

Trabajo Fin de Grado

El TDAH en el contexto educativo, familiar y social

Autor/es

Raquel Arenas Ledesma

Director/es

Pilar Gil Lacambra

Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Campus de Huesca.

Año: 2024

RESUMEN

En el trabajo que presento a continuación vamos a abordar un estudio centrado en la atención de niños que padecen Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Este trastorno es muy común en las aulas actuales, por lo que es fundamental comprender su origen, etiología, causas, diagnóstico y tratamiento. A medida que avancemos, conoceremos las contribuciones de los investigadores que han trabajado en este campo, ya que juegan un papel crucial en nuestro estudio.

En términos generales, examinaremos cómo se gestiona el día a día en el aula con alumnos que tienen déficit de atención e hiperactividad, qué estrategias de refuerzo se utilizan para abordar las conductas problemáticas, cómo se implementan estas estrategias, las habilidades sociales de estos niños, cómo se fomenta la dinámica entre profesor y alumno, el apoyo a las familias, la colaboración entre profesionales, etc.

El principal objetivo de este trabajo es adquirir un mayor conocimiento sobre el TDAH. Estos entornos son los pilares fundamentales en la vida de los niños. Aunque todo está dicho a nivel general, estas situaciones se dan a diario en los centros educativos. Por ello, es crucial aprender a abordar y resolver estas situaciones de forma adecuada para que los niños, junto con sus familias, puedan llevar una vida lo más normal y estructurada posible.

ABSTRACT

In the work that I present below, we are going to address a study focused on the care of children who suffer from Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD). This disorder is very common in today's classrooms, so it is essential to understand its origin, etiology, causes, diagnosis and treatment. As we progress, we will learn about the contributions of researchers who have worked in this field, as they play a crucial role in our study.

In general terms, we will examine how day-to-day life is managed in the classroom with students who have attention deficit and hyperactivity, what reinforcement strategies are used to address problem behaviors, how these strategies are implemented, the social skills of these children, and how The dynamics between teacher and student, the support provided to families, collaboration between professionals, etc. are promoted.

The main objective of this work is to acquire greater knowledge about ADHD and, what is even more important, learn to intervene effectively in this disorder in the educational, family and social spheres, since these environments are the fundamental pillars in life. . of the child. Although everything is stated at a general level, these situations occur daily in educational centers. Therefore, it is crucial to learn how to address and resolve these situations appropriately so that children, along with their families, can lead as normal and structured a life as possible.

PALABRAS CLAVE

Trastorno de déficit de atención e hiperactividad, alumnos con Necesidades Educativas Específicas, apoyo familiar, intervención, trastorno, diagnóstico, ámbito educativo, ámbito social, tratamiento, trastornos del desarrollo.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. JUSTIFICACIÓN	7
3. CONCEPTO, EVOLUCIÓN Y ETIOLOGÍA.....	8
4.DIAGNÓSTICO Y COMORBILIDAD DEL TDAH	10
5.FACTORES DE RIESGO Y PRONÓSTICO.....	14
6. CARACTERÍSTICAS DEL TDAH.....	15
6.1. CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS QUE APOYAN EL DIAGNÓSTICO	
7. TRATAMIENTO	17
7.1 PSICOEDUCATIVO	
7.2 FARMACOLÓGICO	
8. EL TDAH EN EL COLEGIO.....	22
8.1 CARACTERÍSTICAS NECESARIAS DEL COLEGIO PARA LOS NIÑOS CON TDAH	
8.2 RECOMENDACIONES SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LOS PADRES DE NIÑOS CON TDAH Y SUS PROFESORES	
9. EL TDAH EN EL CONTEXTO FAMILIAR	27
9.1 LA FAMILIA COMO PRINCIPAL UNIDAD DE APOYO PARA LOS NIÑOS Y NIÑAS CON TDAH	
9.2 LA CALIDAD DE VIDA DE LAS FAMILIAS CON NIÑOS Y NIÑAS CON TDAH	
10. EL TDAH EN EL CONTEXTO SOCIAL	31
10.1. LA INTERACCIÓN SOCIAL DE ALUMNADO CON TDAH	
11. CONTEXTOS ESCOLARES INCLUSIVOS PARA ALUMNADO CON TDAH.....	35
12.CONCLUSIONES.....	40
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

1. INTRODUCCIÓN

En las aulas, se escolarizan a todos los niños y niñas hasta los 16 años, sin importar quiénes son y sin distinción ninguna. Estudios recientes que se han hecho durante los últimos años de aplicación de la LOGSE y después de la LOCE, han encontrado que alrededor del 2,5% el número de alumnos con necesidades educativas permanentes escolarizados en las etapas obligatorias. Se ha trabajado mucho para que todos los niños y niñas puedan ir a una escuela ordinaria inclusiva.

A pesar del gran progreso en la atención a la diversidad, todavía hay un problema sin resolver respecto al manejo de la diversidad en las aulas y los recursos disponibles para que este manejo sea realmente efectivo. Además de los alumnos con necesidades educativas permanentes, hay cada vez más estudiantes con dificultades de aprendizaje que, aunque no sean permanentes, representan un desafío para la escuela. Es probable que se necesiten estrategias de formación y concienciación que involucren a todos los implicados, incluyendo maestros, escuelas, estudiantes, familias y expertos en psicología y psiquiatría, para abordar esta realidad de manera adecuada.

Además de los medios materiales y económicos, lo más importante es cambiar nuestra mentalidad sobre las dificultades de aprendizaje. No deberíamos verlas como un problema, sino como una oportunidad para mejorar nuestra manera de enseñar. En lugar de métodos especiales para alumnos con dificultades, deberíamos enfocarnos en enseñar de manera efectiva a todos. Es importante fomentar la educación compartida y el aprendizaje cooperativo

Dentro del ámbito educativo, en particular en el aula, los grupos son más pequeños y existe una interacción más directa entre maestros y alumnos, facilitando así el conocimiento mutuo. Conforme avanzan en las distintas etapas educativas, se observa un aumento en la cantidad de estudiantes que presentan Necesidades Educativas Especiales o Específicas. Este grupo incluye tanto a niños con discapacidades como aquellos que requieren apoyo adicional debido a diversas circunstancias. En el ámbito de la Educación Infantil, identificar las Necesidades Educativas Especiales es complicado, suele esperarse a primaria para cerrar las evaluaciones psicopedagógicas. Sin embargo, durante este proceso pueden surgir necesidades que eventualmente podrían estar relacionadas con trastornos como el TDAH.

Dentro de este grupo de alumnos y alumnas, se incluyen aquellos niños que presentan TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad). Es un trastorno, cada vez más prevalente en las aulas, que requiere asistencia y respaldo por parte de los profesionales educativos, dado que tanto el niño afectado como su familia pueden enfrentar dificultades en su día a día. Una atención experta y comprometida puede mejorar la calidad de vida del niño y su integración en el entorno escolar.

En este Trabajo de Fin de Grado, nos enfocaremos en este trastorno mencionado anteriormente, ya que impacta significativamente en el ámbito educativo en términos de síntomas, causas, consecuencias, diagnóstico y enfoques metodológicos. Además, llevaremos a cabo una intervención integral donde examinaremos la metodología educativa, la dinámica entre el maestro y el alumno con TDAH, las estrategias de refuerzo necesarias, el entorno de aprendizaje, la autoestima de estos niños y los métodos de evaluación aplicados en estos casos específicos.

El TDAH es uno de los trastornos del desarrollo más prevalentes, según el DSM-V se da aproximadamente en el 5% de los niños y el 2,5% de los adultos. A día de hoy se conoce que la prevalencia es muy similar en niños y niñas, lo que varía de uno a otro es que los chicos suelen ser más hiperactivos y en las mujeres suele predominar el déficit de atención.

El TDAH no es un problema nuevo, Still, en 1902, describió por primera vez a un grupo de niños con diversos grados de agresión, hostilidad, conducta desafiante, desatención e inactividad. Desde entonces hasta la actualidad se han empleado más de 50 denominaciones diagnósticas diferentes, como impulsividad orgánica, niños inestables, síndrome de lesión cerebral mínima, disfunción cerebral mínima, síndrome de hiperexcitabilidad, trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad, entre otros, hasta llegar al actual de TDAH.

2. JUSTIFICACIÓN

El TDAH es un trastorno complejo que requiere una atención multidisciplinar porque sus síntomas no se limitan al ámbito educativo sino que también se extienden al entorno familiar y social. Por tanto, es importante comprender el impacto del trastorno en cada una de estas situaciones para desarrollar intervenciones efectivas e individualizadas que promuevan el desarrollo equilibrado de los estudiantes con TDAH.

El ámbito educativo se enfoca en adaptar entornos y métodos de enseñanza a las necesidades específicas de estos estudiantes, garantizándoles apoyo como revisión de tareas, implementando estrategias de organización, entre otros. Pero, son los Equipos de Orientación de los centros quienes realizan la evaluación que hará firme o no esa detección. Los docentes son los encargados de detectar una dificultad o necesidad y así, derivar lo antes posible al alumno/a al equipo de orientación

Mientras tanto, las intervenciones familiares juegan un papel fundamental en la aceptación del TDAH así como en el establecimiento de rutinas y límites que promuevan el bienestar de los estudiantes tanto en casa como en el colegio. Es necesario proporcionar a las familias herramientas y estrategias para afrontar situaciones difíciles y fomentar una buena comunicación entre las familias y las instituciones educativas.

Finalmente, las intervenciones sociales tienen como objetivo aumentar la conciencia comunitaria sobre las características y necesidades de los estudiantes con TDAH, es decir que la gente entienda mejor a los estudiantes con TDAH; a su vez, promover la inclusión y la comprensión entre compañeros y profesores. Esto incluye promover actividades extracurriculares adaptadas y ayudarles a desarrollar habilidades sociales.

