



**Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel**
Universidad Zaragoza

**TRABAJO DE FIN DE GRADO
EN MAGISTERIO DE EDUCACIÓN PRIMARIA**

**Título: “Propuesta para mejorar las diferentes
dificultades de un alumno con TDAH dentro del aula
ordinaria”.**

**“Proposal to improve the different difficulties of a
student with ADHD in the ordinary classroom”.**

Alumno/a: Manel Cano Jorge

NIA: 765972

Director/a: Camino Álvarez Fidalgo

AÑO ACADÉMICO: 2020-2021

ÍNDICE

Resumen.....	3
1. Introducción.....	1
2. Justificación.....	2
3. Objetivos.....	4
4. Marco teórico.....	5
4.1. Definición de TDAH.....	5
4.2. Síntomas del TDAH.....	7
4.3. Tipos de TDAH y trastornos de aprendizaje.....	8
4.4. Causas y factores.....	12
4.5. Diagnóstico y tratamiento.....	13
5. La comorbilidad.....	17
6. Mitos del TDAH en la sociedad actual.....	19
7. Prevalencia del TDAH en el adolescente y vida adulta.....	21
8. Propuesta metodológica.....	23
9. Conclusiones.....	34
10. Referencias bibliográficas.....	36

Resumen

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo que afecta sobretudo a individuos en edad escolar. Dificulta en gran medida la socialización del alumno y en el rendimiento académico por sus tres principales características: falta de atención, impulsividad e hiperactividad.

A continuación se desarrollará la evolución del trastorno y en qué consiste el TDAH, así como la forma de diagnosticarlo y tratarlo. Se comentarán los principales trastornos de aprendizaje que se le asocian, sus diferentes comorbilidades, la prevalencia que tiene en la edad adulta, ciertos mitos que se han creado en la sociedad actual respecto al trastorno y el desarrollo de una propuesta dirigida a los alumnos TDAH en etapa escolar, que intentará solventar las diferentes dificultades que causa el TDAH.

Palabras clave: TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad), sintomatología, tratamiento, pedagogía, metodología, propuesta.

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder that affects mainly school-age individuals. It greatly hinders the student's socialization and academic performance due to its three main characteristics: inattention, impulsivity and hyperactivity.

Next, the evolution of the disorder and what ADHD consists of, as well as how to diagnose and treat it, will be developed. The main learning disorders associated with it will be discussed, their different comorbidities, the prevalence it has in adulthood, certain myths that have been created in today's society regarding the disorder and development of a proposal aimed at ADHD students in school stage, which will try to solve the different difficulties that ADHD causes.

Keywords: ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), symptomatology, treatment, pedagogy, methodology, proposal.

1. Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) fue denominado, por primera vez, en el año 1798, en Gran Bretaña. No obstante, no fue reconocido ni incluido en la lista de trastornos del comportamiento y de las emociones hasta el año 1992, por parte de la Organización Mundial de la Salud. (Recuero, 2020)

Es realmente necesario dar a conocer en qué consiste el TDAH y cómo se debe actuar frente a este trastorno ya sea a nivel familiar, educativo o social. Es por eso, que a lo largo de este Trabajo de Fin de Grado, se comentarán las características que lo definen, también de la variedad de tipos que existen, las causas por las que suele aparecer el trastorno, la forma de diagnosticarlo, el tratamiento que se debe de seguir para superarlo, su comorbilidad con otros trastornos, la prevalencia que tiene en los individuos en edad adulta y ciertos mitos creados alrededor de dicho trastorno en la sociedad actual.

En cuanto al ámbito al que va dirigido especialmente, el educativo, se hará un inciso en las dificultades de aprendizaje que puede acarrear el TDAH y, finalmente, se desarrollará una propuesta con el objetivo de intentar solventar lo máximo posible las diferentes dificultades que causa el TDAH como: la falta de atención, la no regulación de emociones, la gran actividad motriz y las relaciones sociales del alumno TDAH con sus iguales dentro y fuera del aula; mediante el uso de técnicas y actividades diseñadas especialmente para el alumno TDAH.

Para finalizar, encontrará desarrolladas las conclusiones que harán referencia al desarrollo del TFG y sus puntos más importantes.

2. Justificación

Con el desarrollo del siguiente trabajo, se llevará a cabo una investigación para entender en qué consiste el TDAH y se desarrollará una propuesta metodológica.

Con el desarrollo del Trabajo de Fin de Grado, el objetivo, es plasmar la adquisición de las competencias básicas que rigen el Título de Grado de Maestro en Educación Primaria.

Las competencias básicas adquiridas por un futuro docente en el Grado de Maestro Primaria las dividimos en cinco competencias fundamentales. Son las siguientes:

- Planificación: un buen docente debe saber planificar y organizar la enseñanza. Debe de poner en práctica aquellas funciones, responsabilidades y conocimientos formativos adquiridos para su correcta aplicación en el aula. Gestionar los recursos, materiales, espacios y tiempos de los que se disponen para poder establecer correctamente los objetivos y ser capaz de diseñar y supervisar el proceso de enseñanza-aprendizaje.
- Comunicación: la enseñanza, en sí, es un acto de comunicación. Por ello, la habilidad de comunicarse es una cuestión primordial en el maestro de Primaria. Esto se traduce en la eficacia para transmitir conocimientos y valores por parte del docente, traduciéndose en el posible éxito o fracaso del alumno en su adquisición de valores y nuevos aprendizajes. No solamente se le da importancia a la comunicación verbal. La comunicación no verbal, es decir, la gestual, es de vital importancia a la hora de transmitir el mensaje, al igual de conocer con precisión cómo han interpretado el mensaje nuestros alumnos. Un buen docente debe saber escuchar a los demás, usar un vocabulario adecuado al contexto de la situación, sin utilizar términos negativos y con un adecuado tono y volumen.

- Competencia social: un docente de Educación Primaria debe tener la capacidad de relacionarse de una manera apropiada con su alumnado, con los familiares de los mismos y los docentes del centro educativo, etc. Esto implica su correcta conducta intelectual y afectiva dentro del contexto educativo, que tiene por objetivo integrar socialmente a todos sus integrantes. Es de gran importancia la capacidad para resolver problemas, la empatía para ponerse en el lugar de sus alumnos y poder entender sus sensaciones, actitudes y comportamientos, la capacidad de comunicarse desde un punto de vista positivo, lograr el equilibrio entre cercanía y autoridad para establecer, adecuadamente, una justa y respetuosa relación maestro - alumno, favoreciendo la convivencia dentro de las aulas.

- Colaboración: la tarea del docente dentro del aula, es llevada a cabo de forma individual por el mismo. Sin embargo, cada vez es más importante que la colaboración y el trabajo en equipo sirva de retroalimentación educativa para el propio docente y su entorno profesional. Se debe de fomentar el aprendizaje cooperativo, realizando una acción coordinada con el profesorado aplicando métodos pedagógicos de forma común. La comunicación con familiares en el caso de trastornos de aprendizaje o altas capacidades del alumno, mejoran y completan el proceso educativo.

- Competencias curriculares: esta última competencia es imprescindible, ya que engloba las competencias cognitivas y didácticas del docente. El docente de Primaria debe poner en práctica toda la teoría adquirida en su formación académica y profesional, aplicándolas en las áreas y materias impartidas. Para aplicar todo esto de manera eficiente, el maestro tiene que buscar, valorar e integrar la información disponible con un objetivo claro: el aprendizaje de sus alumnos.

Concluyendo, un maestro de Primaria debe ser capaz de desarrollar su capacidad para liderar e interactuar con su entorno educativo, ser capaz de resolver problemas y promover valores positivos en sus alumnos durante el proceso educativo, dotando a sus educandos de un aprendizaje de habilidades y conocimientos esenciales para su futuro.

3. Objetivos

Los objetivos que se pretenden alcanzar con la elaboración de este Trabajo de Fin de Grado (TFG) y con el diseño y desarrollo de la intervención metodológica son los que se exponen a continuación:

- Aprender en qué consiste el TDAH.
- Conocer y saber cómo debe actuarse frente a un caso de TDAH.
- Crear una propuesta para fomentar la inclusión e integración del alumno con TDAH dentro del aula.
- Crear una propuesta para mejorar el control de las emociones y exceso de motricidad del alumno con TDAH a través de la Educación.
- Crear una propuesta para mejorar las relaciones sociales del alumno con TDAH tanto dentro como fuera del aula.

