciencia, comprendiendo su patrón de conducta y explicándole los planes para ayudarlo.
- Que el niño no vea discordancias entre los padres respecto a las pautas de actuación.
- No actuar con él de forma excesivamente permisiva. Es conveniente que le proporcionen pocas normas de conducta pero que éstas sean claras y coherentes. Un ambiente sin una normativa clara aumenta la ansiedad y confusión del niño. Utilizar el

“no” cuando el niño pida o exija cosas poco razonables y explicar el porqué de forma precisa y razonada.

- Utilizar los intereses del niño y emplearlos como motivación para ayudarle a aprender de forma más eficaz. Por ejemplo: “cuando terminemos esta tarea puedes jugar con la videoconsola”.
- Aumentar su autoestima y confianza en sí mismo, ponderando sus éxitos por modestos que sean, no resaltando sus fracasos o afeando su conducta de forma reiterada.
- Mantener en casa unas normas de vida, consensuadas previamente por los padres. Por ejemplo: mantener si es posible el horario de actividades diarias (baño, comidas, tareas).
- Evitar estímulos de alta intensidad (ruidos, luces, gritos). El niño responderá de forma exagerada a estos estímulos, gritos u órdenes fuertes.
- Comunicar al niño con suficiente antelación cualquier posible cambio en la dinámica del hogar de manera que pueda adaptarse a ella.
- Hacerle partícipe de las tareas domésticas que pueda realizar según sus capacidades y alabarle cuando intente actuar por sí mismo.
- Comentar tranquilamente con él sus malas actuaciones y errores, explicándole que es necesario evitar las prisas y pensar antes de actuar. Es bueno que piense en alternativas a sus equivocaciones para no repetir las.
- Diferenciar entre las conductas voluntarias y las involuntarias. Los castigos aplicados a las acciones voluntarias deberían ser consecuencias lógicas de sus actos.

- Situar al niño mientras hace los deberes en un lugar próximo al suyo para mantener contacto visual y más supervisión. Evitar estímulos que les distraigan (ventana, mesa desordenada, juguetes, etc).
- Es conveniente dar órdenes claras y concisas, acompañando estas órdenes de contacto ocular y si es necesario haciéndoselas repetir al niño en voz alta.
- Resaltar el éxito y no el fracaso. Motivación constante. Usar lenguaje positivo utilizando frases como “tú puedes hacerlo” o “qué bien lo has hecho”.
- Procurar fraccionar las tareas y deberes a realizar en casa, utilizando tiempos más cortos. Las tareas largas deben dividirse en partes.
- Evitar llamadas de atención en público. Comentar su comportamiento en privado.
- Tener en cuenta que su comportamiento empeora en ciertas situaciones con menor control (cumpleaños, reuniones familiares, etc).
- Las actividades extraescolares son importantes para estos niños, siempre que les gusten y que sirvan para mejorar su autoestima.
- Mantener entrevistas personales con el profesor/a cada cierto tiempo, supervisando en casa el trabajo escolar del niño.
- Utilizar como castigo “la ausencia de premio”. Evitar castigos físicos o muy prolongados, suelen ser contraproducentes y de escasa eficacia.
- Cuando haga algo bien, reforzarlo con una sonrisa o una palabra de elogio. El refuerzo positivo con un sistema de “puntos” puede ser muy beneficioso.
- Convertir el entorno familiar en un ambiente favorecedor para el niño con TDAH y no en un ambiente hostil.

- Ante la hiperactividad motriz, permitirle la posibilidad de moverse en situaciones tales como: tiempo de comidas, deberes, etc.

En definitiva, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) puede tener un impacto significativo en el ámbito familiar. Los niños con TDAH presentan problemas para prestar atención, en ocasiones faltan a la escuela, tienen dificultades con la motivación y la disciplina y les cuesta desarrollar relaciones significativas con los demás.

Estas dificultades pueden afectar a la vida cotidiana de una familia, incluida la calidad de la comunicación entre los miembros de la misma, la gestión del tiempo, la organización del hogar y, en última instancia, el bienestar emocional de sus miembros.

Los padres deben trabajar con los profesionales para establecer un plan de tratamiento adecuado para el niño con TDAH. Esto puede incluir medicamentos, terapias conductuales y entrenamiento en habilidades de vida.

Los padres también deben apoyar y alentar al niño con TDAH para ayudarlo a desarrollar habilidades para manejar sus síntomas. Esto incluye establecer límites claros y consistentes, proporcionar un ambiente estructurado e incentivar el comportamiento positivo. Finalmente, los padres deben asegurarse de que también estén recibiendo el apoyo que necesitan para manejar los desafíos que conlleva el TDAH.