3. CONCEPTO, EVOLUCIÓN Y ETIOLOGÍA

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad es un trastorno neurobiológico que se comienza en la infancia y se caracteriza por falta de atención y/o por hiperactividad e impulsividad (López, López y Díaz, 2015), siendo uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuente durante la infancia y adolescencia. El impacto que tiene dicho trastorno en la sociedad, refleja cómo éste afecta a uno de cada veinte niños y adolescentes en Europa, en muchos casos sigue afectando en la edad adulta. (Young, Fitzgerald y Postma, 2013).

Los niños con TDAH tienen dificultades para mantener la atención, presentan un comportamiento impulsivo y, en algunos casos, son hiperactivos. Los síntomas frecuentemente aparecen junto con otros de carácter emocional, comportamental y cognitivo, además de, dificultades de aprendizaje, trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta, depresión, ansiedad y cambios en el estado de ánimo. La frecuencia de estos casos está entre el 6-9% en niños y adolescentes, siendo por tanto muy común en este grupo (Faraone, 2003).

Entre los indicadores tempranos de hiperactividad destacan: movimientos bruscos durante el sueño, alteraciones en el ritmo circadiano, elevada sensibilidad a los sonidos, resistencia a los cuidados cotidianos, actividad motriz excesiva, poca conciencia del peligro, dificultades en la adaptación social, un estilo cognitivo irreflexivo, falta de control motriz, fluctuaciones atencionales y agresividad. (Risueño, 2001).

La literatura científica aporta fundamentos sólidos acerca de sus bases neurobiológicas: alta heredabilidad, identificación de varios genes implicados en su etiología; perfil neuropsicológico caracterizado por evidencias de disfunción ejecutiva, desregulación motivación/recompensa, déficits en activación; alteraciones estructurales y de funcionamiento de la corteza prefrontal (CPF) y sus conexiones con el striatum y cerebelo; desequilibrios en los sistemas dopaminérgico y noradrenérgico, blancos de los tratamientos farmacológicos. (Lopez, Rodillo y Kleinsteuber, 2008).

A lo largo de la historia han sido numerosas las definiciones que se le han dado a este trastorno: La primera descripción del comportamiento de niños hiperactivos, fue la realizada en 1845 por el médico alemán Heinrich Hoffman, en el libro infantil *Struwwelpeter* (Hoffman, 1945), en el que se cuenta la historia de un niño que no puede estarse quieto cuando está sentado.

En 1887, Bourneville describe a “niños inestables” identificados por una inquietud física y psíquica exagerada; estos niños también mostraban una actitud destructiva, a la que se suma un ligero retraso mental. Y en 1901, J. Demoor mencionó que existen niños muy habilidosos comportamentalmente, que necesitan moverse continuamente y que esto estaba relacionado con una clara dificultad atencional.

Medio siglo después de lo descrito por Hoffman, en el año 1902, la revista británica *Lancet* publicó el artículo del médico pediatra, George Still (2001), quien afirmaba haber observado niños con una “discapacidad en la fuerza de voluntad” y una clara dificultad para mantener la atención. A Still se le atribuye la primera descripción científica de conductas impulsivas y agresivas, de lo que él denominaba “defectos del control moral”, un término común para aquella época (Menéndez Benavente, 2001).

En 1908, el catedrático español Augusto Vidal Perera en su *Compendio de Psiquiatría Infantil* (Vidal Parera, 1908), incluye una explicación minuciosa y detallada del comportamiento de los niños y niñas que en la actualidad podrían ser diagnosticados como hiperactivos y modifica el significado de la interpretación de estos trastornos de conducta al considerarlos como enfermedad y no de problema ético.

En 1934, las investigaciones de Hohman, Khan y Cohen, mostraban que después de padecer problemas cerebrales como por ejemplo una encefalitis o un daño cerebral, se presentaban los mismos síntomas observados por Still en sus niños impulsivos. Por esto, relacionaron la hiperactividad con una enfermedad neurológica denominándose síndrome de lesión cerebral humana (Polaino Lorente et. al, 1997) o síndrome de Impulsividad orgánica.

Más tarde, en 1962, Clements y Peters (Clements, 1966) sustituyeron este término por “disfunción cerebral mínima que muestra hiperactividad”, déficit de atención, bajo control de impulsos, agresividad, fracaso escolar y cambios emocionales frecuentes. Según esta idea, la etiología no sería una lesión cerebral específica, sino un trastorno más general, sin ningún tipo de patología demostrable y clara.

4. DIAGNÓSTICO Y COMORBILIDAD DEL TDAH

El diagnóstico de TDAH es clínico y se basa en una entrevista, que es valorada como una de las herramientas más importantes del proceso de evaluación. En esa entrevista, un experto cualificado debe llevar a cabo un completo registro médico donde se evalúa la historia personal y familiar, cumpliendo un detallado examen físico, mental y neurológico, y utilizando los criterios del manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana “DSM-5”. Además se determina un diagnóstico en aquellas personas que presentan algunos de los síntomas característicos del trastorno (hiperactividad, impulsividad o inatención)

Tras haber realizado esta entrevista inicial, con el objetivo de completar la evaluación, se pueden emplear distintas pruebas neuropsicológicas según cada caso particular, las cuales nos proporcionarán datos sobre el funcionamiento cognitivo del paciente en las diversas áreas de atención y funciones ejecutivas. Estas pruebas permitirán crear un perfil neuropsicológico individual y ayudarán a diagnosticar los distintos subtipos de TDAH.

Según el DSM-5 y respecto a la prevalencia, las encuestas de población sugieren que el TDAH ocurre en la mayoría de las culturas en aproximadamente el 5 % de los niños y el 2,5% de los adultos. En los contextos clínicos, los trastornos comórbidos son frecuentes en los individuos cuyos síntomas cumplen los criterios del TDAH. Entre la población general, el trastorno negativista desafiante concurre con el TDAH en aproximadamente la mitad de los

niños con presentación combinada y en cerca de una cuarta parte de los niños y adolescentes con presentación predominantemente inatenta. El trastorno de conducta concurre en aproximadamente una cuarta parte de los niños y los adolescentes con presentación combinada, dependiendo de la edad y el contexto. La mayoría de los niños y los adolescentes con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo tiene síntomas que también cumplen los criterios del TDAH; un menor porcentaje de niños con TDAH tiene síntomas que cumplen los criterios del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. El trastorno específico del aprendizaje frecuentemente concurre con el TDAH. Los trastornos de ansiedad y el trastorno de depresión mayor ocurren en una minoría de individuos con el TDAH, aunque más frecuentemente que en la población general. El trastorno explosivo intermitente ocurre en una minoría de adultos con TDAH, pero a niveles por encima de los que presenta la población general. Aunque los trastornos por consumo de sustancias son relativamente más frecuentes entre los adultos con TDAH que entre la población general, los trastornos están presentes solamente en una minoría de adultos con TDAH. En los adultos, el trastorno de la personalidad antisocial y otros trastornos de la personalidad pueden concurrir con el TDAH. Otros trastornos, que pueden concurrir con el TDAH, son el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de tics y el trastorno del espectro autista.

El TDAH es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino entre la población general, con una proporción de aproximadamente 2:1 en los niños y 1,6:1 en los adultos. El sexo femenino tiene más tendencia que el masculino a presentar principalmente rasgos de inatención.

Dentro del TDAH hay tres tipologías:

- Falta de atención predominante; donde la mayoría de los síntomas corresponden a la falta de atención.
- Conducta hiperactiva/impulsiva predominante; donde la mayoría de los síntomas son la hiperactividad e impulsividad.
- Combinado; En este caso nos encontramos con una mezcla de síntomas de falta de atención y síntomas de hiperactividad/impulsividad.
- Actualmente, en el DSM-5 (2013), el TDAH pertenece al grupo de los trastornos del neurodesarrollo (Cuadro N°1) para su diagnóstico, que se detallan a continuación:

Cuadro 1.

Criterios del DSM-5

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

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

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de los 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

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

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

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

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

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

- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades, puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

5. FACTORES DE RIESGO Y PRONÓSTICO

Temperamental. El TDAH se acompaña de una menor inhibición conductual y de un mayor intento de control o autocontrol, de emociones negativas y de una elevada búsqueda de novedades. Estas características pueden hacer que algunos niños estén más inclinados al TDAH, pero no son específicas del trastorno.

Ambiental. Nacer con poco peso (menos de 1500 g) aumenta el riesgo de TDAH de dos a tres veces, pero la mayoría de los niños nacidos con bajo peso no desarrollan TDAH. Aunque el TDAH se correlaciona con el hecho de fumar durante el embarazo, parte de esta asociación refleja un riesgo genético común. Una minoría de casos pueden estar relacionados o vinculados con reacciones a aspectos de la dieta. También puede haber antecedentes de maltrato infantil, negligencia, múltiples casas de acogida temporal, exposición a neurotóxicos (p. ej., plomo), infecciones (p. ej., encefalitis) o exposición al alcohol durante el embarazo. La exposición a sustancias tóxicas del medio ambiente se ha asociado con el TDAH, pero no se sabe si estas asociaciones son causales.

Genético y fisiológico. El TDAH es más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de los individuos con TDAH. La heredabilidad del TDAH es considerable. Aunque se han relacionado ciertos genes con el TDAH, éstos no son factores causales necesarios ni suficientes. Se deben tener en cuenta, las discapacidades visuales y auditivas, las anomalías metabólicas, los trastornos del sueño, las deficiencias nutritivas y la epilepsia como posibles influencias en los síntomas del TDAH.