4. Marco teórico

4.1. Definición de TDAH

La primera referencia a este trastorno es de 1902 por parte de Hoffman, cuando se introdujo el término hiperactividad. Fue posteriormente el médico pediatra George Still (2001), quien aporta evidencias médicas de un síndrome hiperactivo en el que los niños “manifiestan un comportamiento agresivo, conducta desafiante, alta emocionalidad, poco autocontrol, deficiente desarrollo moral y problemas de aprendizaje” (George Still, 2001 como se citó en Fernandes et al., 2017).

Posteriormente, Russel Barkley, en 1997, que define el trastorno como: “un trastorno en el desarrollo que se caracteriza por tener una evolución inapropiada a nivel de problemas atencionales, hiperactividad e impulsos. Tiene lugar en la primera infancia, con una naturaleza crónica. No tiene relación con un déficit neurológico relevante, ni tampoco un retraso mental o motor. Se trata de un trastorno multi-causal que debe abordarse de una forma multidisciplinar” (Barkley, 1997 citado por Fernandes et al., 2017).

Más tarde, Artigas-Pallarés (2011:368), señala que: “el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, igualmente que el resto de trastornos del neurodesarrollo, es algo consensuado que tiene como objetivo delimitar un patrón cognitivo-conductual, que sea identificable como uno solo, suponiéndose una identidad genética y neurofuncional. El TDAH es definido por coincidir en estos síntomas derivados por una baja capacidad de atención, no controlar los impulsos y manifestar constantemente inquietud”.

Como puede observarse, la definición de TDAH es muy variable y abierta, habiendo varios frentes abiertos que se deben, en parte, a que los distintos estudios llevados a cabo no llegan a las mismas conclusiones. Algunos de ellos difieren en ciertos aspectos, llegando a excluirlas, aunque, en otros estudios, sí son válidos, dificultando el correcto diagnóstico y tratamiento del trastorno, ya que no existe una única manera.

Una definición más es la que redacta la Organización Mundial de la Salud, la cual se propone en 1992, introduciendo el término Trastorno Hiperactivo, recogido en el CIE-10, el cual menciona las diferentes dificultades que puede acarrear el trastorno: relaciones sociales desinhibidas, alta tasa de comportamiento antisocial y una baja autoestima del individuo (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Solo dos años más tarde, 1994, por parte del DSM-IV, se introduce la existencia de tres subtipos de TDAH, que se desarrollarán más adelante.

La última definición que va a presentarse sobre el TDAH es la del Ministerio de Educación y Ciencia (2018) que dice: “El TDAH es un trastorno neurobiológico con un fuerte componente genético que se inicia en la infancia. Las personas con TDAH se caracterizan por manifestar síntomas de hiperactividad, impulsividad, inatención y alteraciones de sus funciones ejecutivas”.

En esta última, al ser bastante más actual, presenta el motivo que lo puede desencadenar, dándole importancia a un fuerte componente genético. También nos presentan los tres síntomas que sufren los individuos afectados por este trastorno, aunque no todos los afectados presentan los síntomas por igual, ya que existe mucha variabilidad dentro del propio trastorno.

Como síntesis de todas las definiciones presentadas anteriormente, se recogen las siguientes conclusiones: el TDAH es un trastorno neurobiológico. Principalmente, presenta síntomas de hiperactividad, impulsividad e inatención. Estos síntomas se presentan en cualquier circunstancia, sin ningún motivo ambiental aparente. Tiene inicio en una infancia temprana, prevaleciendo en la juventud y, cada vez más, en la vida adulta. Los individuos que lo padecen presentan dificultades para desarrollarse en sociedad.

4.2. Síntomas del TDAH

Los síntomas que presentan los individuos diagnosticados con TDAH son tres: desatención, hiperactividad e impulsividad. Durante la larga vida de un ser humano, es posible que la gran mayoría desarrolle alguno de estos síntomas. No por ello se debe de sufrir dicho trastorno y, para ayudarnos a diferenciarlo de algo pasajero o no, el DSM-V marca diferentes criterios que deben cumplirse.

A continuación, se desarrollarán con más precisión estos síntomas y, también, cómo pueden ir apareciendo, ya que no todos se manifiestan de golpe e, incluso, en ciertos casos, hay síntomas que no llegan a manifestarse e igualmente se trata de TDAH.

Según los autores Artigas-Pallarés y Narbona (2011):

- La **desatención**: tienen una muy baja capacidad atencional.
- La **hiperactividad**: se encuentran en una constante inquietud.
- La **impulsividad**: falta control de la impulsividad.

Estos síntomas, respecto al curso temporal, según el DSM-V, empiezan a aparecer entre los 3-4 años de edad, etapa en la que los padres y profesores describen a estos niños como desatentos, muy inquietos y con una movilidad excesiva, reclamando la atención de los mayores en mayor medida que los niños sin alteración ninguna. Conforme avanzan en la Educación Primaria, estos síntomas se agravan, pudiendo ocasionar conflicto a nivel social, escolar e internamente (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011:369).

4.3. Tipos de TDAH y trastornos de aprendizaje

En la actualidad, son conocidos dos sistemas de clasificación de enfermedades que son internacionalmente populares. Estos sistemas son: el CIE-10 y el Manual de Diagnóstico Estadístico de Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría. Respecto a este último, más concretamente en el DSM-IV y, también, en el DSM-V, se describen tres subtipos de TDAH, basándose en los síntomas que sobresalen en cada uno de ellos. Según el DSM-V, los tres subtipos de TDAH son los siguientes:

1. Subtipo con predominio inatento: entre en un 20% y un 30% de los casos.
2. Subtipo con predominio impulsivo-hiperactivo: entre en un 10% y un 15% de los casos.
3. Subtipo combinado, teniendo presentes los tres síntomas, siendo este el mayoritario con un 50% o 70% de los casos.

Asociados a cada uno de los subtipos existen diferentes características que ayudan a diferenciarlos. A continuación, se desarrollarán las características principales que presentan cada uno de los subtipos según el DSM-V y, posteriormente, los trastornos de aprendizaje asociados al TDAH.

1. Subtipo con predominio inatento.

Es el subtipo en el cual prevalece la inatención. Las características de este son, según describe el DSM-V:

- Fallos al prestar atención a detalles o descuidos, haciendo que la tarea no se realice con precisión.
- Muestran dificultades a la hora de mantener la atención.
- Parece no escuchar cuando se le habla de una forma directa.
- Le cuesta seguir instrucciones.
- Le cuesta organizar tareas y, también, pierde materiales necesarios para realizar ciertas actividades.

2. Subtipo con predominio impulsivo-hiperactivo

Es el subtipo en el cual prevalecen los síntomas de impulsividad e hiperactividad. Sus características, según el DSM-V, son las siguientes:

- Juguetea con las manos y los pies.
- Se levanta con frecuencia en situaciones que debería de permanecer sentado.
- Es incapaz de jugar siguiendo las reglas.
- En grandes ocasiones actúa como si lo impulsara un motor, sin poder parar.

3. Subtipo combinado

Es el subtipo que combina todos los síntomas. Se caracteriza por, según el DSM-V:

- Muestra respuestas inesperadas y fuera de lugar.
- No sabe esperar su turno.
- Interrumpe constantemente o busca el enfrentamiento constante con otros.

Los trastornos del aprendizaje tienen una base neurobiológica y tienen lugar en alumnos con una inteligencia media. Tienen una prevalencia de por vida, aunque con repercusión y manifestación diferente dependiendo de la etapa vital en la que se encuentre el individuo afectado. Los trastornos del aprendizaje presentan una de las mayores comorbilidades del TDAH, haciendo que entre un 20/40% de los pacientes diagnosticados con TDAH, sufran un trastorno del aprendizaje. Las herramientas adecuadas para realizar un correcto diagnóstico son una correcta anamnesis y un estudio neuropsicológico dirigido. Se debe de tener presente que estos trastornos asociados a un TDAH suelen empeorar el rendimiento escolar, por lo tanto, es esencial la realización de un tratamiento adecuado que se centre en: las reeducaciones y las adaptaciones escolares o acomodaciones (Durán Forteza y Hervás Zuñiga, 2014).

Los trastornos específicos de aprendizaje asociados a niños TDAH, según el DSM-V, son los siguientes:

- A) Con dificultad en la lectura.
- B) Con dificultad en la expresión escrita.
- C) Con dificultad matemática.

Encontramos otros que no están redactados en el DSM-V, el “trastorno del desarrollo de la coordinación con dificultad en los aprendizajes procedimentales”, que tiene una relevancia decisiva en el futuro académico y social del niño TDAH (Aguilera Albesa, Blanco Beregaña y Mosquera Gorostidi, 2014-656).

TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE asociados al TDAH				
	Dificultades que presenta	Prevalencia	Tratamiento	Objetivo
Con dificultades en la lectura	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas en la decodificación lectora. - Poca fluidez. - Falta de automatización en la conversión grafema-fonema. - Más centrados en reconocer la palabra que en la comprensión global del texto. - Guarda estrecha relación con el subtipo inatento. 	Se detecta dislexia hasta en un 39% de los niños que sufren TDAH.	<ul style="list-style-type: none"> - Debe centrarse en las dificultades atencionales del alumno. - Debe realizarse de forma individual o en grupo reducido. - Incluir adaptaciones curriculares específicas. 	Estabilizar o reducir el desnivel lector.
Con dificultades en la expresión escrita	<ul style="list-style-type: none"> - Caligrafía pobre y desorganización en la escritura. - Muchas faltas ortográficas. - Errores a nivel sintáctica. - Desorganización en el discurso y de los materiales. - Guarda relación con el subtipo impulsivo-hiperactivo. 	El 60% de jóvenes diagnosticados con TDAH cumplen los criterios de trastorno específico de la expresión escrita.	<p>Favorecer control motor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pintar con dedos, - colorear,... <p>Favorecer la motricidad fina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - utilización de claves visuales. <p>Para la mejora de los procesos léxicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - favorecer el desarrollo de habilidades para la conversión de fonema-grafema - trabajar la caligrafía. 	Hacer que sean capaces de organizar y transcribir representaciones mentales de forma motórica.

Con dificultades matemáticas	<ul style="list-style-type: none"> - Confunden el signo de la operación. También pueden cambiarlo a mitad de la misma, algo que les lleva al error. - Muestran errores derivados de la precipitación e impulsividad, debido a una mala lectura o la no comprensión del enunciado. - Guarda relación con el subtipo combinado. 	La prevalencia de la discalculia en TDAH varía entre un 26/42%.	<ul style="list-style-type: none"> - Dividir la tarea en diferentes partes. - Añadir tiempos de descanso. - Utilizar crono cálculos. - Utilizar abundantes representaciones gráficas, para potenciar visualmente la actividad. 	Mejorar la atención, el control inhibitorio, la memoria, la flexibilidad cognitiva y la planificación para analizar y desarrollar correctamente la tarea.
Con dificultad en los aprendizajes procedimentales	<ul style="list-style-type: none"> - Son torpes a la hora de comunicarse con los demás (verbal y corporalmente). - Les cuesta coordinar movimientos durante un juego. No tienen adquirido su esquema de espacio corporal. - Guarda relación con el subtipo combinado. 	Coexiste con el TDAH (normalmente de predominio inatento) hasta en un 90% de los individuos.	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajar sobre la postura corporal. - Realizar ejercicios de coordinación corporal. - Secuenciar los movimientos, verbalizar las acciones. 	Favorecer la automatización de rutinas. Ayudar a mantener una actitud positiva ante diversas dificultades.

TABLA 1. Contenidos extraídos de *Aguilera Albasa, Blanco Beregaña y Mosquera Gorostidi, 2014:656-663.*

4.4. Causas y factores

Después de todos estos años de estudio, se concluyó, que el TDAH no tenía una causa específica. Aunque, tal y como dice Esperón (2008:31), para detectar este trastorno sí es posible servirse de una serie de causas clave que pueden aumentar las posibilidades de sufrir TDAH, tal y como presentamos en la siguiente Tabla 2:

Causa genética : que uno de los dos antecesores sufran TDAH multiplica por ocho el riesgo de sufrirlo.
Un bajo peso al nacer hace que se multiplique por tres el riesgo de padecerlo.
Grandes adversidades psicosociales multiplican el riesgo por cuatro.
El consumo de tabaco o alcohol durante el embarazo hace que se multipliquen por tres las posibilidades.

TABLA 2. *Elaboración propia*

Así pues, en la Tabla 3, la autora Castillo Villar (2009) distingue entre los siguientes factores:

FACTORES			
Biológicos	<ul style="list-style-type: none"> - A1 del gen receptor D2 de la dopamina. - Gen transportador de la dopamina DAT1 en el cromosoma 5. - Gen receptor D4 de dopamina DRD4 en el cromosoma 11. 		Explican el 80% de los casos.
	Gestacionales	<ul style="list-style-type: none"> - Toxemia - Mala salud materna - Eclampsia - Edad fetal post-matura 	
Otros factores biológicos	Pre-perinatales	<ul style="list-style-type: none"> - Parto prolongado - Hemorragias pre-parto - Bajo peso al nacer 	
Ambientales	<ul style="list-style-type: none"> - Ambientes de pobreza - Malnutrición - Exclusión social - Malos cuidados pre y post-natales - Problemática familiar 		Explican el 20% de los casos.

TABLA 3. Contenidos extraídos de *Castillo Villar (2009:179-180)*

4.5. Diagnóstico y tratamiento

Como se ha mencionado anteriormente, los síntomas del TDAH pueden surgir en cualquier individuo de nuestra sociedad. No por ello se clasifica como TDAH a todo niño que presente alguno de los síntomas. Para poder diagnosticar correctamente, el CIE-10 y el DSM-V, estipulan unos requisitos que deben cumplirse para poder clasificar como TDAH o, por lo contrario, como algo pasajero.

Los requisitos marcados por el DSM-V, son los siguientes:

1. Inatención: 6 o más síntomas relacionados con este aspecto. Que persistan en el tiempo durante, al menos, seis meses. Creando impactos negativos a nivel social, académico y ocupacional.
2. Hiperactividad e impulsividad: 6 o más síntomas relacionados con este aspecto. Persistiendo en el tiempo durante seis meses y, también, creando problemas y dificultades en aspectos sociales, académicos y ocupacionales.
3. Muchos de estos síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad, han aparecido antes de la edad de 12 años.
4. Algunos de estos síntomas anteriores han tenido lugar en dos o más ámbitos (en el hogar, en el centro educativo o el trabajo; con amigos o familia; en diferentes actividades).
5. Se adjuntan pruebas claras de que los síntomas interfieren y dificultan al individuo en actividades sociales, escolares o laborales.
6. Los síntomas no tienen mejor explicación por la presencia de otro trastorno mental.

Una vez se tenga claro que el niño sufre de TDAH, se deberá evaluar cuál de los subtipos es predominante en él, para poder tratarlo de una forma más afinada o, por si lo contrario, presenta el subtipo combinado, en la que el tratamiento deberá de ser completo, abordando todos los aspectos que se ven dificultados por el trastorno.

Para poder realizar este diagnóstico es muy importante la realización de interrogatorios, encuestas,...de forma conjunta, o separada, con los padres y el niño.

Como cuenta Artigas-Pallarés (2011:386), no hay que poner en práctica pruebas psicológicas para diagnosticarlo, ya que ninguna de ellas cuenta con la autorización para ser una prueba diagnóstica del TDAH. Aunque, por lo contrario, sí pueden ser muy útiles a la hora de comprender y manejar el problema del TDAH en su totalidad, facilitando la identificación de comorbilidades y dando pie a un diagnóstico diferencial.

Una vez finalizada la forma de diagnóstico del TDAH, va a dar paso la enumeración y desarrollo de las diferentes formas de tratar el trastorno. La autora Castillo Villar (2009:191-199) muestra en su libro inmensas formas y técnicas de abordar el TDAH de una forma eficiente y multiprocedimental. En el libro, la autora, escribe sobre los siguientes:

- Tratamiento a nivel psicológico: son los llevados a cabo por profesionales y puestos en práctica para modificar la conducta y los procesos cognitivo-conductuales, siendo este tratamiento uno de los más utilizados y fructíferos.
 - ◆ Técnicas de modificación de la conducta: son utilizadas por los profesionales para que estos individuos adquieran nuevas y buenas conductas en diferentes ámbitos de la vida, también para aumentar y sostener las conductas ya adecuadas y, como es lógico, eliminar las conductas inadecuadas. Algunas de las técnicas que pueden utilizarse son: técnicas de modelado, encadenamiento o moldeamiento.
 - ◆ Técnicas cognitivo-conductuales: son las técnicas que abordan, a la vez que la conducta, el cognitivismo del niño. Buscando sus motivaciones y haciéndole reflexionar sobre lo que verdaderamente quiere, enseñándole a autocontrolarse ante situaciones y problemas cotidianos, se va realizando un modelado completo del niño con TDAH. Algunas de estas exitosas técnicas son las siguientes: autoevaluación reforzada, modelo autoinstruccional de

Meichenbaum y Goodman (1971) citado por Castillo Villar (2009) o el modelo de autocontrol de Kanfer (1970, 1977, 1981) citado por Castillo Villar (2009).