Cabe la posibilidad de hablar con un terapeuta, unirse a un grupo de apoyo para padres de familia con niños con TDAH o buscar recursos de la comunidad para ayudar a la familia a lidiar con el TDAH.

7.CONCLUSIÓN

En el presente Trabajo de Fin de Grado se aborda un tema actual presente cada día en los centros educativos ya que este trastorno es muy habitual en las aulas de infantil.

Como futura docente creo que, además de los contenidos curriculares, es necesario tener una serie de conocimientos imprescindibles para saber abordar este tema y poder comunicarme con las familias asegurándoles un clima de confianza y de seguridad donde pueda transmitirles mis conocimientos y que, de la misma forma, puedan trasladarlos a sus hogares a la hora de interactuar con este tipo de niños

En relación con las asignaturas impartidas en el Grado de Educación Infantil que he realizado en la Universidad de Valladolid, las asignaturas “*Estructura Familiar y Estilos de Vida*” y “*Fundamentos de la Atención Temprana*”, están muy relacionadas con este TFG ya que muestran cómo puede llegar a repercutir un trastorno de este tipo en el ámbito familiar y escolar y sus interacciones.

Por otra parte, en la asignatura “*Intervención Educativa en Dificultades de Aprendizaje y Trastornos del Desarrollo*” también se aborda este trastorno explicándose con bastante detalle las características del TDAH y cómo afectaba a los niños en la escuela.

Las causas del TDAH en el ámbito escolar y familiar son complejas y pueden incluir factores genéticos, biológicos y de entorno. Esto significa que el tratamiento para el TDAH debe abordar estos factores de manera integral. Las familias y los profesores tienen un papel fundamental para ayudar a los niños con TDAH.

Como ya queda dicho esto incluye proporcionar un ambiente estructurado, establecer límites claros, fomentar el comportamiento deseado y proporcionar una ayuda

adecuada. También es importante que los padres se mantengan informados sobre los problemas a los que se enfrentan sus hijos y busquen tratamiento profesional si es necesario.

Hay que tener en cuenta que el TDAH es un trastorno crónico y que, por lo tanto, las familias deben estar preparadas para llevar una vida de apoyo continuo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abidin, R. (1990). *Parenting Stress Index (3rd edition)*. Charlottesville, VA. Pediatric Psychology Press.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*, Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Barkley, R. A. (1995). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.
- Barkley, R. A. (1997) *ADHD and the nature of self-control*. New York, Guilford.
- Biederman, J., Faraone S.V. y Monuteaux, M.C. (2002). Impact of exposure to parental attention deficit hyperactivity disorder on clinical features and dysfunction in the offspring. *Psychological Medicine*, 32, 817-827.
- Bonet Camañes, T. (2009). *Aprendiendo con niños hiperactivos. Un reto educativo*. Thomson.
- Brown, T.E. (2006). *Trastorno por Déficit de Atención. Una mente desenfocada en niños y adultos*. Barcelona: MASSON, S.A.
- Cardo, E., Servera, M. y Llobera J. (2007). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca. *Revista de Neurología*, 44,10-4. <https://www.educa.jcyl.es/es/temas/atencion-diversidad/cuadernos-apuntes-guias-protocolos-educativos/protocolos-intervencion/protocolo-coordinacion-tdah>
- Cortés-Ariza, M. (2010). “*Déficit de Atención con hiperactividad (TDAH): Concepto, características e intervención educativa.*”

- De Dios, J.L. & Gutiérrez, J.R. (2008). *¿Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)?* Madrid, EDIMSA.
- Fernandes, S.M., Piñón Blanco, A. & Vázquez-Justo, E. (2017). Concepto, evolución y etiología del TDAH. *Lex Localis*. Doi: <https://doi.org/10.4335/978-961-6842-80-8.1>
- Fernández, Jaén, A. (2012). Detención y evaluación diagnóstica del TDAH. En M.A Martínez Martín (coord.). *Todo sobre el TDAH. Guía para la vida diaria. Avances y mejoras como labor de equipo* (pp. 63-79). Publicaciones Altaria.
- Freixa, N.M. (1993). *Familia y deficiencia mental*. Salamanca, Amarú.
- Frutos, J. (2020), *Caminando a través del TDAH*. Ediciones pirámide.
- Fundación Cantabria ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad. (2009). *TDAH en el aula. Guía para docentes* [Archivo PDF]. Fundación CDAH. <https://bit.ly/2YuhN77>.
- Fundaicyl (2009). Guía para padres y profesionales de la educación y de la medicina sobre el TDAH. Valladolid.
- García-García, M. D., Prieto, L. M., Santos, J., Monzón, L., Hernández, A. y San Feliciano, L. (2008). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un problema actual. *Anales de Pediatría*, 69 (3), 244-250.
- Guerrero, R. (2016). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Entre la patología y la normalidad*. Barcelona, Planeta.
- Hernando Arrabal, A. (2015). El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en Educación Infantil. Intervención para la mejora de las habilidades atencionales.