El TDAH no está asociado a rasgos físicos específicos, aunque es común encontrar anomalías físicas menores (hipertelorismo, paladar muy arqueado, orejas bajas) puede ser relativamente elevada. Pueden también producirse retrasos motores sutiles y otros signos neurológicos

menores. (Nótese que se deberían codificar por separado una marcada torpeza concurrente y los retrasos motores [p. ej., trastorno del desarrollo de la coordinación].)

Modificadores del curso. Los patrones de interacción familiar en la primera infancia normalmente no causan TDAH, pero pueden afectar su progreso o contribuir al desarrollo secundario de problemas conductuales.

6. CARACTERÍSTICAS DEL TDAH

Según el DSM-V, la característica principal del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo.

La inatención se manifiesta conductualmente en el TDAH como distracciones en las tareas, falta de persistencia, dificultad para mantener la atención y desorganización, sin ser resultado de un desafío o falta de comprensión.

La hiperactividad se refiere a una actividad motora excesiva (como un niño que corretea) cuando no es apropiado, o a jugueteos, golpes o locuacidad excesivos. En los adultos, la hiperactividad puede presentarse como una inquietud extrema y un nivel de actividad que cansa a las otras personas.

La impulsividad se refiere a acciones apresuradas que se producen en el momento, sin reflexión, y que crean un gran riesgo de dañar al individuo (p. ej., ir corriendo a la calle sin mirar). La impulsividad puede reflejar un deseo de recompensas inmediatas o la incapacidad de retrasar la gratificación. Los actos impulsivos pueden manifestarse como una tendencia a inmiscuirse socialmente (p. ej., interrumpir excesivamente a los otros) y/o a tomar decisiones importantes sin tener en cuenta las consecuencias a largo plazo (p. ej., aceptar un trabajo sin información adecuada).

El TDAH comienza durante la niñez. Es importante que varios síntomas aparezcan antes de los 12 años de edad para que el trastorno sea diagnosticado. Al mismo tiempo, no se especifica una edad de inicio más temprana por las dificultades para establecer

retrospectivamente y con precisión el inicio durante la infancia. La memoria de los síntomas infantiles en los adultos tiende a ser poco fiable, por lo que se necesita más información.

Las manifestaciones del trastorno deben estar presentes en más de un entorno (p. ej., la casa, la escuela, el trabajo). Confirmar los síntomas en diferentes lugares puede ser difícil sin consultar a personas que hayan observado al individuo en esos entornos. De manera característica, los síntomas varían dependiendo del contexto dentro de cada entorno. Los signos del trastorno pueden ser mínimos o estar ausentes cuando el individuo recibe recompensas frecuentes por comportamientos apropiados, está bajo estrecha supervisión, está en una situación nueva, está participando en actividades especialmente interesantes, tiene una estimulación externa constante (p. ej., por pantallas electrónicas), o está en situaciones donde interactúa cara a cara con otra persona (p. ej., la consulta del clínico).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los retrasos leves del desarrollo lingüístico motor o social no son específicos del TDAH, pero frecuentemente concurren. Entre las características relacionadas, se encuentran la baja tolerancia a la frustración, la irritabilidad y la labilidad del estado de ánimo. Incluso si no hay un problema específico de aprendizaje, muchas veces el desempeño en el colegio o el trabajo se ve afectado negativamente. La falta de atención está asociada a varios procesos cognitivos subyacentes y las personas con TDAH pueden mostrar problemas cognitivos en las pruebas de atención, de función ejecutiva o de memoria, aunque estas pruebas no son suficientemente sensibles para servir de indicios diagnósticos. Al llegar a la juventud, el TDAH se relaciona con un mayor riesgo de intentos de suicidio, principalmente cuando hay otros problemas de salud mental o consumo de sustancias.

Ningún marcador biológico es diagnóstico para el TDAH. Los niños con TDAH muestran electroencefalogramas con aumento de las ondas lentas, un volumen cerebral total reducido en las imágenes de resonancia magnética y posiblemente un retraso en la maduración del *cortex* desde la zona posterior a la anterior, aunque estos hallazgos no definitivos para el diagnóstico. Incluso en los casos poco frecuentes, en que hay una causa genética identificada

y conocida (p. ej., el síndrome del X frágil, el síndrome de la delección de 22q11) el diagnóstico del TDAH debe basarse en la presentación clínica.

7. TRATAMIENTO

Según el Grupo Europeo Interdisciplinar para la Calidad en el TDAH (EINAQ), el objetivo del tratamiento del TDAH debe ser:

1. Reducir los síntomas del TDAH
2. Reducir los síntomas comórbidos
3. Reducir el riesgo de complicaciones
4. Educar al paciente y a su entorno sobre el trastorno
5. Adaptar el entorno a las necesidades del paciente
6. Mejorar las habilidades de afrontamiento de los pacientes, padres y educadores
7. Cambiar las percepciones desadaptativas.

El tratamiento del TDAH incluye principalmente un abordaje farmacológico y una ayuda psicosocial. Hay diferentes opiniones sobre cómo interpretar los estudios recientes, especialmente el MTA. De todos modos, los expertos que utilizan la medicina basada en la evidencia están de acuerdo en que los medicamentos son una parte muy importante del tratamiento del TDAH. El tratamiento (combinación de medicación, abordaje conductual, apoyo escolar y psicopedagógico, entrenamiento a los padres, etc.) debe adaptarse individualmente para cada niño y su familia. En España y otros países europeos avanzados, como Italia y Francia, hay una limitación significativa en la cantidad de fármacos aprobados para el tratamiento del TDAH. En países como Reino Unido aunque hay más medicaciones disponibles, generalmente se tiende a recurrir a ellos como «último recurso»

Todas estas actitudes de la Administración al limitar el acceso a tratamientos efectivos para los niños, y la resistencia de muchos médicos, provienen de años de ideas preconcebidas y solo causan que el niño pierda tiempo que a menudo ya no podrá recuperar; perder oportunidades, retrasar en años la mejoría y hacer sufrir a los padres de forma innecesaria. Hoy en día sabemos que cuanto antes se trate el TDAH mejor será el pronóstico, pero esto

también se aplica a otras condiciones de salud como la diabetes juvenil, la mayoría de los tumores, y la mayoría de las enfermedades. La pregunta que nos hacemos y suelen hacer los padres en la consulta es por qué algunos médicos demoran el inicio del tratamiento, cuando ven que han perdido años. Un experto de prestigio mundial explicó en un congreso sobre el diagnóstico y tratamiento tempranos: «A nadie se le ocurre, si le cae una mancha en un traje, esperar tres años para ver si se va sola; intentará poner remedio lo antes posible. Esto, que es de sentido común, lamentablemente no se hace con niños con TDAH».

A continuación se explican dos tipos de tratamientos.

7.1 PSICOEDUCATIVO

La intervención psicoeducativa es una técnica que permite aportar la mejor información sobre el TDAH al paciente, padres y maestros, asegurando que ésta sea útil y con veracidad científica.

Este diagnóstico se realizará principalmente con la información dada por los padres, profesores y los obtenidos de la aplicación directa de pruebas al alumno/a. Esta unión de datos, más descriptiva que numérica, requiere:

En primer lugar, valorar lo que dicen los padres y los profesores, entendiendo que “las exclusivas informaciones de los padres acerca del comportamiento de los hijos en el colegio no se consideran solo para añadir a lo que dicen los profesores, quienes tienen la gran ventaja de, además del conocimiento riguroso del niño, poder comparar al alumno en cuestión con el resto de los compañeros del grupo.

En segundo lugar, examinar los resultados de las pruebas hechas directamente al niño/a, que nos ayudarán a identificar y valorar las áreas afectadas, así como aportar datos para un diagnóstico más preciso.

Con toda la anterior información se llegará a concluir, debidamente argumentado, si, desde una perspectiva psicoeducativa, nos enfrentamos a un caso de TDAH con su correspondiente subtipo, que cumple los criterios y normas establecidas, o si se trata de otro trastorno

identificado (intelectual, de aprendizaje de comportamiento,...) o una situación que no se puede definir claramente desde el ámbito en el que se está evaluando.

Una síntesis del informe elaborado, si es necesario una consulta médica (caso del TDAH), sería enviado al Servicio de Salud, quien realizaría la evaluación completa, siguiendo sus propios protocolos, y proporcionaría el diagnóstico clínico correspondiente.

En el informe psicopedagógico se determinaría el correspondiente tratamiento, que coordinado con lo establecido por los profesionales sanitarios, permitiría un seguimiento de cada caso para beneficio del sujeto y tranquilidad de padres y docentes, siendo ellos los principales referentes que, junto con el niño, “sufren” los síntomas de este trastorno.

El informe psicopedagógico, como se menciona antes, recogería de manera detallada no sólo la valoración final, sino especialmente, los resultados de evaluación de los procesos examinados, la identificación de las fortalezas y debilidades, así como las pautas específicas de intervención en el contexto escolar y orientaciones para la colaboración de la familia.

La finalidad del tratamiento debe ser que estas personas sean capaces de decidir por si mismas qué es lo que tienen que hacer y pensar; o dicho en términos de intervención, disponerles y enseñarles a controlarse a si mismos, lo que implica prepararles para planificar, organizar y llevar a cabo su comportamiento. Este objetivo, será una realidad cuando este trastorno se empiece a abordar de forma rigurosa y sistemática desde un enfoque psicoeducativo en el contexto escolar, dejando otros espacios para terapias más específicas, ya sea psicológicas o farmacológicas, cuando el caso lo requiera.

Para que esta intervención sea efectiva, los colegios necesitan ser atendidos adecuadamente por los equipos psicopedagógicos (psicólogos, pedagogos y trabajadores sociales), contar con suficientes profesores de apoyo capaces de dar respuesta a la atención personalizada y especializada, principalmente en Pedagogía Terapéutica, y ofrecer formación específica para el profesorado ordinario (tutores y especialistas) quienes son los principales responsables del tratamiento dentro del entorno escolar.