- Tratamiento pedagógico: son cuantiosos los tratamientos elaborados desde esta perspectiva. No obstante, nuestro objetivo no es elegir solamente uno, sino introducir diferentes pautas relacionadas con el profesorado, la metodología educativa llevada a cabo y los problemas sociales relacionados con los propios compañeros del aula.

◆ Respecto al profesor del aula:

- Transmitir confianza al alumno. Esperar que el alumno se comporte de manera correcta, transmitiendo confianza y guiándole hacia el comportamiento que esperamos de él.
- Asegurarse del éxito de su alumno con objetivos adecuados y razonables a sus capacidades.
- Conseguir ignorar las conductas hiperactivas del alumno. Mostrarse seguro y firme cuando la situación disciplinaria lo precise.
- Dar órdenes simples, breves y medidas, siempre con un gran contacto visual.
- Proporcionar refuerzo constantemente.

◆ Respecto a la metodología:

- División de las tareas en pequeñas partes, pidiendo al alumno que cada vez que finalice una de ellas acuda a la mesa del profesor para ver como evoluciona.
- Introducir tareas de bajo y alto interés del alumno, para así mantenerlo más centrado.
- Utilizar presentaciones visuales, que capten la atención.
- Permitir más tiempo para la realización de los exámenes, ya que el alumno puede dispersarse y requerir de más tiempo para realizarlo correctamente.

◆ Respecto a la organización del aula:

- Las aulas cerradas siempre serán más efectivas que las abiertas, ya que así quitamos estímulos que puedan distraer a nuestro alumno.
- Ubicar al alumno en primera fila, para poder dirigirse a él con mucha más facilidad.
- Controlar y mantener el orden del ambiente del aula. Tanto del alumno con TDAH como de los demás alumnos.
- Mantener una rutina y revisión de tareas.

◆ Respecto a las dificultades sociales con los compañeros:

- Crear grupos de juegos con alumnos de edad inferior. Ayudándoles a organizar actividades de cooperación que favorezcan la integración e inclusión del alumno con TDAH.
- No toleran la frustración. Por ello, se utilizarán las sesiones de tutoría para enseñarles a identificar la conducta incorrecta y, también, actitudes correctas para poder premiarlas.
- Debemos proporcionarles seguridad en ellos mismos, evitando las acciones agresivas y, en el caso de aflorar, saber cómo deben ignorarlas.

➤ Tratamiento farmacológico: los utilizados en este tratamiento son los fármacos psicoestimulantes, antidepresivos y tranquilizantes. Son estos primeros los que se emplean en mayor medida, ya que el alumno muestra un efecto positivo a nivel de acción cerebral, mejorando la disponibilidad de ciertos neurotransmisores en el cerebro al aumentar las catecolaminas, haciendo que se incremente la atención y disminuya la actividad motriz. Es el tratamiento que menos gusta a especialistas y padres, debido a que hay gran cantidad de efectos secundarios. En ocasiones es preciso, pero sí se puede evitar, hay diferentes y mejores formas de tratar el TDAH.

- Reorganización de la dinámica familiar: lo que se busca no es un “tratamiento familiar”, sino una serie de pautas que hagan la vida del niño con TDAH mucho más fácil, sin presentar una gran variabilidad de su propio entorno.

Las pautas a tener en cuenta son:

- ◆ Demostrar continuo afecto para lograr la seguridad del mismo. El niño con TDAH debe sentirse querido por sus padres y familia.
- ◆ Tolerar implica no intervenir constantemente en la vida del niño. Se debe evitar las expresiones de desaprobación y pesimistas.
- ◆ Se debe mantener una estabilidad familiar. Puede resultar difícil, pero la estabilidad para el niño será primordial.
- ◆ Hay que pautar normas claras, sencillas y concretas. No exigir más de lo que puede dar. Por el contrario, podemos crear sentimientos de frustración y culpa por incumplir la tarea pautada.

Todos estos tratamientos, combinados y correctamente llevados a cabo, harán la vida del niño con TDAH, la de su entorno y la de sus relaciones sociales mucho más sencillas y positivas. Logrando así una total integración e inclusión del niño en su futura vida adulta en todos los aspectos.

5.La comorbilidad

La comorbilidad está definida como la presencia de dos o más trastornos nosológicos simultáneos, considerándose, a nivel de TDAH más como una norma que como una excepción. Implica un funcionamiento erróneo y un pronóstico lleno de incertidumbres, especialmente en los casos donde es múltiple. A medida que se suceden los avances científicos, se encuentran nexos en común, tanto en bases biológicas como en los procesos cerebrales implicados (Hervás Zuñiga y Durán Forteza, 2014).

Es atípico encontrar el TDAH como un trastorno único. El 87% de los casos que cumplían con los criterios de TDAH tenían, al menos, un trastorno comórbido y, en el 67%, se les podía asociar dos trastornos comórbidos (Artigás-Pallarés y Narbona, 2009:381).

Según el estudio MTA (Estudio Multimodal de Tratamiento) del NIMH (“National Institute Of Mental Health”): “dos de cada tres niños con diagnóstico positivo en TDAH sufren, a la vez, otro trastorno psiquiátrico. Además, se ha demostrado que el TDAH ligado a comorbilidad tiene más problemas a la hora de adaptarse psicosocialmente. Por ello, la comorbilidad es una de las grandes contiendas a la hora de detectar y diagnosticar el TDAH” (Hervás Zuñiga y Durán Forteza, 2014).

Ocasionalmente, la sintomatología de los TDAH es confundida con la sintomatología de otros trastornos, entre otros, la ansiedad, debido a que las personas ansiosas pueden mostrar en ambientes de pruebas, un aumento de la inatención e incluso de una excesiva actividad motriz. En otros momentos, la sintomatología nuclear del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es modificada cuando hay otra dificultad comórbida. Por ejemplo, el TDAH que se asocia con la ansiedad presenta una disminución de la impulsividad, al contrario que el grupo no comórbido. Es sabido, y está demostrado, que las comorbilidades dificultan en gran medida la evolución de este trastorno (Hervás Zuñiga y Durán Forteza, 2014).

Los estudios que se han llevado a cabo en referencia de la comorbilidad del TDAH, han demostrado que hay altas tasas de concurrencia entre TDAH y otros trastornos psiquiátricos, siendo hasta más de la mitad de niños y adultos diagnosticados con TDAH los que cumplen con criterios diagnósticos de otro trastorno psiquiátrico. (Biederman et al., 1992 citado por Carboni, 2011:107).

Las comorbilidades que se dan con más frecuencia son las del trastorno negativista desafiante y el trastorno del desarrollo de la coordinación (Artigás-Pallarés y Narbona, 2009). Aunque también se asocia en muchas ocasiones con trastornos de ansiedad, trastorno de Tourette, trastorno bipolar, trastorno del espectro del autismo y, los anteriormente desarrollados, trastornos del aprendizaje (Hervás Zuñiga y Durán Forteza, 2014).

6.Mitos del TDAH en la sociedad actual

El TDAH es un tema de gran interés dentro de la sociedad. Esto se debe a su etiología, diagnóstico y tratamiento. Eso dio lugar a que sea uno de los mayores problemas que existe en nuestra sociedad a nivel de salud mental infantil (De la Peña, Palacio y Barragán, 2010).

A raíz de que el trastorno iba captando más la atención de la sociedad, se dio inicio a la creación de ciertos mitos que tienen intenciones negacionistas hacia el trastorno, también mitos que pueden acarrear consecuencias negativas hacia el individuo diagnosticado con TDAH a la hora de su socialización, apartándolo y excluyéndolo.

Es de suma importancia desmentir algunos de los mitos creados alrededor del niño TDAH por nuestra sociedad. Según cuenta Guerrero (2016) estos son los más frecuentes:

- **Los niños con TDAH son inmaduros y vagos.** Se les adhiere estos adjetivos por los síntomas asociados. Claro está que son inmaduros, ya que se trata de un trastorno de la maduración cerebral. No son así porque quieran serlo y es un aspecto que puede y debe trabajarse.
- **Mi hijo no tiene déficit de atención porque puede pegarse horas con la consola.** Esto es porque de verdad esa tarea les motiva y les permite mantener una atención sostenida. Es cuando una tarea les es monótona y no obtienen recompensas inmediatas cuando su atención se dispersa.
- **Juegan más a la consola que el resto.** Alberto Fernández Jaén, responsable de la Unidad de Neurología Infantil del Hospital Universitario Quirón, en Madrid, ha demostrado científicamente que los niños con TDAH dedican tiempos muy similares con el resto de los muchachos de su edad al uso de las consolas en su tiempo de ocio.