<https://www.educa.jcyl.es/es/temas/atencion-diversidad/cuadernos-apuntes-guias-protocolos-educativos/protocolos-intervencion/protocolo-coordinacion-tdah>

Leibson, C. L., Katusic, S. K., Barbaresi, W. J., Ransom, J., y O'Brien, P. C. (2001). Use and cost of medical care for children and adolescents with and without attention deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of the American Medical Association*, 285(1), 60-66.

Ley Orgánica de Educación (LOMLOE) 3/2020, de 29 de diciembre. s.f. Recuperado el 3 de octubre de 2022, de: https://documentos.anpe.es/ANPE_LOMLOE/107/

López Torrecilla, T. (2014). Los alumnos con TDAH, intervención en el ámbito educativo, familiar y social.

María, A., & Martínez, S. (2010). ¿QUÉ ES EL TDAH? Csif.es. Recuperado el 6 de octubre de 2022, de: https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_28/ANA_M_SIBON_1.pdf

Meca, R. (2017). TDAH: *Importancia de la implicación familiar en los centros educativos*. Fundación CADAH. Recuperado el 19 de octubre de 2022 en: TDAH: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-importancia-de-la-implicacion-familiar-en-los-centros-educativos-.html>

Morande, G, y Lázaro, I. (1992). *Trastornos por déficit de atención en la infancia y en la adolescencia. Comorbilidad e interacción con trastornos de conducta y trastornos afectivos*. En T. Bonet. *Problemas Psicológicos en la Infancia*. (pp. 83-92). Valencia. Promolibro. Cinteco.

- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación internacional de enfermedades 10^a revisión*. Editorial Meditor.
- Pardos, A., Fernández-Jaén, A, y Fernández-Mayoralas, D. (2009). Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Neurología*, 25 (2), 107-111.
<http://www.afantdah.org/images/stories/Documentacion/habilidadessociales.pdf>
- Rodríguez-Salinas, E., Navas, M., González, P., Fominaya, S. y Duelo, M. (2006). La escuela y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH). *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 8(4),75-98
- Roselló, B, García-Castellar, R, Tárraga-Mínguez, R, Mulas, F (2003). *El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. España: Rev. Neurol, p.79.
- Ryan, E.E. (2002). AD/HD symptoms in parents of children with AD/HD: Impact on family functioning. *Dissertation Abstracts International: section B: The Sciences and Engineering*, 63 (4-B): 2072.
- Servicio de Neurología Pediátrica. (2015). Hospital Universitario La Paz. *Pautas orientativas para el niño con TDAH y padres*. Madrid.
- Siegenthaler, R. y Marco, R. (2011). Conceptualización del TDAH. En A. Miranda (Coord.). *Manual práctico de TDAH (15-32)*. Editorial Síntesis.
- Soutullo, C. y Díez, A. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Editorial médica Panamericana.
- Strine, T. W., Lesesne, C. A., Okoro, C. A., McGuire, L. C., Chapman, D. P., Balluz, L. S. y Mokdad, A. H. (2006). Emotional and Behavioral Difficulties and Impairments in Everyday Functioning Among Children with a History of AttentionDeficit/Hyperactivity

Disorder. *Preventing Chronic Disease. Public Health Research. Practice and Policy*. Tomado el 08/06/2016 de: [URL:http://www.cdc.gov/pcd/issues/2006/apr/05_0171_fr.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2006/apr/05_0171_fr.htm)

Tannock, R. (1998) Attention deficit hyperactivity disorder, advancing cognitive, neurobiological and genetic research, *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 39(1), 65-99.

Tredglod, A. F. (2013). *Mental deficiency (amentia)*. Edición Forgotten Books. (Versión original 1908).

Weiler, D.M. (2000). Healthy family functioning with a child Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Disertation Abstratcts International: section A: Humanities and social Sciencies*, 61 (6A), 2479.