7.2 FARMACOLÓGICO

En España están aprobadas para el TDAH: estimulantes y atomoxetina

Los estimulantes son seguros y efectivos en el TDAH, su mecanismo de acción es elevar la dopamina y noradrenalina cerebral, principalmente inhibiendo su recaptación en la sinapsis

Los “estimulantes” incrementan la actividad del Sistema Nervioso Central y tienen una estructura y efecto, parecido a las catecolaminas (dopamina [DA] o noradrenalina [NA]). En España hay dos clases de estimulantes aprobados para el TDAH:

1. Metilfenidato (MTF).
2. Anfetaminas: lisdexanfetamina (LDX)

Se administran por vía oral, se absorben por vía gastrointestinal y al ser compatibles con la grasa cruzan rápidamente la barrera entre la sangre y el cerebro. El MTF de liberación inmediata tiene una duración más corta que la dextroanfetamina, alcanza su pico plasmático en 1-2 horas y tiene una vida media de 3-6 horas. Su efecto terapéutico empieza en 30-60 minutos, alcanza su pico de efecto terapéutico en 1-2 horas, y se disipa 2-6 horas después, por lo que su efecto terapéutico dura unas 4-6 horas. El MTF se metaboliza por desesterificación en el hígado al metabolito inactivo ácido ritalínico y el 100% se elimina en 12-24 horas, el 90% en la orina.

La atomoxetina (ATX) inhibe la recaptación de noradrenalina (NA). Es una medicina distinta a otras como el MTF y las anfetaminas, y es eficaz para tratar el TDAH en niños (6-11 años), adolescentes (12-18 años) y adultos. Está disponible en España desde 2007. Antes de finales de 2013, se requería una autorización médica especial para que el Sistema Nacional de Salud cubriera su coste, pero ahora ya no es necesario. Después de ser ingerido, el cuerpo lo absorbe bien por la boca, lo procesa en el hígado mediante una enzima llamada citocromo P450 2d6 y lo elimina en la orina. En personas con metabolismo rápido, permanece en la sangre durante aproximadamente 4 horas, mientras que en personas con metabolismo lento, puede permanecer hasta 19 horas.

La eficacia de la ATX en niños (6-11 años) y adolescentes (12-18 años) con TDAH ha sido demostrada en al menos 12 estudios donde se deconocía quien estaba recibiendo la medicación y quien estaba recibiendo un placebo, y también en adultos. La cantidad eficaz para la mayoría de los pacientes es de 1,2 mg/kg/día y hasta 1,8 mg/kg/día.

Los efectos adversos más comunes de los medicamentos estimulantes son: insomnio de conciliación, es decir dificultades para dormir, pérdida de apetito, dolores de cabeza, y nerviosismo. Un principio básico en el uso de medicamentos para niños es manejar adecuadamente los efectos adversos. Los estimulantes pueden ocasionar efectos secundarios “menores” (que pueden resucitar molestos pero no son graves), en alrededor del 10%-15% de los niños que los toman. Estos efectos suelen ser leves y si causan algún tipo de problema, generalmente se pueden solucionar ajustando la dosis o el horario de la medicación. Si la disminución del apetito causa pérdida de peso, es aconsejable reforzar la merienda y la cena, ya que, la disminución del apetito es más intensa al mediodía. También se pueden usar suplementos energéticos (batidos o barritas).

A pesar de la preocupación sobre los medicamentos y su posible impacto en el crecimiento debido a la pérdida de apetito, no se han identificado alteraciones neurohormonales que justifiquen alteraciones en el crecimiento. El TDAH aunque no esté tratado, puede llevar a retrasos constitucionales del crecimiento que se normalizan al final de la adolescencia.

En el seguimiento a largo plazo en el estudio MTA, se observó que los efectos en el peso y talla se da solo en los primeros tres años de tratamiento, sin supresión adicional y con una disminución de la talla de 1,23 cm/año y la del peso de 2,48 kg/año, con una repercusión de solo 2 cm en detrimento de la talla final. Es importante controlar el peso, la talla y la velocidad de crecimiento, en todos los niños que reciban estimulantes, y considerar remitirlos al endocrinólogo pediátrico si se sospecha una reducción de la velocidad de crecimiento.

El efecto rebote ocurre cuando los síntomas empeoran bruscamente 3-5 horas después de haber recibido la última dosis, debido a una disminución del efecto. Se trata dando dosis de liberación inmediata varias veces al día, y a las 5 pm, o utilizando formulaciones que liberan el medicamento lentamente.

El 25-50% de los niños con TDAH tienen dificultades para dormir antes de comenzar el tratamiento. Si el paciente tiene insomnio secundario a la medicación, puede usarse melatonina hasta 5 mg/día unas 2 horas antes de acostarse.

Si ninguna de las medicaciones aprobadas para el TDAH ha sido eficaz, es necesario que se realicen 3 estrategias:

1. Revisar el diagnóstico y considerar otras posibilidades
2. Añadir terapia cognitivo-conductual
3. Considerar medicaciones no aprobadas para el TDAH

Si el paciente no responde, es recomendable enviarlo a Pediatría de Atención Primaria, Neuropediatría, o Psiquiatría de un Centro de Salud Mental, a una unidad especializada en TDAH. Los medicamentos no aprobados para el tratamiento del TDAH (bupropion, antidepresivos tricíclicos), tienen menos evidencia sobre su eficacia y seguridad y no han sido autorizados para tratar el TDAH en ningún país. Con frecuencia se usan bupropión y antidepresivos tricíclicos. Los antipsicóticos y los antidepresivos ISRS (inhibidores de la recaptación de serotonina) no son eficaces para los síntomas de TDAH.

8. TDAH EN EL COLEGIO

La información proporcionada por el tutor del niño o del orientador escolar es muy importante para realizar el diagnóstico de TDAH. Si los síntomas se dan sólo en un ambiente, es decir, si no están presentes en casa y en el colegio, hay que plantearse la posibilidad de que no se trate de un TDAH. En muchos casos, esta recogida de información puede limitarse a que los profesores rellenen un cuestionario, complementado con llamadas telefónicas esporádicas, pero siempre hay que intentar establecer un contacto entre el médico o psicólogo y el colegio. Se trata de que los profesores conozcan y estén de acuerdo con el trastorno del niño, y de que mantengan una actitud positiva y de asistencia. Dada la alta frecuencia del TDAH (5-10%), si en una clase hay aproximadamente de 20 a 27 niños, es muy probable que haya al menos 1 o 2 niños con TDAH por cada aula.

A veces, los profesores expresan preocupación por ese niño en particular. Con la formación necesaria, hay que tratar de que pasen de la preocupación a la acción, y tomen en cuanto antes medidas para ayudar al niño. Las medidas que se van a exponer a continuación requieren un esfuerzo inicial, pero suponen numerosas ventajas a corto y largo plazo para el niño afectado y también para sus compañeros. Lo ideal es que estas estrategias se apliquen en educación primaria, donde los grupos son más reducidos, hay menos profesores para cada curso y la exigencia es menor. Si se aplican en secundaria el beneficio suele ser menor, pero también pueden ser útiles.

En el colegio no es necesario reducir la exigencia, pero hay estrategias y técnicas que ayudan al niño a mejorar su desempeño.

Es muy importante favorecer que el niño atienda en clase, por lo que se sugiere sentarlo en la primera fila, cerca del profesor, y evitando que tenga objetos a su alrededor que le puedan distraer. Cuando el profesor conoce bien a los niños, debe asegurarse de que estén separados de aquellos que puedan distraerlos o molestarlos.

Es muy útil el uso de una agenda escolar en la que el niño pueda apuntar las tareas para el día siguiente o bien para que el profesor mande notas a sus padres.

A través de la agenda el maestro puede tener un mayor control sobre el niño y puede premiar las tareas acabadas correctamente o los comportamientos positivos, con el llamado sistema de puntos. Mediante este sistema se establece un “contrato” por el que se premia al niño con una pegatina o un cromo cada vez que cumpla algo de lo acordado previamente. También se les puede dejar jugar o trabajar en el ordenador como incentivo. Es un sistema muy útil que pueden aplicar tanto los padres como los profesores. Además, mediante la coordinación entre los padres y los profesores se deben organizar las tareas del niño de forma secuencial, ya que él no se puede organizar solo.

Los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) suelen tener a menudo problemas de comportamiento y dificultades de aprendizaje. Ambos aspectos son cruciales y condicionan la evolución del trastorno.

El grado de hiperactividad, e impulsividad y falta de atención influirán en el comportamiento del niño dentro del aula y su relación con los profesores y los otros niños. En los primeros años de vida los padres se preocupan principalmente por el comportamiento, pero con el tiempo, las dificultades de aprendizaje se vuelven más destacadas y preocupantes para la familia.

Para las familias con niños con TDAH puede ser muy preocupante pensar cómo les va a ir en el colegio. Pasan muchas horas cada día allí, aprendiendo conocimientos, hábitos de estudio y a relacionarse con otros niños y profesores. ¿Se portarán mal dentro del aula, en el patio, en el comedor o en las actividades extraescolares? ¿Podrán seguir el ritmo de aprendizaje de sus compañeros? ¿Entenderán los profesores sus características y peculiaridades? ¿Tendrán apoyo y comprensión o en cambio serán castigados en exceso o ignorados? ¿El centro educativo podrá cumplir las expectativas de la familia y del niño?