- **El TDAH de tipo combinado es el más frecuente.** Es falso, el que más es diagnosticado es el del tipo inatento. El problema es que por el tipo combinado se acude más frecuentemente a consulta, pasando el tipo inatento desapercibido.

- **El TDAH no existe.** Algunos autores, como el catedrático de la Universidad de Oviedo, Marino Pérez Álvarez en su libro “Más Aristóteles y menos Concerta”, o el psicólogo Fernando García de Vinuesa en “La invención del TDAH y sus consecuencias”, concluyen que esta patología no existe como entidad diagnóstica.

- **El TDAH se acaba en la adolescencia.** Este es un trastorno crónico que sigue en la edad adolescente y adulta. Otra cosa distinta es que los síntomas varíen con la edad de la persona.

En diversos estudios se ha observado como la sociedad identifica al niño con TDAH como un ser con limitaciones, ya que incumplen los parámetros marcados por la misma. Tanto a nivel familiar como escolar, al niño con TDAH se le clasifica como discapacitado, debido a su incapacidad para mantener el control, prestar atención y autorregular su comportamiento (Ramos, 2016).

Es de vital importancia que todo el entorno del niño diagnosticado como TDAH, participe en el tratamiento de este cuadro sintomatológico, para poder tratar de forma completa al niño con TDAH e incluirlo dentro de la sociedad ordinaria, sin dar pie a adjetivos o comportamientos inadecuados por parte del resto (Ramos, 2016).

7.Prevalencia del TDAH en el adolescente y vida adulta

Se han encontrado diversos datos clínicos que evidencian la alta prevalencia del TDAH en población infantil y adulta en España (Catalá-López et al., 2012). ¿A qué debemos atribuir una prevalencia tan elevada? A, ¿su comorbilidad con otras patologías? O, ¿a la complejidad inherente a su diagnóstico?

No hay que olvidar la permisividad educativa que hay en las aulas hoy en día, la cual, en ocasiones, puede dar pie a confundir situaciones con conductas agresivas, desafiantes, etc. con el TDAH. Esto hace que sea necesario la realización de un buen diagnóstico diferencial, como también conocer la personalidad e inteligencia del niño y el ambiente socio-familiar en el que vive, ya que, tales conductas anteriormente mencionadas, pueden estar asociadas a problemas en dichas áreas (Carrasco, Ramírez y Del Barrio, 2013 citado por Balbuena, 2016).

Hay que destacar que el DSM-V no exige a las personas adultas con posible diagnóstico de TDAH cumplir con el umbral en el número de síntomas que se reflejan actualmente. Estos adultos, aún así, presentan una disfunción que persiste en el tiempo, debido a la ignorancia del declive sintomático, la prevalencia y severidad son reales, o más bien derivados por la escala utilizada para diagnosticarlos (McKeown et al, 2015).

Toda esta reducción de síntomas se ha justificado para la limitación del número de falsos negativos, sin contemplarse los falsos positivos. En el mismo sentido, es conveniente mencionar los trabajos epidemiológicos realizados a cerca del TDA, el cual distingue dos tipos de estrategias: la clínica, sostenida por el juicio clínico de un experto, y la psicométrica, que son las escalas en las cuales miden los maestros y padres. La primera tiene la ventaja de poder ser adaptada a criterios clínicos fijados en los manuales diagnósticos, en cambio tiene un mayor coste de tiempo y dinero, acabando por ser más subjetiva y con una fiabilidad interevaluadores muy diferente. Por otra parte, la psicométrica, es mucho más objetiva y requiere menos esfuerzo y coste, conllevando las limitaciones inherentes del uso de escalas y autoinformes. Los requisitos para mejorar la estrategia psicométrica se ha acordado que la información debe de provenir de dos o más fuentes, que los ítems coincidan

con un modelo clínico de diagnóstico, que las puntuaciones entre sexo y edad sean normalizadas y que los puntos de corte o los sistemas de detección deriven de estudios clínicos (Cardo et al., 2007)

Actualmente, la escala que cumple con todos estos requisitos es la “Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Rating Scales IV (ADHD RS-IV)”. Necesaria para diagnosticar correctamente y esclarecer la prevalencia de TDAH en los adolescentes y la vida adulta. A esta escala se le debe apuntar: 1) las puntuaciones directas para obtener los puntos de corte sean menos exigentes para padres y maestros, al igual que para niñas y niños y 2) el posible efecto del sobrediagnóstico que las familias pueden generar en comparación con los docentes, algo que puede solucionarse utilizando conjuntamente las puntuaciones de unos y otros (Balbuena, 2016).

En resumidas cuentas, la afinación del diagnóstico permitirá conocer la verdadera prevalencia del TDAH en la adolescencia y la vida adulta. Dejando atrás los falsos negativos y positivos, eliminando el sobrediagnóstico y el sobretratamiento farmacológico que tanto beneficia a las clínicas farmacológicas y pudiendo dar una respuesta adecuada a las personas que verdaderamente lo requieran.

8.Propuesta metodológica

El TDAH no es un trastorno simple. Es un trastorno que se asocia a una inquietud armónica de las personas afectadas. Hasta un 70% de los niños con TDAH no tienen relaciones de amistad por sus grandes limitaciones que bloquean la participación de forma armónica en los intercambios sociales con sus iguales. Los padres de los niños que padecen TDAH informan de un impacto negativo en la escolarización, vida diaria, relaciones sociales y la relación con su propia familia, impactando todo esto de forma directa en su propia autoestima (Llanos Vizcano, 2019:e102)

A partir de ahora el trabajo se centrará, desde el ámbito pedagógico, en proponer una serie de pautas metodológicas y actividades, que intentarán mejorar la atención, la regulación de emociones y el exceso motriz del niño con TDAH en la escuela, ayudando a incrementar sus relaciones sociales con su entorno y mejorando su funcionamiento dentro del aula.

Para ello, las administraciones públicas educativas deben desarrollar e implantar nuevas estrategias de formación eficaces dirigidas a los maestros que, en muchas ocasiones, asisten desorientados e impotentes a un comportamiento, por parte del alumno, caótico, desordenado e impulsivo que puede provocar serios conflictos, no solamente en la enseñanza, sino en el mismo clima de convivencia escolar y su propia vida diaria.

Los docentes deberán trabajar desde una perspectiva inclusiva, y para que eso sea posible, algunas de las claves dictadas por Bueno y Cuartero (2018) son las siguientes:

- Redistribución de los recursos humanos que pertenecen al centro educativo para dotar el aula de más personas adultas. Es importante que el especialista encargado fuera de él en el aula, se encuentre dentro de la clase.
- Trabajar mediante grupos heterogéneos y redistribución de recursos humanos. Implica principalmente en que no se creen diferencias a raíz de los

distintos niveles educativos. Los grupos siempre deben estar formados por alumnos con niveles distintos.

- Trabajar dentro de las aulas “sobre la base de los máximos, haciendo que el alumnado con TDAH incremente sus expectativas, cambiando su actitud y haciendo que se esfuerce más, mejorando sus resultados académicos, autoimagen y propia autoestima.

- Ofrecer oportunidades de aprendizaje y aumentar la solidaridad. La inclusión del alumnado con diversidad funcional y el TDAH no es beneficiosa únicamente para ellos, sino que también lo es para el resto de sus compañeros. Molina y Christon (2012), citados por Bueno y Cuartero (2018), aseguran que las actuaciones inclusivas llevadas a cabo, no únicamente se han centrado en mejorar las condiciones de aprendizaje de los alumnos con diversidad funcional, sino que se han centrado en la mejora de las condiciones de aprendizaje de todas y todos.

A continuación, se proponen un conjunto de pautas metodológicas a disposición del docente encargado del aula para la mejora del bienestar del alumno TDAH dentro del aula y la dinamización de la clase (Brown y Kennedy, 2019).

1. Prolongar el tiempo de los exámenes y las tareas que tengan límite de tiempo.
2. Un ambiente que elimine las distracciones, centrando su atención en el examen o tarea correspondiente.
3. Situar al estudiante en la mesa más próxima al profesor.
4. Uso de la calculadora en matemáticas o de computadoras en trabajos escritos.
5. Comunicación constante entre la escuela y el hogar del estudiante.
6. Utilizar el sistema de puntos para realizar intervenciones conductuales, para así reforzar el buen comportamiento.