Por ello, la elección del centro educativo para estos niños es de gran importancia y genera muchas dudas a las familias

8.1 Características necesarias del colegio para los niños con TDAH

- Que el niño pueda recibir una educación lo más adaptada e integradora que se pueda en el centro educativo más cercano.
- Que el número de niños por aula no sea muy alto y no exceda la ratio que consta en la normativa vigente.
- Si el profesorado conoce y sabe sobre el trastorno, podrá ser más flexible y se podrá ajustar a las necesidades del niño/a con TDAH. La formación sobre aspectos básicos del TDAH es necesaria para los docentes. Cuanto más sepan más podrán ayudar.

- La escuela es un lugar de aprendizaje académico y social. Es importante que el niño se sienta cómodo y que tenga un grupo de amigos con los que pueda compartir juegos, aficiones y actividades extraescolares.
- Será más fácil si el niño tiene compañeros que viven cerca dentro del aula. Así podrá comunicarse con ellos cuando haya dudas o se le haya olvidado anotar las tareas en la agenda escolar.
- Buscar un entorno escolar que sea motivador y que busque las fortalezas del alumno. Siempre habrá algo en lo que destaque y sea bueno.
- El profesorado debe ser cercano tanto al niño como a la familia. También debe estar dispuesto a colaborar si se le solicita un informe sobre su rendimiento y comportamiento. O que complete algún cuestionario si lo pide su pediatra o médico por escrito.
- Por ley todos los centros educativos deben tener un Equipo de Orientación Educativa (educación infantil y primaria) o un Departamento de Orientación (educación secundaria). Estos deben ser accesibles y eficaces en la evaluación de los niños con dificultades académicas o de comportamiento, ya sean detectadas por el profesorado o por la familia. Una vez realizada la evaluación se elabora un 'informe psicopedagógico' del que pueden derivar recomendaciones sobre cómo actuar dentro del aula y si es necesario un apoyo educativo.
- Respecto a las actividades extraescolares se debe tener en cuenta los intereses del niño y buscar alguna que le sea placentera y motivadora.

8.2 Recomendaciones sobre la relación entre los padres de niños con TDAH y sus profesores

- Asegurar que la relación sea frecuente y cordial.
- Mostrar comprensión y colaborar con el maestro.
- Intentar evitar los enfrentamientos. Culpar al profesor no suele servir para resolver la situación. Las reuniones con el profesor no son momentos para discutir y reprochar, por ambas partes. Hay que pensar en el bienestar del niño. Buscar los aspectos positivos.
- Al inicio del curso, informar con detalle sobre cómo es el niño.
- Si se dispone de algún informe médico o del especialista se debe dar al profesor.
- Solicitar citas o tutorías de forma regular para saber sobre la evolución del niño. Hay que anticiparse, no esperar a que llamen cuando las cosas van mal.
- Si el profesor se muestra receptivo y tiene interés, explicarle en qué consiste el TDAH. También se le puede proporcionar información por escrito o una web que sea fiable y aclare la mayoría de los mitos y falsas creencias sobre el trastorno.
- Pedir consejo sobre aspectos que se deben reforzar en casa.
- Pedir si es posible implementar medidas básicas que pueden mejorar el rendimiento del niño. Por ejemplo, sentarlo lejos de puertas y ventanas, lo más cerca posible del profesor. Darle instrucciones directas, breves y simples. Darle tiempo extra para completar un trabajo o un examen. Usar refuerzos positivos felicitándole por sus éxitos y progresos.
- Cuando el alumno tiene muchos profesores pedir al tutor que medie con los otros profesores a los que se conoce menos o es más difícil acceder.
- Es fundamental tener en cuenta que a lo largo de su vida académica el niño tendrá muchos profesores, algunos más comprensivos y empáticos que otros. Por otro lado, hay que comprender que los profesores también tienen presiones de todo tipo. Por lo tanto, se debe tener paciencia y no desanimarse.

En la mayoría de los casos, repetir curso no es la solución para el alumno con TDAH. La decisión de si el niño repite o no debe ser individualizada y se debe tener en cuenta varios aspectos, como el grado de inmadurez del niño, el nivel de competencias curriculares adquiridas, la autoestima, la motivación, y el nivel de integración en el aula y en el colegio y la opinión de los padres. Es el equipo docente quien toma esta decisión, que se debe firmar por los padres.

Si el niño necesita repetir curso, es preferible que lo haga en las etapas educativas más tempranas con la idea de revertir cuanto antes su desfase curricular.

9. EL TDAH EN EL CONTEXTO FAMILIAR

Los signos principales del TDAH; impulsividad, hiperactividad y desatención hacen que la labor educativa de los padres sea difícil. Esto suele hacer que puedan sufrir sentimientos de frustración, culpabilidad, estrés, baja autoestima e insatisfacción con su rol parental. Los padres de niños con TDAH piensan que son menos competentes en el desempeño de su papel de padres y valoran que su calidad de vida es poco gratificante (McLaughlin y Harrison, 2006). A menudo, reciben críticas debido al comportamiento inquieto de los hijos, lo que termina causando un aislamiento social (Roselló, García, Tárraga y Mulas, 2003). Además, cuando se comparan con los padres de niños sin TDAH se sienten más deprimidos, y consideran que su función de ser padres les condiciona y restringe mucho su tiempo personal (Escobar et al, 2005). Piensan que sus hijos con TDAH dominan menos sus emociones y que les resulta más difícil concentrarse y adaptarse al ambiente físico y social. También muestran sentimientos fuertes de desajuste entre las expectativas que tenían y las características reales físicas y emocionales de sus hijos (Miranda, Marco y Grau, 2007).

El carácter de los niños con TDAH junto con el estrés parental determinan significativamente el estilo de disciplina de los padres. Así, las críticas y el método de disciplina adoptado por los padres se deben principalmente a cómo son los padres y también a cómo son los niños con TDAH, que suponen una fuente de tensión en el ejercicio de la paternidad. Algunos estudios empíricos han informado que las familias con niños con TDAH tienden a usar

métodos de disciplina poco adecuados, aplicando estrategias más agresivas y autoritarias (Miranda, Grau, Marco y Roselló, 2007). El análisis de cómo los padres se relacionan con sus hijos ha mostrado que los padres que tienen hijos con TDAH emplean un tono de voz más serio y hacen comentarios más negativos sobre el comportamiento de sus hijos, imponiendo límites a veces excesivamente estrictos, pero sin ofrecer explicaciones al respecto (Lange et al., 2005).

Una idea clave que se desprende de la investigación es que cuando los padres crían a niños con TDAH, el estrés que produce esta crianza puede empeorar los problemas de comportamiento si utilizan métodos disciplinarios poco adecuados. Es evidente que los niños con TDAH pueden generar emociones negativas en sus padres, como críticas, hostilidad o sobreimplicación emocional, que se relacionan con el desarrollo de problemas de conducta durante la adolescencia (Taylor, Chadwick, Heptinstall, y Danckaerts, 1996). La importancia de la familia en la conexión del TDAH y los problemas de conducta (PC) tiene especial interés debido al valor predictivo que los estudios de seguimiento han mostrado que esta relación puede prever el desarrollo de conductas adictivas y delincuencia (Mannuzza, Klein y Moulton, 2008). En este contexto, las investigaciones indican que las madres de niños con TDAH+PC tienden a hacer más comentarios negativos sobre sus hijos y muestran menos manifestaciones físicas y verbales de afecto en comparación con las madres de los niños con sólo TDAH.

Las ideas anteriores muestran la compleja influencia negativa que el TDAH tiene en la familia. Por eso, el ayudar a los padres es una parte muy importante de las soluciones que se proponen, junto con otras estrategias. Barkley (2002) ha analizado los diferentes tratamientos sociales y psicosociales disponibles para ayudar a los niños con TDAH. Ha llegado a la conclusión de que enseñar a los padres cómo cambiar el comportamiento, la utilización de estas técnicas por los profesores, las intervenciones en el plano académico y la educación especial, son las mejores formas de ayudar a estos niños. Si a estas técnicas se añade terapia familiar, resolución de problemas y habilidades de comunicación y además todo esto se lleva a cabo durante mucho tiempo, el pronóstico de estos niños es esperanzador. Por otro lado, según Chronis, Jones y Raggi (2006) consideran que las intervenciones deberían combinar e integrar todos los elementos que han conseguido resultados positivos en el tratamiento de niños con TDAH, y todos los contextos en los que éstos se desenvuelven. Ellos creen, que la

ayuda más efectiva sería la que se lleva a cabo en los mismos lugares en los que se presentan las conductas problemáticas, incluyendo familia y escuela.

9.1 La familia como principal unidad de apoyo para los niños y niñas con TDAH

Los humanos, desde el momento del nacimiento, nos desarrollamos en un ambiente social e histórico, siendo la familia el más cercano. La familia es fundamental en todas las sociedades humanas, ya que es donde se forman los individuos desde su nacimiento.

Principalmente, los padres tienen la responsabilidad de formar individuos comprometidos con su entorno, fomentándoles principios morales que permitirán una convivencia adecuada en la sociedad. No obstante, la familia también está influenciada por otros entornos externos(Papalia, Feldman & Martorell, 2012, Seelbach, 2012). Hoy en día, existen varios tipos de familia; nuclear, monoparental, extensa, entre otras. El papel de la familia como agente socializador, sin duda es crucial; ya que los padres son los primeros maestros, y son los que establecen normas de comportamiento, valores, actitudes que guiarán el comportamiento del grupo y que los encaminarán a la promoción de una calidad de vida familiar. Esta dinámica determinará el tipo de apoyo disponible para un niño con TDAH dentro de su núcleo cercano, ya que las necesidades específicas de esta población requieren esfuerzos colaborativos (Bello, Rivadeneira, Concha, Soto & Díaz, 2017).

9.2 La calidad de vida de las familias con niños y niñas con tdaH

En los últimos años el estudio de la calidad de vida familiar en niños con TDAH ha ganado mucha atención e importancia en las investigaciones. Córdoba, Gómez y Verdugo (2008) señalan que hablar de calidad de vida familiar en personas con un trastorno es un avance significativo en la investigación sobre familia y discapacidad. Se ha reconocido el importante papel que desempeña la familia durante la enfermedad, discapacidad, las responsabilidades y los compromisos que la familia asume, y cómo estos afectan su calidad de vida.

Según Llord, Abad, García y Nieto (1995) la discapacidad o trastorno, en este caso el TDAH puede manifestarse de diversas formas en las familias, dependiendo de las circunstancias sociales, experiencias tempranas con el TDAH, el grado de fortaleza, creencias y valores, entre otros factores. En algunos casos, las familias no dan importancia a los síntomas que causa el TDAH en sus niños y, en otros casos, buscan ayuda rápidamente modificando su vida cotidiana para poder adaptarse al proceso de este trastorno. Por lo general, se puede observar que los padres y madres de niños y niñas con TDAH enfrentan emociones como: desesperación, sentimientos de culpa, depresión, presión por parte de la sociedad, problemas de comunicación en la familia, problemas relativos a la relación de pareja, problemas en cuanto instituciones médicas o escolares, falta de orientación. En Latinoamérica, aproximadamente 36 millones de personas se ven afectadas por este trastorno.

Es importante resaltar el hecho de que, en muchas familias, es común que surjan problemas en la relación entre un niño con TDAH y otros miembros de la familia. Sin embargo, cuando un niño tiene un hermano con TDAH, la interacción puede ser más complicada y causar problemas de conducta e interacción social. Algunas de estas conductas pueden ser: miedo a tener ellos mismos el trastorno, sentimientos de culpa, pena, frustración y excesiva preocupación por el futuro (Núñez & Rodríguez, 2005).

Ante la presencia del TDAH, la situación familiar puede llegar a empeorar y la relación entre los padres puede pasar por momentos difíciles y volverse complicada, por no saber cómo dar respuesta y manejar las situaciones que experimentan. Tal situación afecta la calidad de vida familiar. Debería ser esencial que todas las familias cuenten con una buena calidad de vida, con o sin la presencia de un integrante infantil con TDAH. No obstante, es importante tener en cuenta que en familias con niños que presentan TDAH, pueden surgir otras necesidades que pueden estar fuera del alcance de las familias; tales necesidades no satisfechas se reflejan en la calidad de vida familiar (Rubio, Mena & Murillo, 2006).

10. EL TDAH EN EL CONTEXTO SOCIAL

10.1 La interacción social de alumnado con TDAH

El alto número de alumnos que durante los últimos años se ha ido identificando con un Trastorno de Atención e Hiperactividad (TDAH), ha tenido un significativo impacto en el sistema escolar. De acuerdo a la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), como principal característica asociada al TDAH se establece un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que entorpece, con cierta habitualidad, el funcionamiento o el desarrollo.

En el contexto de aula, el alumnado con TDAH muestran comportamientos que la literatura ha calificado como disruptivos durante la realización de tareas (DuPaul, Ervin, Hook y McGaughy, 1998). A todo ello se le suma que, durante los períodos de juego libre, estos niños y niñas participan menos, juegan más solos y tienden a presentar comportamientos socialmente negativos como la agresión y respuestas sociales provocadoras. En resumen, presentan serias necesidades para formar amistades con otros niños, lo que puede causar problemas de comportamiento y emocionales más adelante. (Mikami y Normand, 2015; Zendarski, Mensah, Hiscock y Sciberras, 2019).

Para entender por qué los niños y niñas con TDAH tienen dificultades en sus relaciones sociales, muchos investigadores tienden a señalar un conjunto de conductas que contribuyen al rechazo de sus compañeros (Klomek et al. 2016).

Mikami y Nordman (2015) identifican tres factores clave. Primero, los autores mencionan la infravaloración social, señalando que los iguales pueden despreciar a aquellos niños que ven como distintos a ellos. Segundo, destacan las actitudes de exclusión, considerando que el alumnado puede usar comentarios despectivos hacia aquellos niños y niñas con los que no se identifican. Finalmente, hablan del prejuicio de reputación, que implica tener una opinión negativa sobre los alumnos y alumnas con necesidades especiales.

En ocasiones, los niños se muestran enfadados o desafiantes ante los adultos o reaccionan y responden con agresividad cuando están molestos. Si estas actitudes persisten o son graves, pueden convertirse en un trastorno del comportamiento. Los niños con TDAH tienen más probabilidades de ser diagnosticados con un trastorno del comportamiento, como el trastorno de oposición desafiante o trastorno de conducta.

Sobre el trastorno de oposición desafiante:

Cuando los niños se portan mal constantemente, y eso causa problemas serios en casa, en el colegio o con sus pares, es posible que se les diagnostique trastorno de oposición desafiante (TOD). El TOD es uno de los trastornos más comunes que se presentan con el TDAH.

Por lo general, el TOD comienza antes de los 8 años de edad, pero también puede aparecer en adolescentes. Los niños con TOD suelen actuar en oposición o de forma desafiante ante personas que conocen bien, como los miembros de la familia o alguien que los cuida regularmente. Los niños con TOD muestran estas actitudes más a menudo que otros niños de su misma edad.

Algunas actitudes típicas del TOD abarcan los siguientes ejemplos:

- Enfadarse con frecuencia.
- Discutir con adultos o rechazar el cumplir las reglas de los adultos.
- Querer hacer daño a alguien que sienten que les causó problemas, sentir rencor o enfadarse con frecuencia.
- Molestar a otros a propósito; molestarte fácilmente
- Echar la culpa a otras personas por sus propios errores o mala conducta con frecuencia.

Trastorno de conducta

El trastorno de conducta (TC) se diagnostica cuando los niños muestran un patrón de comportamiento agresivo hacia otros y cometan infracciones graves de las reglas y normas sociales en casa, el colegio y con sus compañeros. Si un niño tiene TDAH, es más probable que le diagnostiquen TC. Los niños y niñas con TC tienen más probabilidad de lesionarse y tienen dificultades para relacionarse bien con sus compañeros.

Muchos niños con TDAH también tienen un trastorno del aprendizaje (TA). Este trastorno presenta sus propias dificultades, como problemas para prestar atención, mantenerse concentrado en una tarea o ser organizado (aparte de otros síntomas de TDAH que puedan existir), que también impiden que el niño tenga un buen rendimiento en el colegio.

Tener un trastorno del aprendizaje significa que un niño tiene una dificultad clara en una o más áreas del aprendizaje, incluso si su inteligencia no se ve afectada. Los trastornos del aprendizaje incluyen los siguientes:

- Dislexia: dificultad con la lectura.
- Discalculia: dificultad con las matemáticas.
- Disgrafía: dificultad con la escritura.

La combinación de los problemas causados por el TDAH y los causados por el TA puede hacer que sea particularmente complicado para un niño tener éxito en el colegio. Es crucial diagnosticar correctamente cada trastorno para que el niño pueda recibir la ayuda adecuada para cada uno.

El TDAH puede dificultar la relación con los compañeros o los amigos. Es importante tener amistades para el bienestar de los niños y también puede ser fundamental para su desarrollo a largo plazo.

Algunos niños con TDAH no tienen problemas para llevarse bien con otros niños, otros encuentran dificultades al relacionarse con sus pares; por ejemplo, pueden no tener amigos cercanos, o incluso pueden ser rechazados por otros niños. Los niños que tienen problemas para hacer amigos también tienen más probabilidades de presentar trastornos de ansiedad, comportamiento y estado de ánimo, de abusar de sustancias o tener conductas delictivas en la adolescencia.

¿De qué manera afecta el TDAH en las amistades?

No se conoce a fondo de qué manera contribuye el TDAH a los problemas sociales. A veces, los niños que no prestan atención parecen reservados o introvertidos a criterio de sus pares. Los niños con síntomas de impulsividad/hiperactividad pueden ser excluidos por sus pares por ser entrometidos, impacientes o agresivos.

Además, también es más probable que los niños con TDAH, en comparación con los que no tienen TDAH, tengan otros trastornos que afecten en las buenas relaciones con otras personas.

No todas las personas que tienen TDAH tienen dificultades para llevarse bien con otros. En el caso de los niños que sí tienen problemas, hay muchas cosas que se pueden hacer para ayudarlos con sus relaciones. Cuanto más temprano se noten las dificultades de un niño con sus compañeros, más efectiva puede ser la intervención. Aunque los investigadores no tienen respuestas definitivas sobre qué funciona mejor para los niños con TDAH, a continuación se sugieren algunas de las cosas que los padres pueden tener en cuenta para ayudar a sus hijos a mejorar sus relaciones con sus pares:

- Observar cómo interactúa el niño con sus compañeros. Estas relaciones pueden ser tan importantes como las calificaciones para que le vaya bien en la escuela.
- Hablar habitualmente con personas clave en la vida de su hijo (como profesores, consejeros escolares, líderes de actividades extracurriculares, proveedores de atención médica, etc.). Mantenerse actualizado con respecto al desarrollo social del niño en el contexto de la comunidad y de la escuela.
- Involucrar a su hijo en actividades con otros niños. Dialogar con otros padres, entrenadores de deportes y otros adultos involucrados en la vida del niño sobre cualquier avance o problema que pueda ocurrir con su hijo.
- Los programas entre iguales pueden ser beneficiosos, especialmente para los niños más mayores y adolescentes. La capacitación relativa a las habilidades sociales por sí sola no ha demostrado ser eficaz, pero los programas entre pares en los que los niños practican cómo llevarse bien con otros pueden ayudar. A menudo los colegios y comunidades ofrecen este tipo de programas. Puede comunicarse con su proveedor de atención médica y con alguien de la escuela de su hijo para informarse sobre programas que podrían ser útiles.