Como señala Formenti (2016) “la estrategia buscará relacionar el adentro con el afuera de una manera efectiva y eficiente”. Haciendo que el alumno con TDAH, primero, se sienta conforme y alegre consigo mismo y, posteriormente, pueda exteriorizarlo con los iguales que le rodean en todo momento dentro del aula.

Las actividades que se desarrollarán más adelante, deberán llevarse a cabo en dos sesiones por semana, la primera tendría lugar el lunes y, la segunda, el viernes. Tendrán una duración aproximada de una hora o una hora y media, teniendo una duración total de seis semanas.

Las sesiones se llevarán a cabo en el aula ordinaria, en las que participarán todos los alumnos junto con sus compañeros diagnosticados con TDAH; y los supervisarán el tutor del aula y el especialista en pedagogía terapéutica, el cual vigilará el correcto desarrollo de los alumnos TDAH. Las sesiones estarán divididas en partes, creando una rutina. Esto será general para todas ellas: rutina de entrada con ejercicios de respiración, durante los diez primeros minutos, a continuación, actividades libres con materiales que se encuentren en el aula (dibujo libre, lectura de libros, juegos de mesa en grupo reducido,...), con una duración de veinticinco/treinta minutos, posteriormente, se realizará la actividad diseñada específicamente para la sesión, el tiempo dedicado se especificará en el desarrollo de dicha actividad, y, por último, durante los últimos veinte/treinta minutos restantes, se llevará a cabo una sesión guiada por el especialista en pedagogía terapéutica de “mindfulness”.

Como pequeño apunte del por qué de la utilización de la técnica de “mindfulness”, es el incremento en el interés de encontrar tratamientos alternativos eficientes y no farmacológicos, debido a la falta de efectividad de alguno de ellos y sus efectos secundarios en la salud del individuo (Schachter et al., 2001 citado por Nuñez y Secanell, 2019). Las intervenciones llevadas a cabo con “mindfulness” han demostrado su efectividad ayudando de una forma complementaria en la obtención de beneficios a nivel físico, emocional y cognitivo de los alumnos, mostrando mejoras en la gestión y autocontrol de sus emociones, mejorando su concentración y estimulando su creatividad (García et al., 2017).

Entre todas las sesiones tendrán como objetivo mejorar la socialización del alumno TDAH con el resto de los iguales, centrar la atención, trabajar los problemas de impulsividad y mejorar su motricidad.

A continuación, se proponen las actividades específicas que se realizarán en cada una de las 12 sesiones. Deberán adaptarse a los gustos de cada TDAH, para llamar su atención y despertar una mayor motivación. Este conjunto de actividades está dirigido a todos los cursos de la etapa primaria, adecuando el nivel a la etapa escolar en la que se encuentre el alumno con TDAH. Se describe de qué trata cada actividad, qué objetivos pretende alcanzar, los materiales necesarios para su realización y cuánto tiempo se le dedicará a cada una de ellas.

1. Encuentra las diferencias: es un juego que se basa en captar las diferencias que hay entre una imagen y otra muy parecida. Las imágenes podrán variar el nivel dependiendo de la edad y momento del alumno. Siempre se iniciará con una pareja de imágenes sencillas, así la dificultad variará de menos a más en la última de las parejas, presentándose como un reto. Se realizará de forma individual. El objetivo que se pretende es centrar la atención del alumno sobre un tiempo sostenido. La duración de esta actividad, como habrá diversas fichas preparadas, será de treinta minutos o una vez se finalice todas las fichas de diferencias.

2. Sopa de letras: el conocido juego de encontrar las palabras dentro de un conjunto de letras. Se llevarán a cabo cuatro sopas de letras, que irán aumentando su nivel de menos a más (siendo las sopas de letras más grandes o aumentando la cantidad de palabras que se deben encontrar). Se llevará a cabo por parejas. Los objetivos que se pretenden alcanzar son fomentar la socialización del alumno con TDAH con su compañero correspondiente y centrar la atención selectiva sobre el tiempo que dure la actividad. La duración de esta actividad será de veinte minutos o hasta que se finalicen las cuatro sopas de letras.

3. El laberinto del fauno: es el tradicional juego del laberinto. Aunque se llevará a cabo de una forma diferente. Se dividirán en grupos reducidos de tres alumnos, teniendo que trabajar en equipo para que uno de sus integrantes logre salir del laberinto. El laberinto se conformará con las mesas y sillas del aula. El alumno,

para escapar del laberinto, tendrá los ojos vendados y sus compañeros deberán indicarle los pasos que tendrá que dar y si tiene que girar a su izquierda, derecha o volver hacia atrás. No se pretende salir del laberinto lo más rápido posible, sino lograr salir con el menor número de errores posible. Los objetivos que se pretenden cumplir con esta actividad son fomentar la socialización del alumno con su grupo reducido y gestionar la planificación a la hora de encontrar la salida, ya que deberá ser minucioso y pensar los movimientos dictados por sus compañeros. Su duración la determinarán los propios alumnos, ya que deberán de realizarlo todos ambas veces (cambiando al alumno que debe de salir del laberinto), así el alumno con TDAH participará en los dos roles, dando instrucciones y teniendo que salir del laberinto.

4. ¿Quién soy?: en esta actividad, como material principal, utilizaremos pinturas para la cara. Los alumnos deberán de colocarse por parejas. Deberán pintar la cara de su compañero con lo que ellos quieran, diciendo únicamente el tema principal de lo creado. A continuación, el alumno al que se le ha pintado la cara deberá de realizar preguntas cortas de SI/NO para intentar averiguar que es lo que su compañero le ha dibujado. Ambos realizarán la actividad por igual. Los objetivos a alcanzar en esta actividad son regular las emociones y sentimientos de frustración ya que el no saber quién o qué es puede hacer que se manifiesten, y mejorar la motricidad del alumno con TDAH a la hora de realizar las pinturas en la cara de su compañero. Tendrá una duración de treinta minutos, cada alumno tendrá quince minutos para realizar el dibujo y acertar qué es, dividiéndose la actividad en dos partes de quince minutos cada una.

5. Aquí hay un intruso: es un juego que trata sobre la identificación de la palabra intrusa. El docente o el especialista irán mencionando un grupo de palabras en las que habrá una palabra que no concuerde con las demás, siendo los alumnos los que deben identificarla. Esta actividad será llevada a cabo de forma oral y los alumnos trabajarán de forma individual. Los docentes deberán ir apuntando los aciertos de los alumnos, para así saber quién ha acertado más veces. El nivel irá aumentando introduciendo más cantidad de palabras o haciendo que la intrusa se confunda con el resto. El objetivo del juego es centrar la atención selectiva y sostenida del alumno con TDAH durante la duración de la actividad. Tendrá una duración de veinte minutos.

6. A cámara lenta: es una actividad divertida y diferente. En ella se realizan acciones a cámara lenta, cualquier tipo de acción. Los alumnos formarán equipos de cuatro/cinco integrantes, realizando acciones conjuntas que el resto de alumnos deberán adivinar. El objetivo del juego es reducir la gran actividad motriz del alumno con TDAH, a la vez, también se buscará incrementar la socialización del alumno con sus iguales dentro del aula. El tiempo que durará el juego será de, aproximadamente, treinta/cuarenta minutos, una vez todos los grupos realicen un total de dos acciones a cámara lenta.

7. Siéntate...si puedes: es el típico y tradicional juego de las sillas. El material principal será las sillas del aula, situadas en círculo en el centro del aula y un aparato desde el cual reproducir y parar las canciones (ordenador con altavoces, radio,...). Los alumnos irán en fila, bailando o caminando al ritmo de la música, cuando ésta se detenga, deberán sentarse en las sillas. Siempre habrá una o dos sillas menos que alumnos, para así ir eliminando a jugadores. El objetivo con este juego es mejorar la frustración y rabietas del alumno con TDAH en caso de que pierda y, además, con el seguimiento del ritmo de las canciones (bailando o andando al ritmo de la música) se buscará mejorar la motricidad del alumno con TDAH.

8. Samborik: es un juego tradicional que consiste en saltar a la pata coja sobre figuras cuadradas y numeradas dibujadas en el suelo. Los alumnos tendrán que ir por orden de las casillas, sin pisar las rayas ni descansar los dos pies al mismo tiempo. Se dibujarán dos o tres “samborik” en el suelo, para dinamizar el juego. Se realizará de forma individual y no se realizará de forma competitiva. El objetivo que quiere alcanzarse con este juego es mejorar la motricidad del alumno con TDAH, a la vez intentar el autocontrol de las emociones del mismo. La duración de la actividad será de 30 minutos.