11. CONTEXTOS ESCOLARES INCLUSIVOS PARA ALUMNADO CON TDAH

La diversidad es una característica esencial de la propia naturaleza y desarrollo humano. Los humanos tenemos un conjunto de rasgos que nos permiten manifestar características parecidas y, al mismo tiempo, diferenciarnos de los demás, lo que resulta en ciertas particularidades únicas en cada persona (Arnaiz, 2000).

Según lo mencionado por Guillén, Valenzuela y Campa (2014), etimológicamente el término “diversidad” tiene su origen en el latín, y hace referencia a diversitas-atis, es decir se refiere, a la situación de ser diversos o múltiples. Este concepto está estrechamente vinculado a la idea de considerar la educación como un medio para fomentar el desarrollo y compensar las desigualdades culturales y sociales (Booth y Ainscow, 1998; Domínguez Alonso, 2010). Por lo tanto, la aceptación de las diferencias y la demostración de un respeto absoluto hacia la heterogeneidad innata entre las personas, son pasos fundamentales para establecer una base sólida para una escuela de calidad para todos (Arnaiz, 2012; Marchesi, Blanco y Hernández, 2014; Stainback y Stainback, 1999).

En este contexto, las acciones conformadas por expresiones tales como “educar para la diversidad”, “responder a la diversidad” o “atender a la diversidad”, son consideradas como términos actuales con las que se hace referencia a un modelo de abordar las diferencias y sobre el que se identifican considerables confusiones debido a la naturaleza abstracta, polisémica y sin disponer aparentemente de un juicio de valor, que tienen estos conceptos (Barrio de la Puente, 2008; Fernández Batanero, 2015).

Desde esta perspectiva educativa, uno de los entornos más importantes para el alumnado con TDAH es el ámbito escolar. La escuela es un entorno que requiere contar con habilidades de organización, planificación, control, coordinación y evaluación en el proceso de enseñanza y aprendizaje. Por tanto, el contexto escolar plantea un gran desafío para aquellos niños y niñas que necesitan apoyo y ayuda para regular su propio aprendizaje (Gwernan et al., 2016)

El término “incluir” implica, por lo tanto, una valoración de las diversas cualidades de los niños y niñas como un elemento enriquecedor y positivo y como una oportunidad para lograr unos resultados educativos más favorables (Arroyo González, 2013; López Melero, 2011). En este contexto, la dirección y gestión por parte del educador de un aula diversa en la que se encuentra escolarizado alumnado con necesidades atencionales, supone un gran desafío. Por lo tanto, un método cooperativo que involucre al profesorado, familia y alumnado es una de las mejores maneras para regular y gestionar el comportamiento de estos niños y niñas en el ámbito escolar.

El centro educativo, en su conjunto, debe ofrecer a todos sus alumnos y alumnas una amplia variedad de experiencias y actividades que no solo los oriente hacia un progreso pedagógico, sino que también les resulten apropiadas, para su propio desarrollo como individuo social. Una escuela inclusiva no sólo evita la exclusión de determinados alumnos, sino que también les ofrece oportunidades para interactuar con compañeros con distintas características sociales y culturales (Stainback y Stainback, 1999; Torres González, 2010).

Una escuela inclusiva de calidad garantiza que todo el alumnado incluido en ella, tenga la oportunidad de participar en el proceso de enseñanza y adquisición de conocimientos en las mejores condiciones posibles (Marchesi, 2009)

Es interesante observar que la mayoría de los proyectos de intervención con estudiantes que tienen TDAH se enfocan en el modelo de déficit. Sin embargo, son escasas las investigaciones empíricas que tratan la intervención escolar con niños y niñas con TDAH desde una perspectiva inclusiva (Freedman, 2016) que involucre también a sus iguales de la escuela. La idea de inclusión, se centra en cómo apoyar a todo el alumnado para proporcionarles un aprendizaje útil, teniendo como objetivos principales; asegurar el libre acceso al sistema educativo, prestar ayuda individual y promover la inclusión social (Crisol Moya, 2019; Ramírez y Muñoz, 2012).

Para considerar el tema de la inclusión en contextos escolares para el alumnado con TDAH en relación con el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) número 4, que se centra en "Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de

aprendizaje para todos", es necesario comprender tanto el concepto de inclusión como su aplicación en el ámbito educativo.

El término inclusión en la educación, en términos generales, se refiere a la creación de entornos que abarquen la diversidad entre los estudiantes, incluidos aquellos con necesidades especiales como el TDAH. Esto implica no solo que todos los estudiantes tengan derecho a la educación, sino también adaptar el entorno educativo para satisfacer las necesidades individuales de cada estudiante, promoviendo su participación activa y su éxito académico.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, proporcionan un marco completo para abordar una amplia variedad de desafíos, incluyendo la educación inclusiva. En particular, el objetivo número 4 se enfoca en asegurar una educación de calidad para todos, sin dejar a nadie atrás. En este caso, la inclusión de los estudiantes con TDAH, implica su acceso a la educación, además de asegurar que reciban el apoyo necesario para que puedan participar plenamente en el proceso educativo.

La inclusión en el contexto escolar para el alumnado con TDAH se puede lograr mediante un conjunto de tácticas y prácticas. Por ejemplo, es importante y necesario que los profesores estén capacitados para comprender las necesidades específicas de estos estudiantes para que puedan adaptar su enseñanza en consecuencia. Algunas técnicas posibles incluyen la enseñanza diferenciada, el uso de recursos visuales y la provisión de apoyo individualizado.

Además, para asegurar la inclusión de estudiantes con TDAH, es fundamental establecer un entorno de apoyo en el aula. Esto puede abarcar la implementación de estructuras y rutinas claras y explícitas, el establecimiento de expectativas claras y el fomento de la colaboración entre los estudiantes. Asimismo, es importante promover la aceptación y el entendimiento entre los compañeros de clase para cultivar un entorno inclusivo y de apoyo.

En términos de políticas educativas, es necesario que los gobiernos y las instituciones educativas colaboren para garantizar que se asignen los recursos adecuados y suficientes para apoyar la inclusión de estudiantes con TDAH. Esto puede incluir la asignación de personal de apoyo adicional, garantizar la formación de los docentes y la implementación de programas de intervención temprana.

En resumen, incluir a los estudiantes con TDAH en el entorno escolar es esencial para garantizar que todos los estudiantes tengan la posibilidad de alcanzar su máximo rendimiento. Al concordar estas medidas con el Objetivo de Desarrollo Sostenible número 4, podemos avanzar hacia el propósito de garantizar una educación justa, equitativa, inclusiva y de calidad para todos, apoyando así el desarrollo sostenible a nivel global.

La normativa aragonesa sobre atención a la diversidad, que se concentra especialmente en el alumnado con TDAH, se basa en la Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa, y sus desarrollos normativos específicos en la Comunidad Autónoma de Aragón.

La Ley Orgánica 3/2020, se centra principalmente en la implementación de medidas y recursos para garantizar la igualdad de oportunidades y la adecuada atención a las necesidades específicas de estos alumnos en el ámbito escolar. Esto puede incluir la provisión de apoyos personalizados, adaptaciones curriculares, capacitación docente en técnicas de atención a la diversidad y la promoción de ambientes inclusivos que fomenten la participación activa y el desarrollo integral del alumnado con TDAH

En el ámbito aragonés, estas disposiciones generales se complementan y amplían mediante normativas regionales que especifican las actuaciones concretas a seguir para atender al alumnado con TDAH. Una de estas normas es el Decreto 157/2022, de 1 de Marzo, del Gobierno de Aragón, que establece la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Primaria. Este decreto, en su artículo 24, trata aspectos relacionados con la atención a la diversidad y la inclusión educativa, como la inclusión de disposiciones específicas sobre el alumnado con TDAH, medidas de apoyo, formación del profesorado, entre otras.

En cuanto a reconocer al alumnado con TDAH, el Decreto 117/2015 determina que corresponde a los equipos docentes el descubrir las posibles necesidades educativas especiales de los alumnos, incluyendo aquellas relacionadas con el TDAH. Este reconocimiento se lleva a cabo mediante la observación directa del rendimiento académico y del comportamiento del alumno, así como recopilando información de otros agentes educativos y familiares.

Una vez identificado el alumnado con TDAH, el Decreto establece la necesidad de elaborar un Plan de Atención a la Diversidad (PAD) personalizado que contemple las medidas de intervención necesarias para atender sus necesidades específicas. Este plan debe ser desarrollado por el equipo docente en colaboración con el equipo de orientación educativa y psicopedagógica, y se revisa regularmente para ajustarse al progreso del alumno.

Las actuaciones generales de intervención para el alumnado con TDAH en Aragón se centran en crear un entorno educativo inclusivo que favorezca su desarrollo integral y su participación activa en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Esto implica, por ejemplo, la adaptar los materiales y métodos de enseñanza para satisfacer sus necesidades específicas, así como implementar estrategias de apoyo y seguimiento personalizado.

Además, el Decreto 117/2015 establece la posibilidad de aplicar medidas específicas de adaptación curricular para aquellos alumnos con TDAH que lo requieran, con el fin de adecuar el currículo a sus características y ritmos de aprendizaje. Estas medidas pueden incluir la reducción de la carga lectiva, la extensión de los tiempos de realización de las actividades o la adaptación de los criterios de evaluación.

En cuanto a las actuaciones específicas de intervención para el alumnado con TDAH, el Decreto indica la necesidad de promover la adquisición de habilidades de autocontrol y autonomía personal, así como proporcionar tácticas y recursos específicos para abordar sus dificultades de concentración e impulsividad. Esto podría implicar, por ejemplo, la implementación de métodos de organización y planificación del tiempo, enseñanza de habilidades para regular las emociones o la utilización de ayudas tecnológicas.

El Decreto también resalta la importancia de establecer una estrecha colaboración entre el colegio, la familia y otros agentes educativos y sociales en el proceso de intervención para estudiantes con TDAH. Esta colaboración se manifiesta a través de la participación activa de las familias en la elaboración y seguimiento del Plan de Atención Individualizado, así como en la coordinación con otros profesionales (psicólogos, pediatras, etc.) que puedan ofrecer apoyo adicional fuera del ámbito escolar.

12. CONCLUSIONES

El tema abordado a lo largo de este trabajo es una temática de plena actualidad de este proceso académico, ya que es un trastorno que se puede encontrar fácilmente en las aulas.

En este Trabajo de Fin de Grado se llevan a cabo puntos más profundos del TDAH y en diferentes ámbitos; el educativo, el social y el familiar. Después de analizar estos tres contextos, puedo señalar que la conducta en el TDAH es un gran reto que debe abordar la familia y el profesorado.

El TDAH es un trastorno que afecta no solo a la persona que lo padece sino que también afecta a su entorno educativo, social y familiar. Considero importante que tanto los profesores, los padres, como la sociedad en general entiendan este trastorno para poder apoyarles en lo que necesiten y facilitarles la integración.

En el ámbito educativo, es fundamental un Equipo de Orientación para qué puedan identificar lo antes posible a esos alumnos con TDAH. También son los encargados de llevar a cabo evaluaciones y pruebas especializadas para diagnosticar el TDAH de manera adecuada.

En el entorno familiar es importante que la familia reciba orientación y apoyo para comprender el trastorno y aprender a su vez estrategias útiles para manejar el comportamiento de sus hijos, así como para fomentar sus habilidades sociales y su autoestima.

En mi opinión la inclusión y la empatía son dos términos esenciales para garantizar que las personas con TDAH puedan desarrollarse plenamente. En algunos casos pueden tener alguna dificultad para mantener relaciones sociales, así como para adaptarse a diferentes situaciones sociales. Sus síntomas pueden interferir con su capacidad para seguir normas sociales controlar impulsos y regular su comportamiento, lo que puede conllevar a malentendidos en sus interacciones con los demás.

Es crucial que la familia, el colegio y la sociedad trabajen conjuntamente para asegurar que todos los niños tengan las mismas oportunidades para alcanzar su máximo potencial.

13.. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

American Psychiatric Association. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5.

Arnaiz, P. (2000). Educar en y para la diversidad. En F. Soto y J. López (Eds.), Nuevas tecnologías, viejas esperanzas: Las nuevas tecnologías en el ámbito de las necesidades especiales y la discapacidad (pp. 29-40). Murcia: Consejería de Educación y Universidades.

Arnaiz, P. (2012). Escuelas eficaces e inclusivas: cómo favorecer su desarrollo. *Educatio Siglo XXI*, 30(1), 25-44.

Arroyo González, M.J. (2013). La educación intercultural: un camino hacia la inclusión educativa, 144-159.

Barrio de la Puente, J.L. (2008). Hacia una Educación Inclusiva para todos. *Revista Complutense de Educación*, 20, 13-31.

Bello-Escamilla, N., Rivadeneira, J., Concha-Toro, M., Soto-Caro, A., y Díaz-Martínez, X. (2017). Escala de Calidad de Vida Familiar: validación y análisis en población chilena. *Universitas Psychologica*, 16(4), 1-10.

Booth, T., & Ainscow, M. (1998). *From them to us*. Londres: Routledge

BOE-A-2020-17264 Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre

Córdoba, L., y Verdugo, M. A. (2003). Aproximación a la calidad de vida de familias de niños y niñas con TDAH: un enfoque cualitativo. *Siglo Cero, Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 34 (4), 19-33.

Crisol Moya, E. (2019). Hacia una nueva educación inclusiva para todos. Nuevas contribuciones. Profesorado. *Revista de currículum y Formación del Profesorado*, 1-9.

Domínguez Alonso, J. (2010). Atención a la diversidad en la Educación Primaria. Evolución y situación actual. Barcelona: Editorial Davinci.

Dupaul, G., Ervin, R. A., Hook, C. L., & McGoey, K. E. (1998). Peer tutoring for children with attention deficit hyperactivity disorder: Effects on classroom behavior and academic performance. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31(4), 579-592.

Escobar, R., Soutullo, C.A., Hervás, A., Gastaminza, X., Polavieja, P., y Gilaberte, I. (2005). Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics*, 116, 364-369.

Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., y Biederman, J. (2003). La prevalencia mundial de TDAH: ¿Es una condición estadounidense? *World Psychiatry*, 2 ,104-113.

Fernández Batanero, J.M. (2015). Atención a la diversidad en el aula de Educación Infantil. Madrid: Ediciones Paraninfo.

Grupo Europeo Interdisciplinar para la Calidad en el TDAH (EINAQ). (2003)

Gwernan-Jones, R., Moore, D., Cooper, P., Russell, A.E., Richardson, M., Rogers, M., y Garside, R. (2016). A systematic review and synthesis of qualitative research: The influence of school context on symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Emotional and Behavioural Difficulties*, 21, 83-100.

Hoffmann, H. (1945). El Struwwelpeter o historias divertidas e imágenes divertidas para niños de 3 a 6 años. Frankfurt: Literarische Anstalt.

Klomek, A. B., Kopelman-Rubin, D., Al-Yagon, M., Berkowitz, R., Apter, A., & Mikulincer, M. (2016). Victimization by bullying and attachment to parents and teachers among student who report learning disorders and/or attention deficit hyperactivity disorder. *Learning Disability Quarterly*, 39(3), 182-190.

Lange, G., Sheerin, D., Carr, A., Dooley, B., Barton, V y Marshall, D. (2005). Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. *Journal of Family Therapy*, 27, 76-96.

Llord, A., Abad, M. A., García, M., y Nieto, J. (1995). Ciencias psicosociales, aplicadas a la salud. México: Interamericana Mc Graw Hill.

López, G., López, L., y Diaz, A. (2015). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y actividad física. Revista digital de Educación Física, 6(32), 53-65.

López, I., Rodillo, E., y Kleinstuber, K. (2008). Neurobiología y diagnóstico del trastorno por déficit de atención. Revista Médica Clínica Las Condes, 19(5), 511-524.

López Melero, M. (2011). Barreras que impiden la escuela inclusiva y algunas estrategias para construir una escuela sin exclusiones. Innovación Educativa, 21, 37-54.

Marchesi, A., Blanco, R., & Hernández, L. (2014). Avances y desafíos de la educación inclusiva en Iberoamérica. Madrid: Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

Marchesi, A. (2009). Las Metas Educativas 2021. Un proyecto iberoamericano para transformar la educación en la década de los bicentenarios. Revista CTS, 87-157

McLaughlin, D., y Harrison, C. (2006). Parenting practices of mothers of children with ADHD: the role of maternal and child factors. *Child and Adolescent Mental Health*, 11, 82-88.

Menéndez Benavente, I. (2001). Trastorno de déficit de atención con hiperactividad: clínica y diagnóstico. Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente, 4(1), pp. 92-102.

Mikami, A., & Normand, S. (2015). The importance of social contextual factors in peer relationships in children with ADHD. Current Developmental Disorders Reports, 2(1), 30-37

Miranda, A., Marco, R., & Grau, D. (2007). Parenting stress in families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: The impact of ADHD subtype and oppositional defiant disorder comorbidity. In T. Scruggs y M. Mastropieri (Eds.), Advances on learning and behavioral disabilities (pp. 139-162).

Núñez, B., & Rodríguez, L. (2005). Los hermanos de personas con discapacidad: una asignatura pendiente. Buenos Aires: Asociación AMAR

Papalia, D. E., Feldman, R.D., y Martorell, G. (2012). Desarrollo humano. México: Mc Graw Hill.

Polaino Lorente (1997). Manual de hiperactividad infantil. Madrid: Unión Editorial.

Real Decreto 157/2022, de 1 de marzo, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas mínimas de la Educación Primaria.

Risueño, A.E. (2001). Aportes de la Neuropsicología dinámica integral al diagnóstico y tratamiento del TDAH. Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente, 4(1), 79-87.

Rubio, L. Mena, B., & Murillo, B. (2006). El pediatra y la familia de un niño con TDAH. Revista de Pediatría en Atención Primaria, 8, 199-216.

Roselló, B., García, R., Tárraga, M., y Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 79-84.

Stainback, S., & Stainback, W. (1999). Aulas inclusivas. Madrid: Narcea.

Still, G.F. (1902). Algunas condiciones psíquicas anormales en niños. *Lancet*, 1, 1008-1012; 1077-1082; 1163-1168.

Taylor, E., Chadwick, O., Heptinstall, E., y Danckaerts, M. (1996). Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1213-1236.

Torres González, J.A. (2010). Pasado, presente y futuro de la atención a las necesidades educativas especiales: Hacia una educación inclusiva. *Perspectiva Educacional*, 49(1), 62-89.

Valenzuela, B.A., Guillén, M., y Campa, R. (2014). Recursos para la inclusión educativa en el contexto de educación primaria. *Infancias Imágenes*, 13(2), 64-75.

Young, S., Fitzgerald, M., y Postma, M.J. (2013). Libro Blanco sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) : propuestas políticas para abordar el impacto social, el coste y los resultados a largo plazo en apoyo a los afectados.

Zendarski, N., Mensah, F., Hiscock, H., & Sciberras, E. (2019). Trajectories of emotional and conduct problems and their association with early high school achievement and engagement for adolescents with ADHD. *Journal of Attention Disorders*.