9. Ahorcado: es un juego muy sencillo. Los alumnos se dividirán en grupos de cuatro integrantes y deberán de pensar una palabra que no la dirán a los demás grupos. En orden, irán saliendo a la pizarra y los otros compañeros deberán de ir descubriendo la palabra que el grupo de la pizarra ha elegido. A los grupos que estén en la pizarra se les cronometrarán, para saber qué palabra ha sido más compleja de averiguar. El objetivo de la actividad será mejorar la atención selectiva y sostenida del

alumno con TDAH. La duración del juego será relativa, ya que todos los grupos deberán de realizar su palabra al menos una vez.

10. Emparéjame, por favor: el típico juego de las parejas, de una forma dinámica y donde los alumnos son los protagonistas. Se necesitará imprimir y plastificar etiquetas que formen parejas. Se deberá despejar el aula, para tener espacio suficiente, ya que los alumnos cogerán una de las etiquetas y se mezclarán entre sí. El alumno con TDAH deberá ir emparejando a sus compañeros hasta formar todas las parejas que le sean posible. El objetivo que se marca en dicha actividad será mejorar la socialización con los compañeros del aula y centrar la atención selectiva del alumno TDAH. La duración del juego será relativa, si el alumno lo consigue rápido se volverá a realizar y si el juego se alarga tendrá como tiempo límite treinta minutos.

11. ¿Contamos?: en esta actividad se presentarán varios ítems que puedan encontrarse en el aula y contar cuántos de ellos hay. El alumno con TDAH, y sus compañeros, tendrán libertad de movimientos para moverse por el aula y poder realizar el recuento de los ítems correctamente. El objetivo será centrar la atención selectiva y sostenida del alumno con TDAH. Como se realizará diversas veces, esta actividad tendrá una duración de veinte minutos.

12. 1, 2, 3...¡pollito inglés!: es el juego en el que durante el “pollito inglés” se encuentra de espalda a la pared, los demás alumnos pueden moverse y avanzar hacia él. Luego, cuando el “pollito inglés” los observa, deben permanecer quietos totalmente. El alumno con TDAH deberá de jugar en ambas posiciones: como “pollito inglés” y como participante que debe aproximarse. Esta actividad será realizará en el exterior y cada alumno irá por separado. Los objetivos de la actividad serán: cuando el alumno haga el rol de “pollito inglés” mejorar el autocontrol de sus emociones; cuando su rol sea alcanzar al “pollito inglés” será trabajar la motricidad del alumno. La duración del juego será de, aproximadamente, treinta minutos.

Una vez desarrolladas las actividades específicas de cada sesión, se van a desarrollar las otras rutinas/actividades que serán comunes para todas las sesiones.

- **Rutina de entrada:** en esta primera parte de la sesión, se realizarán ejercicios de control de la respiración con los alumnos. Únicamente se precisará de un ordenador con altavoces o una radio con CD para escuchar la música. Cada día de la sesión, la música irá variando, siendo esta más rápida o más lenta. Los alumnos deberán adaptar su respiración al ritmo de la canción, de forma que aprendan a regularla.

- **Actividades libres:** se tendrán preparados diversos materiales como: dibujos/mandalas para colorear, diferentes juegos de mesa fáciles y asequibles para todo el alumnado del aula, diferentes libros de lectura,...En este periodo de la sesión los alumnos podrán dedicar su tiempo en lo que ellos quieran. Serán actividades simples y de su agrado, con el objetivo de que los alumnos no se sientan cansados ni obligados a realizar ninguna tarea pautada ni dirigida. Una vez finalizado el tiempo libre dará inicio la actividad específica a llevar a cabo.

- **Rutina de salida (“Mindfulness”):** dará inicio una vez finalizada la actividad específica. Únicamente se precisará de un ordenador con altavoces o una radio con CD para hacer sonar la música de relajación. Siempre será llevada a cabo de forma guiada, en este caso, la guía estará en manos del especialista en pedagogía terapéutica. Constará de cuatro fases principales: escuchar y sentir su propia respiración, centrarse en sí mismos e intentar dejar la mente en blanco, trasladarse mentalmente a un sitio que les genere paz y, por último, vuelta a escuchar y sentir su respiración. En todo momento los alumnos permanecerán con los ojos cerrados, utilizando esta última fase para ir abriéndolos poco a poco. Los alumnos tendrán permiso para situarse en cualquier lado dentro del aula, donde se sientan cómodos.

La propuesta desarrollada anteriormente no ha podido ser puesta en práctica en un aula real, debido a esto su efectividad no ha podido ser probada. Es por ello, que a continuación se propondrá un modelo de evaluación para el docente encargado del aula, el cual, mediante observación sistemática rellenará dos encuestas, una al inicio de la propuesta y otra una vez finalizada. Una vez se recogen los datos iniciales y finales se procederá a evaluar los aspectos positivos y negativos que ha tenido la propuesta y, si fuera necesario, se realizarán las adaptaciones pertinentes para la mejora de ésta.

Las dos encuestas a realizar por el docente, Tabla 4, serán idénticas pero llevadas a cabo en distintos momentos (antes y después de la intervención). Se dividirá en tres bloques y se puntuará de 0 a 5 siendo 0 totalmente desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo:

BLOQUE 1.	0	1	2	3	4	5
1. No presta atención a las explicaciones del docente.						
2. Presenta dificultades en volver a centrar la atención después de una interrupción.						
3. El alumno parece que no escucha cuando se le habla directamente.						
4. No termina los ejercicios mandados.						
5. Se le olvida el material necesario en casa						
6. Rechaza las actividades de esfuerzo intelectual continuado.						
7. No logra mantener la atención durante más de 10 minutos.						
8. El alumno pierde sus pertenencias.						
9. No puede centrar la atención en una única actividad.						
10. Se distrae fácilmente.						
BLOQUE 2.						
11. Se muestra intranquilo dentro del aula.						
12. Mueve continuamente sus extremidades.						
13. El alumno es desorganizado.						
14. Habla en exceso.						
15. No sabe regular sus emociones dentro del aula en ciertos momentos.						
16. Se muestra impaciente.						
17. Muestra dificultades en realizar actividades de baja actividad.						
18. Muestra un sentimiento de frustración en el aula.						
19. El alumno se encuentra motivado dentro del aula.						
20. El alumno se encuentra desmotivado dentro del aula.						

BLOQUE 3.						
21. El alumno no piensa antes de hablar y dice lo primero que se le ocurre.						
22. En ocasiones resulta impertinente.						
23. No quiere participar en clase por miedo al fallo.						
24. Interrumpe continuamente la clase.						
25. Presenta dificultades en las relaciones sociales con sus compañeros.						
26. Es excluido de los grupos de trabajo de clase.						
27. Se pelea y se insulta con sus compañeros.						
28. Se enfada fácilmente.						
29. Sus compañeros lo rechazan fuera del aula.						
30. Responde preguntas sin escucharlas completamente.						

TABLA 4. *Elaboración propia.*

Se tomará como valor la suma de puntuaciones. Se compararán los resultados antes y después de la intervención para evaluar la eficacia de la misma. Si los resultados no son los esperados, se estudiará para que la propuesta sea mejorada y adaptada al alumno con TDAH.

Los alumnos también serán partícipes de dicha evaluación respondiendo a distintas preguntas con las que se crearán distintos sociogramas. Se llevarán a cabo al principio y una vez finalizada la propuesta de forma completamente anónima y general, no únicamente centrada en su compañero con TDAH.

El especialista en pedagogía terapéutica es quien estudiará y comparará los resultados iniciales y finales, concluyendo si el periodo que ha durado la propuesta ha sido positivo o negativo de cara más específicamente con las relaciones sociales de sus compañeros.

Para poder llevar a cabo la realización de los distintos sociogramas, los alumnos deberán de responder a las siguientes preguntas con los nombres de sus compañeros de clase:

1. ¿Quién son los tres compañeros de tu clase con los que te gustaría trabajar?
2. ¿Quién son los tres compañeros de tu clase con los que menos te gustaría trabajar?
3. ¿Con qué tres compañeros te gusta más pasar tus ratos libres?
4. ¿Con qué tres compañeros te gusta menos pasar tus ratos libres?

9.Conclusiones

Durante el desarrollo de todo el TFG, se ha podido observar que el TDAH es un trastorno del neurodesarrollo y presenta grandes dificultades para ser diagnosticado. Encontramos gran cantidad de autores que han centrado sus estudios en este trastorno y, en muchas ocasiones, difieren entre sí a la hora de su diagnóstico y la forma de tratarlo.

A nivel educativo, el TDAH, es un trastorno complejo tanto para docentes como especialistas, ya que los síntomas que se presentan varían de un niño a otro. Esto hace que la adaptación deba ser personalizada.

En el desarrollo del trabajo, después de conocer qué es TDAH, se ha desarrollado una propuesta para mejorar las dificultades al nivel que el trastorno genera en el niño diagnosticado. Intentando mejorar su desarrollo social, el autorregulamiento de sus emociones y el autocontrol motriz del alumno TDAH.

Es importante, cuando se lleve a cabo la intervención, abordar las dificultades atencionales que el alumno con TDAH puede presentar dentro del ambiente físico del aula. También deben adaptarse las estrategias dirigidas a dinamizar el proceso de enseñanza aprendizaje. Las intervenciones deberán ser adaptadas y personalizadas en función de las necesidades individuales y las características del alumnado con TDAH. Esto hace necesario un cambio de actitud comprendiendo, entendiendo y reconociendo las dificultades de los niños y la necesidad de soluciones inclusivas. Es necesario la organización de campañas informativas del TDAH, para dar a conocer el trastorno a la población y, junto con tiempo y conocimiento, progresivamente se vea un cambio de actitud de cara a dicho trastorno (Bueno y Cuartero, 2018).

Todos los artículos consultados aconsejaban la creación de rutinas, para que así, el alumno con TDAH sea consciente de cómo va a evolucionar la sesión. Esto ayudará a mantener la tranquilidad y constancia del alumno con TDAH durante el desarrollo de las sesiones. Es muy importante que las sesiones se realicen de forma conjunta con el resto de los compañeros del aula, ya que en todo momento se busca la inclusión del alumno. El alumno con TDAH nunca debe de percatarse de que estas

actividades van dirigidas por y para él, así se intentará que su autoestima no decaiga en ningún momento de la intervención.

Como se ha mencionado anteriormente, la propuesta no ha sido puesta en práctica, aunque si se ha conformado con la utilización de diversos artículos en los que las intervenciones que se han seguido son parecidas a las desarrolladas anteriormente o, al menos, sigue con las pautas recomendadas para la intervención de alumnos con TDAH con edad escolar. Si en un futuro alguien quisiera ponerla en funcionamiento en un aula real, se le ha proporcionado una doble evaluación para poder cuantificar cómo de efectiva ha sido la propuesta con el alumno con TDAH.

Los objetivos propuestos al inicio del TFG esperamos que se puedan cumplir con la práctica de la anterior intervención, facilitando la vida diaria de los individuos diagnosticados con TDAH. Aunque este trastorno no únicamente debe de tratarse desde el ámbito pedagógico, es necesario el contacto constante con las familias ya que son ellas las que conocen más profundamente a sus hijos y, en muchos casos, se precisa de tratamiento farmacológico complementario.

Para la consecución de dichos objetivos se ha intentado colocar como protagonista actividades que fueran juegos, entendiéndolo a través de dos puntos: actividades placenteras para el alumnado del aula y también para lograr los objetivos previamente programados. Con el juego, lo que también se pretende lograr, es el desarrollo de los cuatro aspectos de la personalidad del niño: su cognición, ya que deberá resolver los problemas planteados; la motricidad, ya que es necesario en algunas actividades realizar movimientos; la socialización, ya que en las actividades se fomenta la cooperación; y el afectivo, ya que se busca el establecimiento de vínculos personales entre los propios compañeros del alumno con TDAH.

En definitiva, lo que se busca es que el alumno al que se le diagnostica TDAH, se convierta en un individuo feliz, logrando su desarrollo pleno a nivel personal, escolar, social y emocional. Es todo un reto lograr el cambio de perspectiva que se tiene sobre los TDAH, conseguir atender su diversidad e inclusión educativa debe ser tarea de toda una sociedad, especialmente de quienes conforman la sociedad educativa.

10.Referencias bibliográficas

- Aguilera Albesa, S., Blanco Beregaña, M. y Mosquera Gorostidi, A. Programa de Intervención Continuada en Pediatría Extrahospitalaria. Trastornos de aprendizaje y TDAH, Diagnóstico y tratamiento. *Pediatría Integral* (2014);XVIII (9): 655-667.
- Artigas-Pallarés, J., Narbona, J., & Sociedad Española de Neurología Pediátrica. (2011). *Trastornos del neurodesarrollo*. S.E.N.E.P., Sociedad Española de Neurología Pediátrica: 368-403
- Autores, V. (2018). *DSM-5: Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales* (5.ª ed.). Editorial Medica Panamericana S.A. de C.V.
- A. P.P.F. (2021, 21 junio). *Competencias básicas de un docente de primaria en 2021*. APPF.es. <https://www.appf.edu.es/competencias-basicas-docente-primaria/>
- Avi, M. R., Esteban, M. D. C. H. y Muñoz, M. J. I. (2018). Bases teóricas para la elaboración de un programa educativo de intervención psicomotriz en niños con TDAH. *Revista de Educación Inclusiva*, 11(1), 267-290.
- Balbuena, F. (2016). La elevada prevalencia del TDAH: posibles causas y repercusiones socioeducativas. *Psicología educativa*, 22, 81- 85.
- Brown, T. E. y Kennedy R. J. (2019). La Federación Mundial de TDAH Guía. *Estableciendo un plan psicosocial para el manejo del TDAH*. 71-92.
- Bueno, V. y Cuartero, T. (2018). TDAH, una guía per a la comunitat educativa. Planificació de la resposta educativa. *GENERALITAT VALENCIANA Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura y Esport*. 36-45
- Carboni, A. (2011). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(3), 95-131.

- 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, 10–14.
- Castillo Villar, M. D. (2009). *La atención* (1.^a ed., Vol. 1). Pirámide.
- Catalá-López, F., Peiró, S., Ridaó, M., Sanfélix-Gimeno, G., Génova-Maleras, R. y Catalá, M. A. (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry*, 12, 168–173.
- Coaquira Heredia, R. K, Suñagua Aruquipa, R. y Valda Paz, V. (2018) Estrategias de intervención para niños y niñas con TDAH en edad escolar. *Revista de Investigación Psicológica*, (20), 119-134.
- De la Peña, F., Palacio, J., & Barragán, E. (2010). Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): Rompiendo el estigma. *Revista Ciencias de la Salud*, 8(1), 95-100.
- Esperón, C. S. (2008). *Convivir con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)*. Ed. Médica Panamericana.
- Fernandes, S. M., Piñón Blanco, A., & Vázquez-Justo, E. (2017). Concepto, evolución y etiología del TDAH. *Revista LexLocalis*.
- Formenti, S. (2016). Enseñar y aprender: Siete reflexiones para educar con propósito. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Editorial Lugar.
- García, I. M. (2004). *Hiperactividad / Hyperactivity: Prevención, Evaluación Y Tratamiento En La Infancia*. Pirámide Ediciones Sa.

- García, J., Demarzo, M., y Modregó, M. (2017). *Bienestar emocional y mindfulness en la educación*. Madrid: Alianza editorial.
- Guerrero, R. (2016). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Entre la patología y la normalidad*. Barcelona, España: Planeta. 39-46.
- Hervás Zuñiga, A. y Durán Forteza, O. *Pediatr Integral* (2014);XVIII (9): 643-650.
- Llanos Lizcano, L. J., García Ruiz, D. J., González Torres, H. J., & Puentes Roza, P. (2019). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. *Pediatría Atención Primaria*, 21(83), e101-e108.
- McKeown, R. E., Holbrook, J. R., Danielson, M. L., Cuffe, S. P., Wolraich, M. L. y Visser, S. N. (2015). The impact of case definition on attention-deficit/hyperactivity disorder prevalence estimates in community-based samples of School-aged children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 54, 53–61.
- Núñez, S. P. y Secanell, I. L. (2019). Mindfulness y el Abordaje del TDAH en el Contexto Educativo. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 25, 175-188.
- Ramos, C. (2016). La cara oculta del TDAH. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 6(1), 226-253. Recuperado de <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia>
- Recuero, G. C. (2020, 24 septiembre). *TDAH ▷ Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Psicólogos Madrid. <https://nuestropsicologoennmadrid.com/tdah/>